

# PENGEMBANGAN MODEL KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR) (MODEL DEVELOPMENT ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH)

Made Asri Budisuari\*) dan Andryansyah Arifin\*)

## ABSTRACT

*Adolescent reproductive health were influence by health service, nutrient, family environment, education information economics social and cultural conditions. This study used one group pretest-post test design to interview adolescent reproductive health model. This study were done in Surakarta city (Health Center Gajahan, Ngoresan and Banyuanyar) and Semarang city (in Health Center Poncol, Tambak Aji and Morota) in Jawa Tengah province. This study showed that health education on adolescent reproductive health conducted by school teachers during class session and health education by health provider for Karang Taruna could improve adolescent reproductive health knowledge. The attitude toward reproductive health after 6 month of intervention was not changed. It is recommended to implement this model at wider areas by focusing for Secondary school student. Health service for adolescent, particularly counseling would be better conducted at school during health provider visit to school also. It is necessary to develop adolescent reproductive health material for school teacher, and manual for adolescent peer educators.*

**Key words:** model, development, adolescent reproductive health

## PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya (WHO, 1992). Dengan demikian kesehatan reproduksi dapat diartikan pula sebagai suatu keadaan di mana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman (Depkes, 1997).

Pada masa remaja terjadi perubahan fisik, psikologis dan perilaku secara maksimal. Masa ini juga merupakan masa persiapan untuk memegang tanggung jawab yang lebih besar, masa eksplorasi dan memperluas wawasan, memantapkan kesehatan sepanjang perkembangan lebih lanjut. Kesehatan remaja tergantung pada beberapa faktor yang kompleks yaitu: keadaan sosial ekonomi, lingkungan di mana remaja hidup dan berkembang, kualitas hubungan dalam keluarga, masyarakat dan teman sesama remaja (peer groups) dan kesempatan untuk

memperoleh pendidikan dan pekerjaan. Kesehatan remaja dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan, gizi dan afeksi keluarga yang diperoleh mereka semasa kanak-kanak. Masalah utama kesehatan pada masa remaja adalah (1) masalah kesehatan sebagai akibat dari gangguan kesehatan pada masa kanak-kanak, seperti gangguan gizi semasa janin dalam kandungan, penyakit infeksi dan pengalaman seksual masa kanak-kanak (sexual abuse) yang akan mempengaruhi remaja secara fisik dan mental. (2) Masalah yang akan memberikan dampak kesehatan sepanjang hidup mereka seperti kebiasaan merokok penggunaan obat-obatan dan narkotika serta minuman beralkohol yang akan meningkatkan kanakalan remaja (perkelahian, hubungan sek dan kekerasan).

Khusus di bidang kesehatan reproduksi, yang menjadi masalah adalah kehamilan remaja dengan segala akibatnya, penyakit menular seksual (HIV/AIDS) dan abortus. Beberapa data menunjukkan bahwa penyalahgunaan narkotika, alkohol dan zat aditif lainnya dikalangan remaja cukup tinggi yaitu 7,7 per 1000 penduduk; data epidemiologi tahun 1986,

\*) Peneliti pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan dan Teknologi Kesehatan (P4TK) Jl. Indrapura 17 Surabaya

menunjukkan sebesar 34,4% pengunjung puskesmas yang berusia 5–15 tahun mengalami gangguan mental emosional (Depkes.1994); sensus 1990 didapatkan bahwa 24,9% wanita menikah pada usia sebelum 16 tahun, yaitu 20.1 % dipertanian, 26,8 % pada daerah pedesaan. (Bapenas dan Unicef 1994); penelitian di Yogyakarta oleh Universitas Islam Indonesia ditemukan bahwa hubungan seksual pra nikah 26,35% dari 846 pernikahan yang diamati, 50% diantaranya menyebabkan kehamilan dengan risiko terjadinya kematian ibu dan bayi pada kehamilan remaja. Kehamilan ini, memiliki risiko 2–4 kali lebih tinggi dibandingkan kehamilan pada wanita usia 20–35 tahun (Depkes 1994). Masalah lain adalah buruknya kesegaran jasmani para remaja. Hasil survey 1983 menunjukkan bahwa 60–80 % kesegaran jasmani pada remaja pada tingkat buruk dan buruk sekali (Depkes 1994).

Menurut WHO, beberapa hambatan utama untuk mempromosikan kesehatan reproduksi remaja sehingga dapat berkembang secara optimal adalah: (1) Kurang adanya kebijakan dan program yang efektif dan kegagalan untuk melibatkan remaja dalam kegiatan promosi selama ini, (2) Remaja belum memiliki pengetahuan yang memadai tentang perkembangan diri mereka, terutama yang berkaitan dengan seksualitas, dan perubahan hubungan yang terjadi pada masa remaja, serta kurangnya adanya komunikasi tentang masalah yang dihadapi remaja dengan orang yang dapat dipercaya dalam rangka mengambil keputusan dan bertindak secara bertanggung jawab, (3) Kurangnya informasi tentang berbagai bahaya/akibat dari penggunaan obat-obatan dan bahan narkotika serta penyakit menular seksual, (4) Remaja yang sudah mengetahui kebutuhan akan informasi dan pengetahuan, kurang memiliki keterampilan untuk memenuhi kebutuhan mereka, karena belum adanya informasi yang memadai di mana mereka dapat memperoleh pelayanan dan bantuan yang diperlukannya, (5) Pelayanan kesehatan yang tersedia masih belum dilengkapi peralatan/bahan dan petugas yang terlatih serta memiliki keterampilan untuk memberikan pelayanan pada remaja.

Sehubungan dengan itu WHO menganjurkan untuk (1) agar dilakukan pendekatan yang menyeluruh terhadap kesehatan reproduksi remaja melalui

pendekatan terpadu antarsektor dan disiplin sehingga kebutuhan kesehatan reproduksi remaja dapat terjamin secara optimal. Keterlibatan dan peran antara lain dari sektor-sektor seperti sektor pendidikan, agama, penerangan (mass media), ketenagakerjaan, pemuda dan olahraga serta keluarga sangat penting untuk keberhasilan pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja. (2) program utama yang perlu dikembangkan adalah: a) mempromosikan kesehatan reproduksi remaja secara optimal sesuai kebutuhan remaja antara lain: -aspek fisik (nutrisi), -aspek psikologis (komunikasi), aspek moral (remaja yang bertanggung jawab), aspek pekerjaan (kewira-usahaan); b) program untuk mencegah dan menanggapi masalah kesehatan reproduksi remaja antara lain: hubungan seks yang tidak terlindungi, tidak dikehendaki (unprotected, unwanted sex), gizi buruk, kesegaran jasmani remaja, kehamilan remaja, abortus dan penyakit menular seksual/HIV/AIDS).

Penelitian data dasar (*need assessment*) di 7 Kabupaten/kota (Kota Semarang, Surakarta dan Kabupaten Karang Anyar di Provinsi Jawa Tengah, Kota Surabaya dan Malang di Jawa Timur, Kota Denpasar dan Kabupaten Badung di provinsi Bali) pada tahun 1999 yang meliputi 45 puskesmas dengan responden yang terdiri dari a) remaja (usia 10–19 tahun) 1429 orang (708 laki-laki dan 721 perempuan) dengan tingkat pendidikan terdiri dari 526 orang (SMP), 492 orang (SMU) dan 411 (tidak sekolah). b) orang tua remaja sebanyak 450 orang (220 ayah dan 230 ibu), c) guru sekolah sebanyak 450 orang (225 guru SMP dan 225 guru SMU), d) 225 tokoh masyarakat dan 227 petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan, petugas UKS dan petugas puskesmas).

## METODE

Penelitian ini menggunakan "one group pretest-posttest design" dengan menerapkan rancangan model pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Lokasi penelitian yang dievaluasi adalah di Kota Surakarta (di Puskesmas Gajahan, Ngoresan dan Banyuanyar) dan Semarang (di Puskesmas Poncol, Tambak Aji dan Morota) di Provinsi Jawa Tengah .

## HASIL PENELITIAN

### Karakteristik dan Pengetahuan Remaja

**Tabel 1.** Distribusi responden remaja menurut kelompok remaja, tahun 2002

Kelompok Remaja	Puskesmas		Total
	Intervensi	Kontrol	
SMP	59 (19,9%)	51 (17,2%)	110 (37,2%)
SMA	67 (22,6%)	36 (12,2%)	103 (34,8%)
Luar Sekolah	58 (19,6%)	25 (8,4%)	83 (28,0%)
Total	184 (62,2%)	112 (37,8%)	296 (100,0%)

Dari tabel 1 di atas dapat di pelajari bahwa responden terdiri dari 110 orang remaja SMP, 103 orang remaja SMA dan 83 orang remaja luar sekolah.

**Tabel 2.** Distribusi responden remaja menurut jenis kelamin, tahun 2002

Jenis Kelamin	Puskesmas		Total
	Kontrol	Intervensi	
Laki-laki	89 (30,1%)	51 (17,2%)	140 (47,3%)
Perempuan	95 (32,1%)	61 (20,6%)	156 (52,7%)
Total	184 (62,2%)	112 (37,8%)	296 (100,0%)

Dari tabel 2 di atas dapat di pelajari bahwa jenis kelamin responden terdiri dari laki-laki sebesar (47,3%) dan perempuan sebesar (52,7%).

Dari tabel 3 berikut dapat dipelajari bahwa rerata nilai pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi pada tahun 2001 (data dasar) masing-masing untuk daerah intervensi dan kontrol berturut-turut adalah 41,25 dan 40,34. Rerata nilai pengetahuan di daerah intervensi tidak berbeda secara bermakna dibandingkan dengan daerah kontrol,  $p = 0,669$  atau  $p > 0,005$ . Demikian juga untuk tiap jenis pengetahuan kesehatan reproduksi tidak ada perbedaan yang bermakna antara daerah intervensi dan kontrol.

Dari tabel 4 berikut dapat dipelajari bahwa remaja yang memiliki pengetahuan di atas rata-rata yang tergolong baik adalah 19,0%, yang tergolong cukup adalah 39,1% dan tergolong kurang adalah 41,8%. Sedangkan di daerah kontrol jumlah remaja yang memiliki pengetahuan kategori baik adalah 9,8%, cukup (20,5%) dan yang kategori kurang adalah 69,6%.

**Tabel 3.** Distribusi rerata nilai pengetahuan remaja menurut puskesmas intervensi dan kontrol tahun 2002

No.	Jenis Pengetahuan	Kode Puskesmas	N	Mean
1.	Ciri puskesmas	intervensi	184	46,3315
		kontrol	112	37,7679
2.	Tanda kehamilan	intervensi	184	43,6481
		kontrol	112	39,5647
3.	Seksualitas	intervensi	184	52,7853
		kontrol	112	46,6518
4.	Aborsi	intervensi	184	50,7246
		kontrol	112	44,4940
5.	Infeksi menular seksual	intervensi	184	49,8075
		kontrol	112	43,1734
6.	Bahaya kehamilan remaja	intervensi	184	47,5000
		kontrol	112	42,5446
7.	Keluarga berencana	intervensi	184	44,7739
		kontrol	112	40,3181
Rerata pengetahuan		intervensi	184	47,7172
		kontrol	112	42,0735

**Tabel 4.** Distribusi kategori nilai pengetahuan remaja menurut puskesmas intervensi dan kontrol tahun 2002

Kategori pengetahuan	Puskesmas		Total
	Kontrol	Intervensi	
Kurang	77 (41,8%)	78 (69,6%)	155 (52,4%)
Cukup	72 (39,1%)	23 (20,5%)	95 (32,1%)
Baik	35 (19,0%)	11 (9,8%)	46 (15,5%)
Total	184 (100,0%)	112 (100,0%)	296 (100,0%)

**Tabel 5.** Distribusi rerata nilai pengetahuan remaja SMP menurut puskesmas intervensi dan kontrol tahun 2002

No.	Jenis Pengetahuan	Kode Puskesmas	N	Mean	Std. Deviation
1.	Ciri pubertas	intervensi	59	45,0847	18,0872
		kontrol	51	41,5686	18,0413
2.	Tanda kehamilan	intervensi	59	43,3263	17,2872
		kontrol	51	44,1176	18,5157
3.	Seksualitas	intervensi	59	50,8475	19,6774
		kontrol	51	51,2255	20,9545
4.	Aborsi	intervensi	59	51,4124	21,5621
		kontrol	51	51,1438	22,4858
5.	Infeksi menular seksual	intervensi	59	50,0353	16,9140
		kontrol	51	48,7745	16,0250
6.	Bahaya kehamilan remaja	intervensi	59	48,3898	18,5798
		kontrol	51	50,5882	17,8787
7.	Keluarga berencana	intervensi	59	46,3076	13,7497
		kontrol	51	43,3211	13,2880
Total pengetahuan		intervensi	59	47,2241	15,0635
		kontrol	51	47,2485	14,9017

Dari tabel 5 di atas dapat dipelajari bahwa pada remaja SMP tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara puskesmas yang di intervensi maupun kontrol

**Tabel 6.** Distribusi rerata nilai pengetahuan remaja luar sekolah menurut puskesmas intervensi dan kontrol tahun 2002

No.	Jenis Pengetahuan	Kode Puskesmas	N	Mean	Std. Deviation
1.	Ciri pubertas	intervensi	58	39,2241	17,2139
		kontrol	25	35,2000	13,9553
2.	Tanda kehamilan	intervensi	58	39,5474	17,0215
		kontrol	25	34,0000	12,3796
3.	Seksualitas	intervensi	58	49,1379	21,3140
		kontrol	25	41,0000	16,3459
4.	Aborsi	intervensi	58	41,0920	16,5833
		kontrol	25	35,3333	12,3322
5.	Infeksi menular seksual	intervensi	58	42,0618	14,8726
		kontrol	25	35,6667	10,8473
6.	Bahaya kehamilan remaja	intervensi	58	39,9138	13,1620
		kontrol	25	33,0000	10,2062
7.	Keluarga berencana	intervensi	58	40,7866	12,9764
		kontrol	25	36,7500	11,6676
Total pengetahuan		intervensi	58	41,6805	12,9741
		kontrol	25	35,8500	10,0508

Dari tabel 6 di atas dapat dipelajari bahwa terdapat perbedaan rerata nilai pengetahuan kesehatan reproduksi remaja terjadi pada remaja luar sekolah.

### Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja

Sikap remaja yang diukur pada penelitian ini adalah aspek kognitif sikap yaitu tentang perilaku seksual remaja, sikap tentang aborsi dan sikap tentang upaya untuk menghindari perkawinan usia muda. Subvariabel sikap tentang perilaku seksual meliputi: hubungan seksual pra nikah remaja perempuan, hubungan seksual pra nikah remaja laki-laki, hubungan seks atas dasar suka sama suka, hubungan seks sebagai bukti kasih sayang laki-laki dan perempuan, remaja laki-laki yang tidak menikahi remaja perempuan yang dihamilinya, sikap remaja yang melakukan masturbasi.

### Kegiatan yang Dilakukan oleh Guru dan Puskesmas

Wawancara terhadap guru tentang kegiatan yang telah dilakukan di sekolah menunjukkan bahwa yang dilakukan guru SMA, adalah memberikan informasi secara singkat tentang kesehatan reproduksi remaja kepada remaja sebanyak 1 kali dalam periode 6 bulan pasca sosialisai kesehatan reproduksi bagi. Sedangkan guru SMP, belum ada kegiatan. Hambatan yang dihadapi oleh guru SMA dan SMP adalah keterbatasan waktu dan materi yang tersedia untuk mengintegrasikan pesan-pesan kesehatan reproduksi remaja dalam proses belajar mengajar. Sedangkan khusus untuk guru SMP, mereka merasa kurang tepat untuk dalam menjelaskan kesehatan reproduksi bagi remaja, dengan asumsi bahwa remaja SMP masih berusia muda, di samping merasa masih perlu memiliki materi kesehatan reproduksi yang khusus bagi remaja SMP.

Kegiatan yang telah dilakukan oleh puskesmas meliputi: pemberian penyuluhan di SMA, pelatihan remaja sebaya dan pemberian konsultasi kesehatan reproduksi bagi remaja yang berkunjung ke puskesmas. Tidak banyak jumlah remaja yang berkunjung ke puskesmas untuk berkonsultasi kebanyakan remaja mengajukan pertanyaan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada penyuluhan yang dilakukan di sekolah. Namun karena

keterbatasan waktu dan tenaga yang ada di puskesmas di daerah penelitian, penyuluhan yang dilakukan hanya 1 kali dalam priode 6 bulan, itupun hanya untuk SMU yang berada diwilayah kerjanya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 77,3% remaja kurang pengetahuannya tentang perkembangan reproduksi (termasuk seksualitas) remaja, perubahan psikologis dan emosional remaja, penyakit menular seksual dan tentang bahaya kehamilan remaja serta abortus. Remaja sangat sedikit memperoleh informasi dari sumber yang berkompeten tentang hal-hal tersebut di atas.

Sebagian besar remaja (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. Jumlah remaja yang pernah mendapat pendidikan seks pada waktu mengikuti pendidikan agama di luar sekolah 53,7%, dan kesan mereka tentang seks adalah sebagai berikut: seks itu dosa (28,21%), seks itu menjijikan (2,11%), seks itu fippah (4,63%) membingungkan (25,06%), seks itu harus bertanggung jawab (40,42%). Sebanyak 49% remaja perempuan dan 47% remaja laki-laki mengalami masalah pada saat pubertas.

Sikap remaja tentang perilaku seksual menunjukkan 38,9% cenderung setuju/sangat setuju hubungan seks dilakukan oleh wanita atau pria sebelum menikah, 38,2% cenderung setuju/sangat setuju bila pria tidak menikahi wanita yang dihamilinya, 39,4% responden remaja setuju/sangat setuju aborsi pada kehamilan pranikah.

Sumber informasi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi sebagian besar 62,7% dari sumber yang kurang kompeten (teman, saudara, majalah dan radio). Hal ini dapat mengakibatkan remaja kurang memiliki pengetahuan yang tepat tentang kesehatan reproduksinya dan dapat mengakibatkan terjadinya hal-hal yang merugikan seperti kehamilan di luar nikah, abortus, penyakit menular seksual dan perkawinan usia muda, dengan berbagai akibatnya

Pengetahuan orang tua, guru dan petugas kesehatan puskesmas tentang kesehatan reproduksi juga masih kurang. Pada kelompok orang tua remaja hanya 35%, dan pada kelompok guru hanya 15,7% yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan reproduksi remaja (KRR). Demikian pula 60% petugas kesehatan puskesmas masih kurang

pengetahuannya tentang KRR. Pelayanan kesehatan di bidang KRR masih terbatas pada penyuluhan yang dilakukan 1–2 kali setahun melalui kegiatan usaha kesehatan sekolah.

Hasil diskusi kelompok terarah menunjukkan bahwa perhatian para tokoh agama dan tokoh masyarakat terhadap kesehatan reproduksi remaja sangat tinggi, serta sadar bahwa mereka menghadapi masalah besar dalam hal reproduksi remaja. Mereka ingin bekerja sama secara lintas sektor untuk dapat mengentaskan masalah kesehatan reproduksi remaja, hanya mereka kurang memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja. Karena remaja adalah masa depan bangsa, maka mereka mengharapkan generasi masa depan lebih baik dari generasi sekarang. Pada saat ini ditemukan bahwa belum berkembang upaya kesehatan reproduksi remaja yang paripurna yang meliputi upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif secara terpadu dan berkesinambungan melalui pelayanan kesehatan di Puskesmas dan sistem rujukannya di Rumah Sakit, serta kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat.

Peningkatan pengetahuan petugas kesehatan tentang kesehatan reproduksi remaja memungkinkan mereka untuk dapat menangani masalah kesehatan reproduksi remaja secara optimal, mereka dapat berperan sebagai sumber informasi yang kompeten bagi remaja. Petugas kesehatan dapat pula berperan sebagai kosnelor untuk membantu remaja dan orang tua yang mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti kehamilan di luar nikah, abortus. Di samping itu petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan kepada remaja dalam upaya untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan reproduksi (penyakit menular seksual, aborsi, narkoba dll.).

## PEMBAHASAN

Pada penelitian ini terdapat peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja di daerah puskesmas intervensi dan berbeda secara bermakna dibandingkan remaja di puskesmas kontrol. Perbedaan tersebut terjadi pada remaja SMA dan remaja luar sekolah. Sedangkan untuk pengetahuan kesehatan reproduksi remaja SMP tidak terdapat perbedaan yang bermakna. Hal ini dapat terjadi karena penyuluhan yang diberikan oleh guru

melalui pesan-pesan yang diintegrasikan dalam proses belajar dan mengajar belum berlangsung dengan baik.

Menurut para guru, mereka mengalami kesulitan untuk menyampaikan informasi tentang kesehatan reproduksi karena ragu akan terjadi kesalahan pengertian dari pihak siswa. Sebagian guru juga menganggap siswa SMP masih belum cukup dewasa dan belum perlu mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Petugas puskesmaspun belum melakukan kegiatan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi. Mereka masih memprioritaskan penyuluhan di SMA di sekolah dan remaja luar sekolah melalui kegiatan karang taruna. Ada juga puskesmas daerah intervensi yang mengundang remaja sebaya sebagai *peer educator* dan memberikan pelatihan singkat kepada mereka di puskesmas. Demikian juga guru di SMA merasa lebih leluasa untuk membahas tentang kesehatan reproduksi di kelas, meskipun secara terbatas. Mereka pada umumnya meminta petugas puskesmas yang datang ke sekolah untuk memberikan penyuluhan dan atau konsultasi bagi siswa yang membutuhkan.

Sikap remaja tentang kesehatan reproduksi yang berkenaan dengan perilaku seksual, aborsi dan upaya menghindari pernikahan usia muda, tidak terdapat perbedaan yang bermakna. Hal ini mungkin karena perubahan pengetahuan pada remaja SMA dan remaja luar sekolah yang terjadi setelah 6 bulan intervensi belum memberikan dampak pada perubahan sikap remaja. Dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk perubahan sikap dan diperlukan peningkatan kegiatan penyuluhan yang lebih intensif oleh guru dan petugas puskesmas secara berkala di sekolah dan di luar sekolah. Di samping itu diperlukan adanya buku pegangan kesehatan reproduksi remaja bagi remaja sebaya agar dapat digunakan sebagai bahan rujukan tertulis.

Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang dilakukan di puskesmas berupa konseling, kurang banyak dikunjungi remaja. Hal ini kemungkinan karena citra puskesmas adalah sebagai tempat pengobatan bagi orang yang sakit, sedangkan remaja yang bermasalah merasa dirinya tidak sakit, sehingga enggan datang ke puskesmas. Mereka lebih sering dan banyak mengajukan pertanyaan pada saat dilakukan penyuluhan di sekolah oleh petugas puskesmas.

Rancangan model yang diterapkan dalam penelitian ini masih perlu di tindaklanjuti, agar dapat menghasilkan perubahan sikap dan perilaku remaja dibidang kesehatan reproduksi. Sehingga dapat terbina kesehatan reproduksi remaja yang optimal.

## KESIMPULAN DAN SARAN

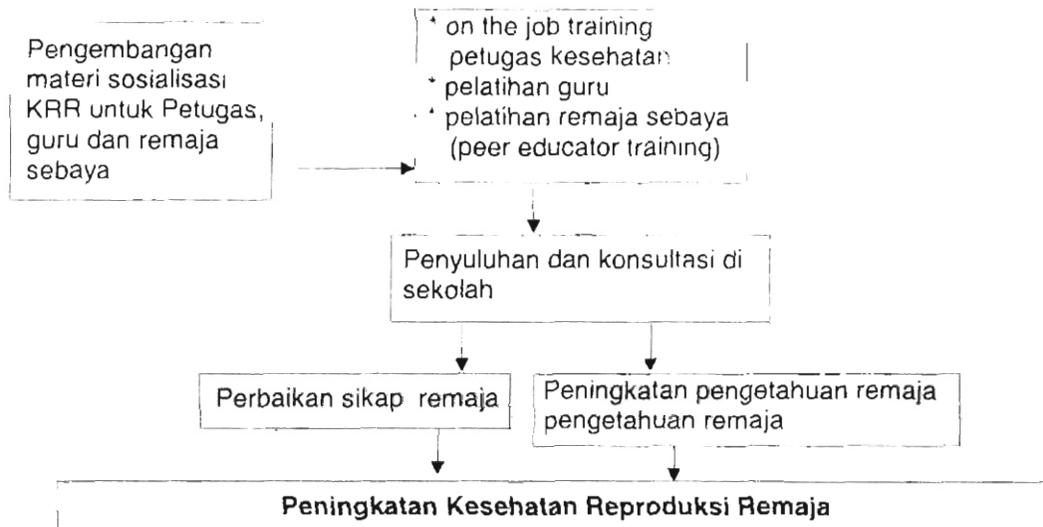
Penelitian ini membuktikan bahwa intervensi berupa penyuluhan yang dilakukan oleh guru SMA yang telah memperoleh informasi singkat tentang kesehatan reproduksi remaja dan penyuluhan secara terbatas 1 kali setahun yang dilakukan oleh petugas puskesmas bagi remaja di SMA dan bagi remaja di luar sekolah melalui karang taruna dapat meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Evaluasi yang dilakukan setelah 6 bulan intervensi belum menunjukkan adanya perubahan sikap remaja tentang kesehatan reproduksi remaja.

Kegiatan penyuluhan yang belum dilakukan bagi remaja SMP baik oleh guru maupun petugas puskesmas dapat menyebabkan tidak adanya perubahan pengetahuan remaja SMP tentang kesehatan reproduksi. Belum dilakukannya penyuluhan ini karena adanya keterbatasan materi tentang kesehatan reproduksi bagi remaja SMP yang dimiliki guru, dan karena keterbatasan waktu untuk melaksanakan kegiatan oleh petugas puskesmas

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja di puskesmas kurang banyak diminati/dikunjungi oleh remaja. Hal ini karena persepsi remaja tentang puskesmas sebagai tempat berobat bagi yang sakit. Sebagian terbesar masalah kesehatan yang alami remaja bukanlah berupa gejala fisik/penyakit menurut pengertian remaja. Oleh karena itu mereka enggan datang ke puskesmas, kecuali bila memang benar ada keluhan fisik seperti nyeri haid, nyeri pada payudara waktu haid. Remaja lebih banyak yang menanyakan masalah kesehatan reproduksi remaja sewaktu penyuluhan yang dilakukan oleh puskesmas di sekolah. Beberapa sekolah SMP dan SMA mengharapkan adanya penyuluhan kesehatan reproduksi remaja oleh puskesmas secara periodik setiap 3 bulan sekali. Sekolah juga bersedia menyediakan tempat untuk pelayanan konseling bagi remaja yang membutuhkannya.

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas maka disarankan sebagai berikut:

Di bawah ini adalah Model Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas



1. Model ini perlu diterapkan di daerah yang lebih luas dengan memberikan prioritas bagi remaja SMP. Juga diperlukan waktu yang relatif cukup lama (minimal 1 tahun) untuk menemukan adanya perubahan sikap remaja dibidang kesehatan reproduksi,
2. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja terutama konseling sebaiknya dilakukan di sekolah pada saat kunjungan petugas puskesmas secara periodik 3 bulan sekali ke sekolah. Untuk remaja luar sekolah pelayanan konseling dapat dilakukan pada waktu penyuluhan di kelompok karang taruna,
3. Perlu dikembangkan materi kesehatan reproduksi yang lebih lengkap dari yang sudah ada yang di terbitkan oleh Depkes. Yang sesuai dengan kebutuhan guru untuk memberikan penjelasan tentang kesehatan reproduksi baik bagi remaja SMP maupun bagi remaja SMA.
4. Perlu dikembangkan materi untuk pegangan bagi remaja sebaya (peer educator), agar mereka memiliki referensi tertulis yang berguna bagi penyampaian informasi yang benar dalam pergaulan mereka sehari-hari dengan remaja sebayanya.

Reproduksi Panduan Fasilitator. (Terjemahan bebas dari Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health, WHO 1993). Puslitbang Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI, Surabaya.

Arifin, A (1999) Standar Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja untuk Petugas Puskesmas. Puslitbang Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Depkes RI, Surabaya.

Depkes. RI, 1995. Pedoman Pelatihan Kader Kesehatan Remaja di Sekolah Tingkat Lanjut, Jakarta.

Depkes. RI., 1997. Pedoman Pelayanan dan Modul Konseling Kesehatan Remaja, Jakarta.

Depkes. RI. dan WHO, 1999. Materi Inti Kesehatan Reproduksi Remaja, Jakarta.

Depkes RI dan WHO, 1999. Buku Pegangan Fasilitator dan Teknik Penyampaian Materi Inti Kesehatan Reproduksi Remaja, Jakarta.

Depkes. RI. Penanggulangan Penyakit Menular Seksual Melalui Pelayanan KIA. Jakarta, 1999.

Medscape (2001) Reproductive Health and Sexual Transmitted Diseases. [http:// dermatology.medscape.com](http://dermatology.medscape.com).

Population Council, 1999. Adolescent Reproductive Health. Jogyakarta.

UNICEF, 1997. Youth Health for A Change. A Unicef Notebook on Programming for Young People's Health and Development. New York.

WHO, 1997. Sexual behaviour of young people. Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Geneva WHO, 1999. Strategies, Policies dan Practice for Immunization of Adolescent: A review.. Geneve.

#### DAFTAR PUSTAKA

Arifin, A dan Arifin F (1998) Pelatihan Keterampilan Konseling Seksualitas Remaja dan Kesehatan