

Inklusi Saluran Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja

Anindita Dyah Sekarpuri

ABSTRAK

Remaja menjadi korban ketidakpahaman perilaku seksual berisiko di usia muda. Salah satu risikonya adalah kehamilan tidak diinginkan yang berakhir pada pernikahan dini. Berbagai studi dan laporan menyebutkan permasalahan remaja sangat mengkhawatirkan seperti; hubungan seksual, kasus HIV dan AIDS, serta narkoba. Ironisnya, sebagian kelompok remaja—utamanya remaja putus sekolah dan mereka yang berkebutuhan khusus, miskin dan tinggal di daerah tertinggal, terpencil serta perbatasan (galcitas)—juga merupakan kelompok rentan yang terpinggirkan dari program pemerintah. Pemerintah melalui Program Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang dikemas ulang menjadi program Generasi Berencana (GenRe) berupaya melakukan peningkatan pengetahuan sikap perilaku (PSP) remaja tentang kesehatan reproduksi. Akan tetapi, keefektifan program PIK Remaja ini menjadi dipertanyakan karena masalah teknis dan keterjangkauannya bagi remaja. Penyusunan tulisan ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Reproduksi Remaja tahun 2012. Tujuan umum analisis ini adalah mempelajari inklusi saluran informasi KRR sebagai realisasi pemenuhan hak KRR. Tulisan ini juga menjadi rekomendasi kebijakan bagi berbagai elemen/stakeholder terkait kesehatan reproduksi secara holistik. Disimpulkan bahwa peran lembaga adat, lembaga agama dan lembaga swadaya masyarakat sangat strategis sebagai alat kontrol sosial dalam penyebarluasan informasi KRR.

Kata kunci: Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR)

ABSTRACT

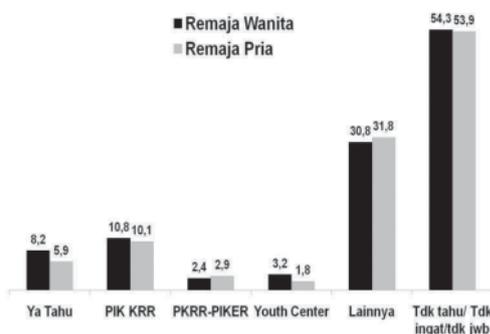
Adolescents become victims of incomprehension the risky sexual behavior at an early age. One of them is unwanted pregnancy which ended in early marriage. Various studies and reports mentioned a discomfort adolescent problems such as; sexual intercourse, HIV and AIDS, as well as drugs. Ironically, most of the main group of teenager-teen dropouts and those with disabilities, living with poverty and remotely as well as a vulnerable group that marginalized from government programs. The government through the Adolescent Reproductive Health Program are repackaged into Generation Planning program (GenRe) seeks to increase knowledge, attitude and behavior of adolescent. However, the effectiveness of this program is questioned because of technical problems and affordability for adolescents. This paper used data from Adolescents Demographic and Reproductive Health in 2012. The goal of this analysis to study about the inclusion of information path of KRR as realization the right of KRR. This paper also be policy recommendations for the various elements/stakeholders related reproductive health in a holistic manner. The author concluded that the role of traditional, religion and non government institution as a tool of social control in the dissemination of information.

Keywords: PIK, KRR

PENDAHULUAN

Laporan Pengendalian Lapangan hasil pelaksanaan sub sistem pencatatan dan pelaporan BKKBN pada bulan November 2013 menyebutkan, terdapat 15.232 kelompok PIK Remaja yang telah melapor. Jumlah ini menggambarkan 85,29% dari data keseluruhan yang terdaftar di Direktorat Bina Ketahanan Remaja (BKKBN, 2013). Sejak tahun 2001, program Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja (PKBR) telah dicanangkan BKKBN dan telah dikemas ulang menjadi program Generasi Berencana (GenRe). Saluran utama program GenRe ini menggunakan pendekatan ke remaja melalui PIK-Remaja dengan fokus utama meningkatkan pengetahuan sikap perilaku (PSP) remaja tentang KRR.

Gambar 1.
Saluran Informasi KRR



Sumber: SDKI Kespro Remaja 2012

Keberadaan PIK Remaja/Mahasiswa (PIK R/M) sebagai salah satu saluran informasi KRR saat ini menjadi salah satu sorotan karena besarnya dana yang digulirkan melalui program GenRe namun keefektifannya untuk menjadi pusat KRR masih dipertanyakan karena, sebagaimana ditunjukkan dalam Gambar 1, hanya 11% responden remaja wanita dan 10% remaja pria yang mengetahui keberadaan PIK Remaja (SDKI 2012). Berbagai studi dan laporan menyebutkan bahwa permasalahan remaja sangat mengkhawatirkan, seperti pernah melakukan hubungan seksual, kasus HIV dan AIDS, serta narkoba (Qodarina, 2013).

METODE KAJIAN

Kajian ini dilakukan dengan melakukan analisis lanjut berupa *desk study* pada data sekunder SDKI Kespro Remaja tahun 2012 dan analisis data literatur. Metodologi yang dipergunakan adalah metode *grounded theory* (membangun kesimpulan secara induktif berdasarkan data yang diperoleh untuk menjelaskan suatu fenomena sosial).

Model kajian yang dipergunakan adalah modifikasi dari *precede-proceed*, eksklusi dan modal sosial serta menggunakan sistem model *social franchising* yang merupakan langkah lanjut dari penerapan program inklusi KRR yang telah berhasil diterapkan Nikaragua dan Filipina (Smith, 2002). Modifikasi ini digunakan di dalam kesehatan masyarakat dan ilmu sosial dengan berfokus kepada promosi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja.

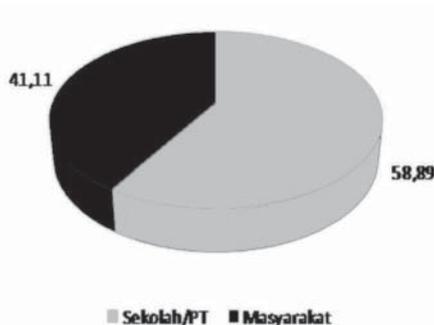
Precede and Proceed menyediakan kerangka untuk proses pemikiran, perencanaan, implementasi, dan evaluasi intervensi masyarakat (Matlo, 2010). Sedangkan eksklusi dan modal sosial dipergunakan karena adanya kesamaan di dalam hasil yang diharapkan yaitu penyertaan individu sebagai bentuk masyarakat kolektif untuk tujuan bersama (Daly dan Silver dalam Syahra, 2010).

MENJANGKAU SELURUH REMAJA INDONESIA KEGIATAN PIK R/M?

Keterpenuhan hak kespro dan seksualitas remaja telah disepakati pada pertemuan *International Cairo on Population Development* tahun 1994. Pemerintah berusaha memenuhi hak remaja tersebut dengan program terkait remaja oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Agama dan BKKBN. BKKBN merespon dengan pembentukan PIK R/M dan BKR.

Data dari Direktorat Bina Ketahanan Remaja (DITHANREM) BKKBN sampai dengan Desember 2013 menyebutkan perihal pencapaian kelompok PIK R/M sebanyak 16.711 yang tersebar melalui jalur Perguruan Tinggi, Sekolah Umum/Agama, Organisasi Keagamaan, dan organisasi kepemudaan. Terlepas dari kontroversi kevalidan data tersebut dari proporsi jumlah remaja Indonesia, berbagai pihak telah mempertanyakan keefektifan pelaksanaan program KRR yang kurang luas pelayanannya, baik dalam hal daerah jangkauan, sasaran maupun materi pelayanan.

Gambar 2.



Sumber: Data DITHANREM BKKBN, 2012

Gambar 2 menunjukkan bahwa fokus kegiatan PIK R/M sebagian besar%tasenya pada lembaga pendidikan formal (sekolah dan perguruan tinggi) dan sekitar 40% bergerak di masyarakat (BKKBN, 2012). Dalam konteks inilah, perlu adanya telaah lanjutan mengenai tingkat efektifitas PIK pada masing-masing basis, lantaran jumlah PIK yang lebih tinggi pada jalur sekolah tidak secara otomatis berarti tingginya efektifitas PIK pada jalur tersebut. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya data yang menggambarkan secara spesifik jumlah remaja yang ada di jalur sekolah. Terlebih lagi, permasalahan tingginya pergantian atau *drop-out* PS dan KS di PIK Remaja jalur Sekolah menjadi tantangan tersendiri (BKKBN, 2010).

Hasil penelitian BKKBN tahun 2010 menunjukkan bahwa remaja yang mengikuti

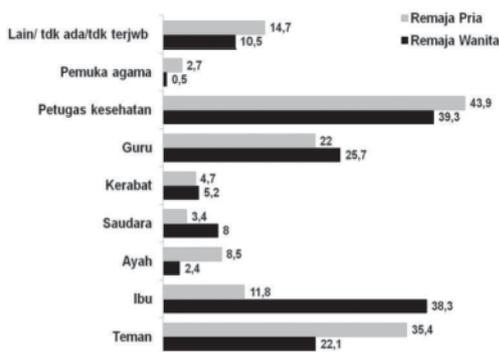
kegiatan kelompok KRR baik melalui PIK R/M, Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIKER,) *Youth Center* dan lainnya memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi dengan kategori baik yaitu 49%. Ada hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) antara remaja yang pernah mengikuti kegiatan kelompok KRR dengan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Remaja yang pernah mengikuti kegiatan PIK-Remaja mempunyai peluang memiliki pengetahuan KRR 4,4 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak mengikuti kegiatan PIK-Remaja (Rahmadewi, 2010). Besarnya manfaat keikutsertaan remaja pada kegiatan kelompok KRR dengan adanya Pendidik Sebaya (PS) dan Konselor Sebaya (KS) ini juga akan dapat mengakomodir bahwa secara psikologis remaja akan lebih nyaman untuk berbagi permasalahan terkait KRR dengan teman sebayanya. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa 25% remaja pria dan 22% remaja perempuan mencari informasi KRR kepada teman (BKKBN, 2012).

Keberadaan PS dan KS ini dapat sebagai langkah antisipatif sebagaimana disebutkan dalam teori *precede* sebagai faktor penguat terdiri dari faktor-faktor berulang yang mempengaruhi perilaku seperti dukungan lingkungan, pengaruh teman sebaya, dan pengaruh keluarga bahwa harus ada langkah antisipatif sesuai dengan kultur masyarakat dan karakteristik remaja tersebut. Tantangan KRR saat ini adalah keterbatasan layanan pemerintah dan adanya tentangan dari lembaga adat dan agama yang menganggap bahwa KRR adalah pendidikan seksual yang harus diwaspadai karena dikhawatirkan dapat menjerumuskan remaja ke perilaku seksual beresiko. Pentingnya langkah preventi ini karena remaja berkemungkinan dua kali lebih besar untuk mengikuti perilaku berpacaran remaja sebayanya (Qodarina, 2013).

Remaja menjadi korban ketidakpahaman mereka akan perilaku seksual berisiko di usia muda, salah satunya adalah kehamilan

yang tidak diinginkan yang dapat membawa mereka ke pernikahan dini. Hal-hal yang mendorong remaja melakukan perilaku seksual berisiko yaitu keterbatasan akses informasi, ketidaklayakan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi remaja, alasan ekonomi, serta adanya pengaruh teman (Gubhaju, 2002).

Gambar 3.
Sumber Kespro yang Disukai Remaja



Sumber: SDKI Kespro Remaja 2012

Gambar 3 menunjukkan kecenderungan terbesar remaja untuk mencari informasi KRR kepada petugas kesehatan (44% remaja pria dan 39% remaja wanita). Adanya variasi pada remaja pria dan wanita pada pilihan sumber informasi KRR lainnya yaitu guru dan ibu. Hal yang perlu disosialisasikan yaitu terutama untuk resiko hamil ketika berhubungan seksual pertama kali dan infeksi menular seksual (IMS) karena masih rendahnya pengetahuan remaja mengenai hal ini (BKKBN, 2012). Penting bagi orang tua untuk tidak menganggap tabu membahas bersama remaja mengenai permasalahan kesehatan reproduksi remaja.

SOCIAL FRANCHISING SEBAGAI SISTEM SALURAN INFORMASI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

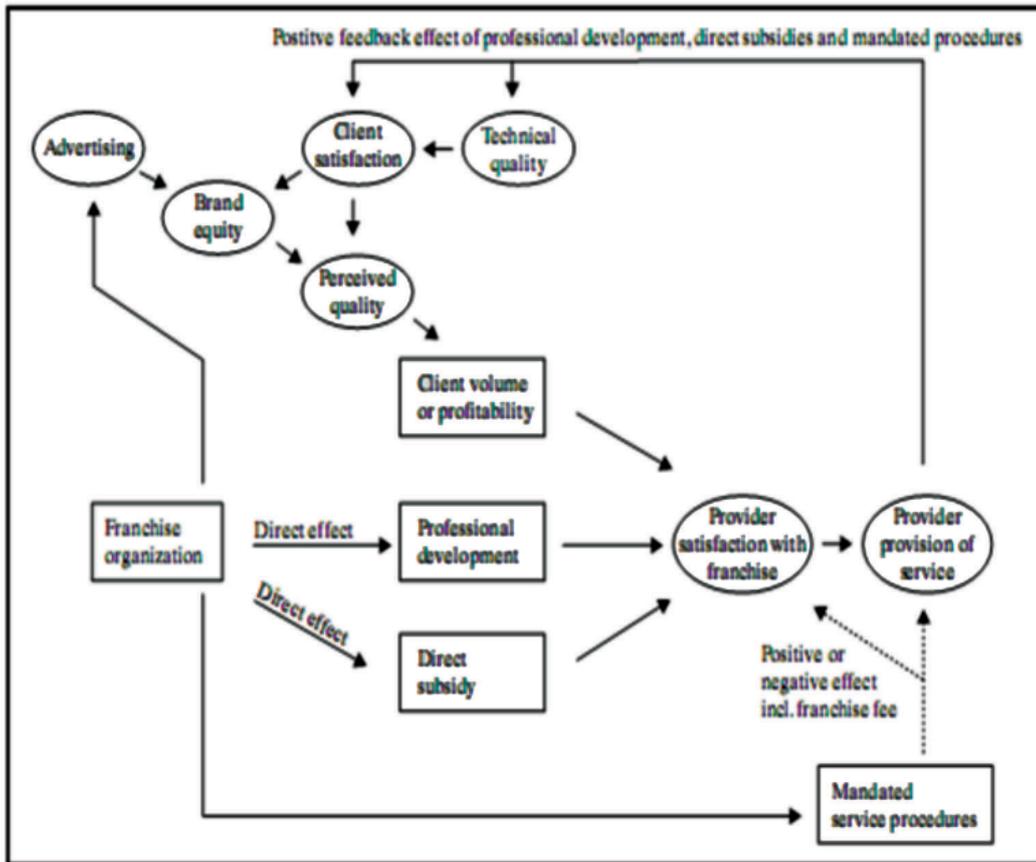
Apabila jangkauan program PIK R/M yang saat ini masih lebih banyak berfokus pada sekolah formal, maka hal ini akan

sulit menjangkau sekelompok remaja yang tereksklusi dari program GenRe basis sekolah, utamanya remaja putus sekolah dan yang berkebutuhan khusus, miskin dan tinggal di daerah tertinggal, terpencil serta perbatasan (galciltas). Mereka dianggap sebagai kelompok rentan yang terpinggirkan dari program-program pemerintah, khususnya terkait dengan penyediaan sarana kesehatan reproduksi ini (GTZ, 2010). Kelompok remaja putus sekolah ini membutuhkan adanya kegiatan peningkatan ketrampilan hidup karena adanya kebutuhan untuk dapat mandiri secara finansial dan tetap terpenuhi kebutuhan kesehatan reproduksinya dengan sehat (UNFPA, 2005).

Di sisi lain, remaja tanpa terkecuali berhak dan berkewajiban menjadi generasi yang produktif yaitu remaja yang menyelesaikan pendidikan, berkarir dalam pekerjaan, merencanakan berkeluarga, berpartisipasi dalam masyarakat, serta mempraktikkan hidup sehat. Upaya pemerintah dalam mewujudkan tujuan ICPD tahun 1994, yaitu mempersiapkan sumberdaya manusia berkualitas melalui keterpenuhan hak-hak reproduksi dan seksualitas remaja masih dipandang belum terpenuhi (Ahdiat, dkk, 2012). Kondisi ini maka perlu ditanggulangi dengan akan alternatif sistem kegiatan lain yang dapat menjadi jembatan pemenuhan hak ini. Pelaksanaan berbagai program KRR oleh pemerintah melalui berbagai kementerian yang lebih mengutamakan penyerapan anggaran dan capaian program tanpa mengindahkan penerimaan masyarakat (*social acceptance*) ternyata tidak membuahkan hasil yang diharapkan (Syahrani, 2010).

Pendekatan eksklusi sosial yang lebih menekankan upaya mengatasi ketidaksetaraan pemenuhan hak KRR dengan adanya dukungan modal sosial dari masyarakat akan lebih dapat diterima karena disesuaikan dengan kondisi sosial dan kultural masyarakat setempat. Gambar 4

Gambar 4.
Model Social Franchising



menggambarkan *Social Franchising System* yang merupakan sistem kemitraan dan inklusi program yang mendasarkan pada pembagian tugas yang jelas pada pelaksanaan suatu program tanpa mengharapkan adanya keuntungan secara finansial dan tujuan utama yang dihasilkan adalah peningkatan kepuasan masyarakat terhadap capaian program tersebut dan kualitas kesehatan yang makin membaik (Swiss, 2002).

Adanya peluang untuk dapat memaksimalkan peran serta masyarakat melalui LSM nasional dan internasional serta komunitas remaja yang ada di daerah masing-masing sebagai faktor pemungkin yaitu faktor yang berkaitan dengan lingkungan dan perilaku yang dapat mendorong kebijakan untuk diwujudkan seperti program pelayanan, atau pengembangan keahlian baru (Matlo, 2010). Konsep pemberdayaan

masyarakat ini sebagai perwujudan modal sosial yang oleh Putnam mengutamakan prinsip kepercayaan (*trust*) antara remaja sebagai konsumen program KRR ini dengan pemerintah dan masyarakat sebagai penyedia layanan dan *franchisor* (Swiss, 2002).

KESIMPULAN

Kegiatan PIK-Remaja saat ini masih kurang diketahui dan dimanfaatkan sebagai sumber KRR oleh remaja dan terdapat potensi untuk dapat memberdayakan saluran KRR lainnya melalui tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat. Sebagai upaya peningkatan capaian kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi maka peran lembaga adat dan agama sangat strategis sebagai alat kontrol sosial dalam

penyebarluasan informasi KRR. Selain itu peningkatan peran serta lembaga swadaya masyarakat dan juga perlunya peningkatan koordinasi antar sektor dalam pelaksanaan penyebaran informasi KRR ini sangat penting dan harus ditangani segera.

IMPLEMENTASI DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

Implementasi kebijakan yang direkomendasikan yaitu:

1. Perlunya kesadaran bersama yang diperkuat dengan komitmen antara pemerintah, masyarakat, dan LSM baik nasional maupun internasional dalam penerapan model *social franchising* guna mempercepat kebijakan dan strategi nasional kesehatan reproduksi Indonesia yang telah dicanangkan semenjak tahun 2005.
2. Peningkatan cakupan dan kualitas kegiatan KRR melalui dukungan pemerintah pada sosialisasi, peranan dan dukungan masyarakat serta LSM dengan mempertimbangkan karakteristik dan kondisi sasaran untuk kegiatan PIK-Remaja berbasis masyarakat yang difokuskan pada kegiatan pendewasaan usia perkawinan dan keterampilan hidup.
3. Adanya kebijakan yang mengatur pertemuan berkala antara orang tua yang mengikuti BKR atau kegiatan kemasyarakatan lainnya (contoh: pertemuan RT/RW, PKK, model banjar di Bali) dengan para anggota PIK R/M supaya terjalin komunikasi untuk dapat meningkatkan kepercayaan orangtua kepada remaja.
4. Kebijakan pelaksanaan advokasi tentang kesehatan reproduksi remaja dan hak-hak reproduksi ke sebanyak mungkin. DPRD dan para pejabat kabupaten/kota oleh komisi kesehatan reproduksi.
5. Kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi remaja sebagai prioritas

pengaturan daerah yang ada atau pengembangan peraturan daerah baru yang dapat menunjang dan menggerakkan program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi didaerahnya.

6. Pengalokasian anggaran untuk program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi yang mencakup sektor-sektor terkait. Kebijakan menggerakkan masyarakat melalui komunitas remaja dan hobi/minat tertentu untuk dapat lebih berpartisipasi dalam kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahdiat, dkk. 2012. *Say Hello to Our Body: Seksualitas Anak Muda*. Jurnal Perempuan Edisi Pertama 2012. Yayasan Jurnal Perempuan: Jakarta;
- Gubhaju, Bhakta B. 2002. *Asia Pacific Population Journal: Adolescent Reproductive Health in Asia*. (<http://www.un.org/esa/socdev/unyin/workshops/bhakta.pdf>) Diakses pada 12 Januari 2014 Pukul 01.48
- GTZ Siskes. 2010. *Measuring the Fulfilment of Human Rights in Maternal and Neonatal Health Using WHO Tools .Study Case of West and East Nusa Tenggara Indonesia*. Kementerian Kesehatan: Jakarta
- Rahmadewi. 2010. *Hubungan Kesertaan Remaja dalam PIK-KPP dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja dengan Pengetahuan Remaja tentang Reproduksi*. Warta Ilmiah Edisi V dan VI Nopember 2010. BKKBN: Jakarta;
- Setyawati, L. 2010. *Keberagaman dan Eksklusi Sosial: Simbol Identitas Dalam Ruang Publik*. Jurnal Masyarakat dan Budaya Edisi Khusus Tahun 2010. LIPI: Jakarta;
- Smith, E. 2002. *Social Franchising Reproductive Health Services. Can It Work? A Review Of The Expeoence*. Working

- Paper No. 5 February 2002. Marie Stopes International: London;
- Syahra, R. 2010. *Eksklusi Sosial: Perspektif Baru untuk Memahami Deprivasi dan Kemiskinan*. Jurnal Masyarakat dan Budaya Edisi Khusus Tahun 2010. LIPI: Jakarta.
- UNFPA. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi*. UNFPA: Jakarta.
- Qodarina, UK. 2013. *Pengaruh Teman Sebaya Terhadap Perilaku Seksual Remaja di Indonesia Tahun 2012: Analisis Lanjut SDKI 2012*. Skripsi S1 FKM Universitas Indonesia: Jakarta.

