

PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA BERBASIS PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA

Islami¹⁾, Nasriyah²⁾, Sukarmin³⁾

Kebidanan, STIKES Muhammadiyah Kudus

Email: islami@stikesmuhkudus.ac.id

Kebidanan, STIKES Muhammadiyah Kudus

Email: nasriyah@stikesmuhkudus.ac.id

Keperawatan, STIKES Muhammadiyah Kudus

Email: sukarmin@stikesmuhkudus.ac.id

Abstrak

Keberadaan remaja merupakan aset bangsa yang harus diperhatikan oleh pemerintah dan masyarakat secara sistem agar mereka mampu mengoptimalkan tugas perkembangan sesuai dengan tahapan usianya. Masyarakat di Kabupaten Kudus terutama perempuan yang tinggal di desa masih belum mempunyai kemerdekaan dalam hal kesehatan reproduksi. Hal ini dapat dilihat berdasarkan data profil kesehatan Jawa Tengah yaitu sebesar 57,93% kematian maternal terjadi pada waktu nifas, pada waktu hamil sebesar 24,74% dan pada waktu persalinan sebesar 17,33%. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia produktif (20-34 tahun) sebesar 66,96%, kemudian pada kelompok umur >35 tahun sebesar 26,67% dan pada kelompok umur <20 tahun sebesar 6,37%. Di Kabupaten Kudus sendiri angka kematian ibu pada tahun 2012 adalah 15 kematian ibu. Kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan nifas dapat dicegah sejak dini yaitu melalui pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja usia 10 – 19 tahun sebelum mereka memasuki masa pernikahan. Metode yang digunakan dalam KKN-PPM ini adalah pembentukan kader kesehatan reproduksi remaja, dan pendampingan kegiatan remaja di desa. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner remaja yang diadopsi dari WHO dan dimodifikasi. Analisis yang digunakan adalah teknis analisis Pan American Health Organization (PAHO). Hasil yang diperoleh adalah prioritas utama masalah yaitu anemia, merokok dan sumber informasi tentang pubertas dari tenaga kesehatan. Simpulan dalam kegiatan ini adalah bahwa prioritas utama adalah anemia pada remaja.

Keyword: anemia, remaja, kesehatan reproduksi

1. PENDAHULUAN

Keberadaan remaja merupakan aset bangsa yang harus diperhatikan oleh pemerintah dan masyarakat secara sistem agar mereka mampu mengoptimalkan tugas perkembangan sesuai dengan tahapan usianya. Di Indonesia terjadi peningkatan kerentanan remaja oleh berbagai ancaman risiko kesehatan yaitu kesehatan reproduksi antara lain perilaku seks bebas, kehamilan tidak diinginkan (KTD) dan terjangkitnya penyakit menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan *The United Nation Fund for Population Activities* (UNFPA) tahun 2010 menyatakan sebagian dari 63 juta jiwa remaja di

Indonesia rentan berperilaku tidak sehat, dan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) berkaitan erat dengan angka kejadian aborsi. Estimasi jumlah aborsi per tahun di Indonesia bisa mencapai 2,4 juta dan sekitar 800.000 diantaranya terjadi di kalangan remaja. Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) menunjukkan bahwa sekitar 8% pernah menggunakan narkoba. Diperkirakan 20-25% dari semua infeksi HIV di dunia terjadi pada remaja, demikian pula dengan kejadian Penyakit Menular Seksual (PMS) yang tertinggi adalah remaja. Salah satu upaya kesehatan anak yang ditetapkan melalui Instruksi Presiden adalah pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Puskesmas yang memiliki PKPR memberikan layanan baik di dalam maupun

di luar gedung yang ditujukan bagi kelompok remaja berbasis sekolah ataupun masyarakat.

Kenyataannya, edukasi tentang kesehatan reproduksi belum berjalan dengan optimal dan belum merata, masih sebatas di sekolah-sekolah. Hal ini di dukung oleh stigma yang terbentuk di masyarakat akan tabunya pendidikan kesehatan reproduksi menjadi penyebab utama remaja mencari informasi tersebut pada sumber-sumber yang belum tentu benar dan dapat dipertanggungjawabkan. Mengingat besarnya risiko yang dihadapi oleh remaja tersebut diperlukan upaya penyelesaian masalah yaitu program pendidikan kesehatan reproduksi remaja di tingkat masyarakat desa. Kudus merupakan kabupaten terkecil di Jawa Tengah dengan luas wilayah mencapai 42.516 Ha yang terbagi menjadi 9 kecamatan. Kudus merupakan daerah industry dan perdagangan, di mana sektor ini mampu menyerap banyak tenaga kerja dan memberikan kontribusi yang besar terhadap PDRB. Penduduk yang bersekolah di tahun 2011 pada tingkat pendidikan dasar yaitu SD (negeri dan swasta mengalami penurunan sebesar 2.65% dibandingkan dengan tahun ajaran sebelumnya.⁴ Masyarakat di Kabupaten Kudus terutama perempuan yang tinggal di desa masih belum mempunyai kemerdekaan dalam hal kesehatan reproduksi. Hal ini dapat dilihat berdasarkan data profil kesehatan Jawa Tengah yaitu sebesar 57,93% kematian maternal terjadi pada waktu nifas, pada waktu hamil sebesar 24,74% dan pada waktu persalinan sebesar 17,33%. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia produktif (20-34 tahun) sebesar 66,96%, kemudian pada kelompok umur >35 tahun sebesar 26,67% dan pada kelompok umur <20 tahun sebesar 6,37%.

Di Kabupaten Kudus sendiri angka kematian ibu pada tahun 2012 adalah 15 kematian ibu. Kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan nifas dapat dicegah sejak dini yaitu melalui pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja usia 10 – 19 tahun sebelum mereka memasuki masa pernikahan. Metode yang digunakan dalam KKN-PPM ini adalah pembentukan kader kesehatan reproduksi remaja, pendampingan kegiatan remaja di desa. Kegiatan KKN-PPM ini dilaksanakan melalui kerjasama dengan lembaga masyarakat yaitu pemerintah desa.

Desa Peganjaran merupakan desa yang terletak di kecamatan Bae. Secara demografi penduduk desa peganjaran mayoritas adalah perempuan (3.080 orang) dengan kepadatan yaitu 3.192 km. Banyaknya jumlah rumah tangga di desa Peganjaran adalah 1.399 rumah tangga dan jumlah posyandu adalah 5. Di desa Peganjaran belum ada lembaga yang menaungi kegiatan remaja karena cakupan desa yang luas. Jumlah remaja berdasarkan data pemerintah kabupaten Bae tahun 2010 terbanyak adalah remaja usia 15-19 tahun yaitu laki-laki 3.216 dan perempuan 3.331 orang.

2. METODE

Kegiatan ini dilaksanakan selama 1 bulan. Metode yang digunakan meliputi pendataan, pembentukan kader remaja, pelatihan kader remaja, penyuluhan remaja dan pendampingan kegiatan kelas remaja. Sasaran dipilih adalah remaja. Alat yang digunakan adalah kuesioner *adult health* yang diadopsi dari WHO dan telah dimodifikasi oleh tim pengabdian. Teknik pengumpulan data dengan menggunakan data primer dan teknik analisis yang digunakan adalah analisis *Pan American Health Organization* (PAHO).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL

a. Hasil pendataan yang dilakukan selama kegiatan ditampilkan dalam bentuk tabel berikut ini:

Tabel 1. Karakteristik kelompok sasaran

Karakteristik	n = 449	Prosentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	224	49.8
Perempuan	225	50.1
Status pendidikan		
Sekolah	394	87.7
Tidak sekolah	55	12.2
Pendidikan terakhir		
Pendidikan saat ini		
SD	54	12
SMP	214	47.6
SMA	149	33.1
Kuliah	22	4.8
Tidak sekolah	10	2.2
Status pekerjaan		
Ya	77	17.5
Tidak	363	82.5

Tabel 1 menyajikan karakteristik dari responden/sasaran kegiatan dengan jumlah prosentase laki-laki hampir sebanding dengan jumlah perempuan sebanding. Status pendidikan responden sebagian besar adalah sekolah dengan pendidikan yang saat ini diikuti adalah Sekolah Menengah Pertama. Status pekerjaan reponden adalah sebagian kecil yang bekerja.

Tabel 2. Keikutsertaan kegiatan remaja

	n=476	Prosentase
Ya	264	55.4
Tidak	212	44.5

Tabel 2 menyajikan sebagian besar remaja aktif dalam mengikuti kegiatan remaja seperti pengajian dan kelompok karang taruna.

Tabel 3. Kebiasaan merokok dan minuman keras

Karakteristik	n=449	Prosentase
Minuman keras		
Ya	1	0.2
Tidak	448	99.7
Merokok		
Ya	15	3.2
Tidak	422	96.5

Tabel 3 menyajikan sebagian kecil prosentase remaja yang merokok, begitu pula remaja yang mempunyai kebiasaan minum minuman keras.

Tabel 4. Sumber informasi tentang pubertas

	Jumlah	Prosentase
Guru di sekolah	286	54.1
Ibu	62	11.7
Ayah	12	2.2
Saudara laki-laki	10	1.8
Saudara perempuan	6	1.1
Anggota klg lain	7	1.3
Teman	81	15.3
Petugas kesehatan	18	3.4
Buku/majalah	36	6.8
Film/video	5	0.9
Lain-lain	5	0.9

Tabel 4 menyajikan sumber informasi tentang pubertas yaitu sebagian besar dari guru di sekolah, teman dan ibu.

Tabel 5. Sumber informasi tentang pubertas yang disukai

	Jumlah	Prosentase
Ibu	66	13.9
Ayah	12	2.5
Kakak	12	2.5
Teman	59	12.4
Guru	241	50.9
Internet	66	13.9
Koran/majalah	16	3.3
Lain-lain	1	0.2

Tabel 5 menyajikan sumber informasi tentang pubertas yang disukai remaja sebagian besar adalah dari guru. Selain guru ada internet, ibu dan teman.

Tabel 6. Pentingnya informasi tentang kespro

	Jumlah	Prosentase
Penting	419	93.3
Tidak penting	30	6.6

Tabel 6 menyajikan sebagian besar remaja yang menyatakan pentingnya informasi tentang kesehatan reproduksi.

Tabel 7. Sumber informasi kespro yang disukai

	Jumlah	Prosentase
Ibu	69	15.0
Ayah	12	2.6
Kakak	12	2.6
Teman	57	12.4
Guru	228	49.6
Internet	72	15.6
Koran/majalah	9	1.9

Tabel 7 menyajikan sumber informasi kesehatan reproduksi yang disukai oleh remaja sebagian besar dari guru, selain itu dari internet, ibu dan teman.

Tabel 8. Pengetahuan HIV AIDS

	Jumlah	Prosentase
Penting	387	88,15
Tidak penting	52	11,8

Tabel 9 menyajikan data bahwa sebagian remaja menilai pengetahuan tentang HIV AIDS adalah hal yang penting.

Tabel 9. Fasilitas kesehatan yang sering dikunjungi

	Jumlah	Prosentase
RS	60	15,7
Puskesmas	190	50
Dokter pribadi	80	21
Klinik	50	13

Tabel 10 menyajikan data fasilitas kesehatan yang sering dikunjungi remaja sebagian besar adalah puskesmas.

Tabel 10. Anemia

	Jumlah	Prosentase
Anemia	46	69,6
Tidak anemia	20	30,3

Tabel 11 menyajikan data bahwa sebagian besar remaja putri mengalami anemia.

Tabel 11. Identifikasi masalah

Identifikasi masalah	Prosentase
Sumber informasi pubertas dari tenaga kesehatan	3,4
Merokok	3,2
Anemia	69,6

b. Identifikasi permasalahan

Berdasarkan hasil pendataan tersebut di atas maka dapat diidentifikasi permasalahan sebagai berikut: Pelaksanaan *primary health care* memerlukan seting prioritas (*priority*

setting) yang berfungsi untuk menyelesaikan permasalahan yang telah diidentifikasi dengan mempertimbangkan 5 M yaitu Man, Material, Method, Money dan Machine. Untuk itu dalam penentuan prioritas masalah kita diskusikan bersama tokoh masyarakat yang ada di Desa Pegunungan. Penentuan prioritas disini menggunakan metode analisis Pan American Health Organization (PAHO).⁶

Kriteria berdasarkan pada:

- Luasnya masalah (*magnitude*)
- Beratnya kerugian yang timbul (*severity*)
- Ketersediaan sumberdaya untuk mengatasi masalah (*vulnerable*)
- Dukungan politis atau dukungan masyarakat (*community concern*)
- Ketersediaan data (*affordability*)

Tabel 12. Prioritas hasil

Masalah	Magnitude	Severity	Vulnerable	Community concern	affordability	Final score
Merokok	4	4	2	2	2	128
Anemia	4	4	4	3	2	384
Sumber informasi kesehatan remaja dari tenaga kesehatan	2	2	4	3	2	96

Hasil analisis di atas dapat disimpulkan bahwa prioritas masalah utama adalah anemia, kebiasaan merokok, dan sumber informasi kesehatan dari tenaga kesehatan. Kegiatan yang dilakukan oleh mahasiswa bersama dengan warga antara lain untuk mengelola masalah tersebut meliputi perekrutan kader remaja, pelatihan kader remaja, pembentukan kelas/posyandu remaja, penyuluhan, dan pendampingan kegiatan kelas remaja.

Evaluasi adalah bagian penting dari sebuah program apakah dapat dilaksanakan dengan baik atau belum. Selain hal tersebut evaluasi juga akan memudahkan kita menemukan kendala yang dihadapi dalam penyelenggaraan suatu program. Evaluasi dalam program ini meliputi output, outcome dan impact.

1. Output
Adalah evaluasi jangka pendek yang diperoleh dari program ini adalah terbentuknya kader kesehatan remaja.
2. Outcome
Adalah evaluasi jangka menengah yaitu adanya peningkatan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja.
3. Impact
Adalah evaluasi dampak yang diperoleh berupa keberlangsungan kegiatan kelas/posyandu remaja.

3.2 Pembahasan

Hasil analisis PAHO menunjukkan bahwa prioritas utama dalam masalah kesehatan di desa Pegunungan adalah anemia. Hal ini dapat dilihat luasnya masalah yaitu sebagian besar remaja mengalami anemia. Beratnya kerugian yang ditimbulkan akibat anemia pada remaja yaitu penurunan konsentrasi belajar yang dapat berakibat pada penurunan prestasi belajar dan kegiatan remaja. Lebih lanjut anemia yang tidak tertangani saat remaja akan berlanjut pada masa pernikahan, sehingga dapat menjadikan kehamilan dengan anemia, persalinan dengan anemia dan nifas dengan anemia. Hal ini dapat berdampak buruk bagi ibu maupun bayi yang dikandungnya, seperti perdarahan, bayi berat lahir rendah dan partus lama.

Anemia merupakan masalah kesehatan yang biasa terjadi di dunia terutama di negara berkembang. Tipe anemia yang sering dijumpai adalah tipe defisiensi zat besi. Komplikasi dari anemia adalah meningkatkan risiko kematian maternal neonatal diikuti dengan dampak negative pada perkembangan fisik dan mental anak serta menurunkan kapasitas belajar dan bekerja. Anemia juga mempengaruhi kesehatan reproduksi remaja dan dewasa. Faktor yang mempengaruhi konsentrasi hemoglobin yaitu MCV, TIBC, umur dan BMI.⁷

Hashimue et.al melaporkan bahwa prevalensi tertinggi anemia juga berhubungan dengan rendahnya BMI di antara kelompok dewasa usia 16-70 di India utara. Berdasarkan sosial ekonomi, demografi dan berbagai faktor risiko lain, anemia berhubungan dengan faktor pendidikan, pendidikan orang tua, jumlah keluarga, status menarche, diet vegetarian, konsumsi teh 30 menit setelah makan, riwayat infeksi parasit

dalam 3 bulan terakhir dan penggunaan suplementasi besi.

4. KESIMPULAN

Prioritas masalah berdasarkan hasil analisis PAHO yaitu anemia, merokok dan informasi kesehatan remaja dari tenaga kesehatan. Anemia pada remaja dapat berdampak pada menurunnya konsentrasi sehingga prestasi belajar menurun. Bagi remaja putri anemia yang diderita sejak remaja dapat menjadi anemia saat hamil di kemudian hari sehingga menimbulkan komplikasi yang serius baik bagi ibu maupun bayinya. Pemeliharaan kesehatan remaja ditujukan untuk mempersiapkan mereka dalam menghadapi globalisasi informasi, ekonomi dan teknologi. Peran serta kader remaja diharapkan mampu menumbuhkan sikap kemandirian, percaya diri, pola hidup yang sehat melalui brainstorming di kegiatan kelas remaja.

5. REFERENSI

1. Aisyaroh N. Kesehatan Reproduksi Remaja. Semarang: Jurnal Majalah Ilmiah Sultan Agung (Unisula); 2009 [diunduh 21 April 2012]. Tersedia dari: www.unissula.ac.id
2. Kartika P. Kesehatan Reproduksi Remaja dan Permasalahannya. Yogyakarta: FMIPA UNY; 2007 [diunduh 20 April 2012]. Tersedia dari: www.staff.uny.ac.id
3. Profil Kesehatan Indonesia, 2012
4. Profil Kesehatan Propinsi Jawa tengah, 2012
5. Profil Kabupaten Kudus, 2010
6. Symond D. Penentuan prioritas masalah kesehatan dan prioritas jenis intervensi kegiatan dalam pelayanan kesehatan di suatu wilayah. Jurnal Kesehatan masyarakat, Vol 7 No 2, Maret 2013.
7. M. Ramzi. S. Haghpanah. L. Malekmakan. N. Cohan. A. Baseri. A. Alamdari. N. Zare. Anemia and iron deficiency in Adolescent School Girls in Kavar Urban Area, Southern Iran. Iran Red Crescent Med J. 2011;13(2):128-133. Tersedia di <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>