

NARASI KEGIATAN PENGABDIAN MASYARAKAT

PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI SMK YPKK 3

SLEMAN



Oleh :

dr. Novita Intan Arovah, MPH

Berdasarkan Surat Ijin/Penugasan Dekan FIK UNY No 1143/H.34.16/KP/2009

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA
2009**

A. PENDAHULUAN

Kegiatan Pengabdian Pada Masyarakat berupa Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMK YPKK 3 Sleman ini dilaksanakan pada tanggal 15 Juli 2009. Kegiatan tersebut dilaksanakan atas permintaan dari panitia MOS (Masa Orientasi Siswa) SMK YPKK 3 Sleman (Surat Panitia MOS No 1160/1.13/S.1/VII/2009) sebagai bagian dari rangkaian kegiatan yang dilaksanakan pada MOS. Kegiatan tersebut diikuti oleh seluruh siswa baru SMK YPKK yang berjumlah 80 orang dari kelas jurusan Akutansi dan Administrasi Perkantoran. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bekal tentang kesehatan reproduksi bagi siswa. Secara khusus, penyuluhan ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran dan pengetahuan pada siswa tentang bahaya penyakit menular seksual akibat seks bebas. Materi yang diberikan meliputi kesehatan reproduksi secara umum, HIV-AIDS sebagai salah satu penyakit menular seksual dan resiko kehamilan usia muda. Metode pemberian penyuluhan berupa ceramah dan dilanjutkan dengan diskusi.

B. MATERI PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

1. Definisi Kesehatan reproduksi

Kesehatan reproduksi remaja didefinisikan sebagai keadaan sejahtera fisik dan psikis seorang remaja, termasuk keadaan terbebas dari kehamilan yang tak dikehendaki, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, serta semua bentuk kekerasan dan pemaksaan seksual (Wahyudi, 2000)

2. Peran Pendidikan Kesehatan Reproduksi

a. Miskonsepsi dan Perilaku Remaja Terhadap Seks dan Kesehatan Reproduksi

Sebuah survei terhadap 8084 remaja laki-laki dan remaja putri usia 15-24 tahun di 20 kabupaten pada empat propinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Lampung) menemukan 46,2% remaja masih menganggap bahwa perempuan tidak akan hamil hanya dengan sekali melakukan hubungan seks. Kesalahan persepsi

ini sebagian besar diyakini oleh remaja laki-laki (49,7%) dibandingkan pada remaja putri (42,3%) (Sciortino, 1995). Dari survei yang sama juga didapatkan bahwa hanya 19,2% remaja yang menyadari peningkatan risiko untuk tertular PMS bila memiliki pasangan seksual lebih dari satu. 51% mengira bahwa mereka akan berisiko tertular HIV hanya bila berhubungan seks dengan pekerja seks komersial (PSK) (Beni, 1995; Sciortino, 1995)

Responden survei remaja di empat propinsi yang dilakukan pada tahun 1998 memperlihatkan sikap yang sedikit berbeda dalam memandang hubungan seks di luar nikah. Ada 2,2% responden setuju apabila laki-laki berhubungan seks sebelum menikah. Angka ini menurun menjadi 1% bila ditanya sikap mereka terhadap perempuan yang berhubungan seks sebelum menikah. Jika hubungan seks dilakukan oleh dua orang yang saling mencintai, maka responden yang setuju menjadi 8,6%. Jika mereka berencana untuk menikah, responden yang setuju kembali bertambah menjadi 12,5% (Depkes, 1995).

Sebuah studi yang dilakukan LDFEUI di 13 propinsi di Indonesia menemukan bahwa sebagian besar responden setuju bahwa pengetahuan mengenai kontrasepsi sudah harus dimiliki sebelum menikah. Survei remaja di empat propinsi kembali melaporkan bahwa ada 2,9% remaja yang telah seksual aktif. Persentase remaja yang telah mempraktikkan seks pra-nikah terdiri dari 3,4% remaja putra dan 2,3% remaja putri (Mohamad, 1998). Sebuah survei terhadap pelajar SMU di Manado, melaporkan persentase yang lebih tinggi, yaitu 20% pada remaja putra dan 6% pada remaja putri (Mohamad, 1998).

Sebuah studi di Bali menemukan bahwa 4,4% remaja putri di perkotaan telah seksual aktif. Studi di Jawa Barat menemukan perbedaan antara remaja putri di perkotaan dan pedesaan yang telah seksual aktif yaitu berturut-turut 1,3% dan 1,4% (Depkes, 1995). Sebuah studi kualitatif di perkotaan Banjarmasin dan pedesaan Mandiair melaporkan bahwa interval 8-10 tahun adalah rata-rata jarak antara usia

pertama kali berhubungan seks dan usia pada saat menikah pada remaja putra, sedangkan pada remaja putri interval tersebut adalah 4-6 tahun (Manuaba, 1998).

Walaupun demikian, angka-angka tersebut belum tentu menggambarkan kejadian yang sebenarnya, mengingat masalah seksualitas termasuk masalah sensitif sehingga tidak setiap orang bersedia mengungkapkan keadaan yang sebenarnya. Oleh karena itu, tidaklah mengejutkan apabila angka sebenarnya jauh lebih besar daripada yang dilaporkan. Masa remaja adalah masa transisi antara masa kanak-kanak dengan dewasa dan relatif belum mencapai tahap kematangan mental dan sosial sehingga mereka harus menghadapi tekanan-tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Banyak sekali *life events* yang akan terjadi yang tidak saja akan menentukan kehidupan masa dewasa tetapi juga kualitas hidup generasi berikutnya sehingga menempatkan masa ini sebagai masa kritis (Depkes, 1995).

b. Perilaku Remaja dalam Mencari Informasi terkait Kesehatan Reproduksi

Hal yang patut disayangkan bahwa, walaupun terdapat banyak miskonsepsi tentang perilaku seksual dan kesehatan reproduksi, remaja seringkali merasa tidak nyaman atau tabu untuk membicarakan masalah seksualitas dan kesehatan reproduksinya. Akan tetapi karena faktor keingintahuannya mereka akan berusaha untuk mendapatkan informasi ini. Seringkali remaja merasa bahwa orang tuanya menolak membicarakan masalah seks sehingga mereka kemudian mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa (Depkes, 1995).

Hal yang patut disayangkan bahwa di Indonesia orang tua sering tidak termotivasi untuk memberikan informasi mengenai seks dan kesehatan reproduksi kepada remaja sebab mereka takut hal itu justru akan meningkatkan terjadinya hubungan seks pra-nikah. Padahal, anak yang mendapatkan pendidikan seks dari orang tua atau sekolah cenderung berperilaku seks yang lebih baik daripada anak yang mendapatkannya dari orang lain (Manuaba, 1998). Keengganan para orang tua untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi dan seksualitas juga disebabkan

oleh rasa rendah diri karena rendahnya pengetahuan mereka mengenai kesehatan reproduksi (pendidikan seks). Hasil pre-test materi dasar Reproduksi Sehat Anak dan Remaja (RSAR) di Jakarta Timur (perkotaan) dan Lembang (pedesaan) menunjukkan bahwa apabila orang tua merasa memiliki pengetahuan yang cukup mendalam tentang kesehatan reproduksi, mereka lebih yakin dan tidak merasa canggung untuk membicarakan topik yang berhubungan dengan masalah seks (Mohamad, 1998). Hambatan utama adalah justru bagaimana mengatasi pandangan bahwa segala sesuatu yang berbau seks adalah tabu untuk dibicarakan oleh orang yang belum menikah (Wahyudi, 2000).

Pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses justru memancing anak dan remaja untuk mengadaptasi kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan obat dan suntikan terlarang, perkelahian antar-remaja atau tawuran (Depkes, 1995). Pada akhirnya, secara kumulatif kebiasaan-kebiasaan tersebut akan mempercepat usia awal seksual aktif serta mengantarkan mereka pada kebiasaan berperilaku seksual yang berisiko tinggi, karena kebanyakan remaja tidak memiliki pengetahuan yang akurat mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas serta tidak memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi (Depkes, 1995).

Kebutuhan dan jenis risiko kesehatan reproduksi yang dihadapi remaja mempunyai ciri yang berbeda dari anak-anak ataupun orang dewasa. Jenis risiko kesehatan reproduksi yang harus dihadapi remaja antara lain adalah kehamilan, aborsi, penyakit menular seksual (PMS), kekerasan seksual, serta masalah keterbatasan akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Risiko ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berhubungan, yaitu tuntutan untuk kawin muda dan hubungan seksual, akses terhadap pendidikan dan pekerjaan, ketidaksetaraan gender, kekerasan seksual dan pengaruh media massa maupun gaya hidup (Depkes, 1995).

Khusus bagi remaja putri, mereka kekurangan informasi dasar mengenai keterampilan menegosiasikan hubungan seksual dengan pasangannya. Mereka juga memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk mendapatkan pendidikan formal dan pekerjaan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan dan pemberdayaan mereka untuk menunda perkawinan dan kehamilan serta mencegah kehamilan yang tidak dikehendaki (Manuaba, 1998). Bahkan pada remaja putri di pedesaan, haid pertama biasanya akan segera diikuti dengan perkawinan yang menempatkan mereka pada risiko kehamilan dan persalinan dini. Kadangkala pencetus perilaku atau kebiasaan tidak sehat pada remaja justru adalah akibat ketidak-harmonisan hubungan ayah-ibu, sikap orangtua yang menabukan pertanyaan anak/remaja tentang fungsi/proses reproduksi dan penyebab rangsangan seksualitas (libido), serta frekuensi tindak kekerasan anak (Manuaba, 1998). Mereka cenderung merasa risih dan tidak mampu untuk memberikan informasi yang memadai mengenai alat reproduksi dan proses reproduksi tersebut. Karenanya, mudah timbul rasa takut di kalangan orangtua dan guru, bahwa pendidikan yang menyentuh isu perkembangan organ reproduksi dan fungsinya justru malah mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah. Kondisi lingkungan sekolah, pengaruh teman, ketidaksiapan guru untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, dan kondisi tindak kekerasan sekitar rumah tempat tinggal juga berpengaruh (Wahyudi, 2000).

Remaja yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap dan tidak mendapatkan perlindungan dan kasih sayang orang tua, memiliki lebih banyak lagi faktor-faktor yang berkontribusi, seperti: rasa kekuatiran dan ketakutan yang terus menerus, paparan ancaman sesama remaja jalanan, pemerasan, penganiayaan serta tindak kekerasan lainnya, pelecehan seksual dan perkosaan (Wahyudi, 2000). Para remaja ini berisiko terpapar pengaruh lingkungan yang tidak sehat, termasuk penyalahgunaan obat, minuman beralkohol, tindakan kriminalitas, serta prostitusi (Wahyudi, 2000).

c. Materi Dasar tentang Kesehatan Reproduksi

1. HIV/AIDS

HIV merupakan singkatan dari Human Immunodeficiency Virus. Human berarti bahwa infeksi ini ditularkan dari seseorang ke orang lain. Immunodeficiency berarti bahwa virus tersebut melemahkan sistem imun dan sebagai hasilnya tubuh tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari penyakit (Ford *et.al*, 2000) .

AIDS merupakan singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome. Istilah *acquired* berarti bukan keturunan, tetapi didapat melalui perilaku spesifik, berupa kontak dengan sumber penyakit, misalnya melalui partner seksual yang terinfeksi. *Immune* berarti kemampuan untuk melawan penyakit, merujuk pada sistem pertahanan tubuh alami yang menyediakan perlindungan dari penyakit. *Deficiency* berarti hilangnya kemampuan untuk melawan penyakit karena lemahnya sistem imun. *Syndrome* berarti sekelompok tanda dan gejala yang dihasilkan sebagai manifestasi klinis suatu penyakit(Hein, 1989).

HIV adalah virus yang menyebabkan AIDS sehingga melemahkan sistem imun. Seseorang dengan HIV dapat terlihat sehat untuk waktu yang lama. Penderita dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Jadi, jika seseorang terdapat virus HIV, maka disebut HIV positif. AIDS meyebar dengan cepat di seluruh dunia, khususnya di negara-negara berkembang. Sampai saat ini belum ada obat untuk AIDS. Obat antiretroviral berfungsi mencegah berkembangbiaknya virus dan menstimulasi sistem kekebalan tubuh. Tidak ada vaksin untuk HIV/AIDS dan infeksi HIV/AIDS dapat dicegah.

Terdapat *window period* dalam HIV/AIDS, yaitu waktu yang diperlukan tubuh untuk membentuk sejumlah antibodi sesudah terinfeksi HIV. Selama periode ini seseorang yang terinfeksi sudah mampu menularkan HIV. HIV tidak menular melalui aktivitas harian di sekolah atau aktivitas sosial, udara, air, bahkan berdekatan dengan penderita. HIV menular melalui hubungan seksual, darah yang terinfeksi (transfusi darah yang terinfeksi HIV, alat-alat yang digunakan seorang penderita

HIV seperti tindik telinga, tato), jarum suntik yang terinfeksi HIV, dan melalui ibu yang terinfeksi HIV kepada bayi yang dikandungnya (Ford *et.al*, 2000).

Remaja berada di pusat epidemik HIV/AIDS dan sangat berisiko tertular karena seringkali tidak mempunyai akses informasi, pengetahuan, dan keterampilan cukup terkait dengan HIV/AIDS. Selain itu, remaja berada dalam periode coba-coba dengan seks dan obat-obatan. Remaja diharapkan menjadi ujung tombak perjuangan melawan penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS (Hein, 1989).

2. Kehamilan Pada Remaja

Kehamilan usia dini memuat risiko yang tidak kalah berat. Pasalnya, emosional ibu belum stabil dan ibu mudah tegang. Sementara kecacatan kelahiran bisa muncul akibat ketegangan saat dalam kandungan, adanya rasa penolakan secara emosional ketika si ibu mengandung bayinya (Wahyudi, 2000).

Dampak Kehamilan Resiko Tinggi pada Usia Muda.

a. Keguguran.

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja. misalnya : karena terkejut, cemas, stres. Tetapi ada juga keguguran yang sengaja dilakukan oleh tenaga non profesional sehingga dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan (Setiawan *et.al*, 1995).

b. Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan.

Prematuritas terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan (ANC) kurang,

keadaan psikologi ibu kurang stabil. selain itu cacat bawaan juga di sebabkan karena keturunan (genetik) proses pengguguran sendiri yang gagal, seperti dengan minum obat-obatan (gynecosit sytotec) atau dengan loncat-loncat dan memijat perutnya sendiri (Setiawan *et.al*, 1995).

Ibu yang hamil pada usia muda biasanya pengetahuannya akan gizi masih kurang, sehingga akan berakibat kekurangan berbagai zat yang diperlukan saat pertumbuhan dengan demikian akan mengakibatkan makin tingginya kelahiran prematur, berat badan lahir rendah dan cacat bawaan (Setiawan *et.al*, 1995).

c. Mudah terjadi infeksi.

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas (Setiawan *et.al*, 1995).

d. Anemia kehamilan / kekurangan zat besi.

Penyebab anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan kurang pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil di usia muda. karena pada saat hamil mayoritas seorang ibu mengalami anemia. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin dan plasenta. lama kelamaan seorang yang kehilangan sel darah merah akan menjadi anemis (Setiawan *et.al*, 1995).

e. Keracunan Kehamilan (Gestosis).

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk pre-eklampsia atau eklampsia. Pre-eklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian serius karena dapat menyebabkan kematian (Setiawan *et.al*, 1995).

f. Kematian ibu yang tinggi.

Kematian ibu pada saat melahirkan banyak disebabkan karena perdarahan dan infeksi. Selain itu angka kematian ibu karena gugur kandung juga cukup tinggi. yang kebanyakan dilakukan oleh tenaga non profesional (dukun)

Adapun akibat resiko tinggi kehamilan usia dibawah 20 tahun antara lain:

1. Resiko bagi ibunya :

- a. Mengalami perdarahan.
- b. Perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. selain itu juga disebabkan selaput ketuban stasel (bekuan darah yang tertinggal didalam rahim).kemudian proses pembekuan darah yang lambat dan juga dipengaruhi oleh adanya sobekan pada jalan lahir.
- c. Kemungkinan keguguran / abortus.
- d. Pada saat hamil seorang ibu sangat memungkinkan terjadi keguguran. hal ini disebabkan oleh faktor-faktor alamiah dan juga abortus yang disengaja, baik dengan obat-obatan maupun memakai alat.
- e. Persalinan yang lama dan sulit.

C. KESIMPULAN DAN PENUTUP

Masalah remaja merupakan masalah yang perlu diperhatikan dalam pembangunan nasional di Indonesia. Studi analisis mengenal kecenderungan kesehatan, mengestimasi bahwa pada tahun 2005 Indonesia akan menjadi negara dengan proporsi populasi usia kurang 15 tahun terbesar, dan diduga mencapai 30.02% pada tahun 2000. Masalah remaja terjadi, karena mereka tidak dipersiapkan mengenai pengetahuan tentang aspek yang berhubungan dengan masalah peralihan dari masa anak ke dewasa.. Masalah kesehatan remaja mencakup aspek fisik biologis dan mental, sosial. Perubahan fisik yang pesat dan perubahan endokrin/ hormonal yang sangat dramatik merupakan pemicu masalah kesehatan remaja serius karena timbulnya dorongan motivasi seksual yang menjadikan remaja rawan terhadap penyakit dan masalah kesehatan reproduksi, kehamilan remaja dengan segala konsekuensinya yaitu: hubungan seks pranikah, aborsi, PMS & HIV-AIDS serta narkotika, dll. Remaja seyogyanya memahami konsep kesehatan reproduksi untuk membentengi dirinya dari perilaku seks bebas dan menyimpang. Remaja di SMK

YPKK memiliki ketertarikan yang tinggi tentang kesehatan reproduksi. Sekolah sebaiknya melanjutkan program pendidikan atau penyuluhan kesehatan reproduksi secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Beni, R. (1995). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Ikhtiar Meretas Mitos*. Warta Demografi **25**(4): 4-8.
- Depkes, R. I. (1995). *Pola Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Pembinaan Kesehatan Keluarga*, Jakarta.
- Ford, K., D. N. Wirawan, B. D. Reed, P. Muliawan and M. Sutarga (2000). *AIDS and STD knowledge, condom use and HIV/STD infection among female sex workers in Bali, Indonesia*. AIDS care **12**(5): 523-534.
- Hein, K. (1989). *AIDS in adolescence: Exploring the challenge*. Journal of Adolescent Health Care.
- Manuaba, I. B. G. (1998). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Penerbit Arcan, Jakarta.
- Mohamad, K. (1998). Kontradiksi dalam kesehatan reproduksi, Pustaka Sinar Harapan.
- Sciortino, R. (1995). *Pendekatan sosial dalam penelitian kesehatan reproduksi*. Populasi **6**(1995).
- Setiawan, R. H. and D. Dasuki (1995). *Risiko Terjadinya Berat Bayi Lahir Rendah Pada Kehamilan Remaja*. Berita kedokteran masyarakat **11**(1995).
- Wahyudi, K. (2000). *Kesehatan Reproduksi Remaja*, Lab Ilmu Kedokteran Jiwa FK UGM Jogjakarta.