

OUT LOOK

Kesehatan Reproduksi Remaja: Membangun Perubahan yang Bermakna

Masa Remaja* diwarnai oleh pertumbuhan, perubahan, munculnya berbagai kesempatan, dan seringkali menghadapi risiko-risiko kesehatan reproduksi. Kebutuhan akan peningkatan pelayanan kesehatan dan sosial terhadap remaja semakin menjadi perhatian di seluruh penjuru dunia. Dipacu rekomendasi dari hasil International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 atau yang disebut dengan Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan (lihat kotak, halaman 2), banyak organisasi di berbagai negara telah menciptakan berbagai program agar dapat lebih memenuhi kebutuhan para remaja di bidang kesehatan reproduksi. Meskipun untuk memenuhi kebutuhan global, program remaja yang ada masih sangat sedikit dan terbatas serta evaluasinya masih belum memadai, namun ternyata banyak pelajaran yang dapat di petik dari proyek perintis/percontohan dan upaya inovatif yang telah dilakukan di berbagai wilayah mengenai jenis kegiatan remaja, baik yang dapat menghasilkan perubahan yang bermakna maupun yang tidak.

Sekitar 1 milyar manusia — hampir 1 di antara 6 manusia di bumi ini — adalah remaja; 85% di antaranya hidup di negara berkembang.¹ Banyak sekali remaja yang sudah aktif secara seksual (meski tidak selalu atas pilihan sendiri), dan di berbagai daerah atau wilayah, kira-kira separuh dari mereka sudah menikah.² Kegiatan seksual menempatkan remaja pada tantangan risiko terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi. Setiap tahun kira-kira 15 juta remaja berusia 15-19 tahun melahirkan, 4 juta melakukan aborsi, dan hampir 100 juta terinfeksi Penyakit Menular Seksual (PMS) yang dapat disembuhkan. Secara global, 40% dari semua kasus infeksi HIV terjadi pada kaum muda yang berusia 15-24 tahun. Perkiraan terakhir adalah, setiap hari ada 7.000 remaja terinfeksi HIV.³ Risiko kesehatan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berhubungan, misalnya tuntutan untuk kawin muda dan hubungan seksual, akses terhadap pendidikan dan pekerjaan, ketidaksetaraan jender, kekerasan seksual dan pengaruh media massa maupun gaya hidup yang populer.

Remaja seringkali kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, keterampilan menegosiasikan hubungan seksual, dan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau serta terjamin kerahasiaannya. Keprihatinan akan jaminan kerahasiaan (privacy) atau kemampuan membayar, dan kenyataan atau persepsi remaja terhadap sikap tidak senang yang ditunjukkan oleh pihak petugas kesehatan, semakin membatasi akses pelayanan lebih jauh, meski pelayanan itu ada. Di samping itu, terdapat pula hambatan legal yang berkaitan dengan pemberian pelayanan dan informasi kepada kelompok remaja. Banyak di antara remaja yang kurang atau tidak memiliki hubungan yang stabil dengan orangtuanya maupun dengan orang dewasa lainnya, dengan siapa seyogianya remaja dapat berbicara tentang masalah-masalah kesehatan reproduksi yang memprihatinkan atau yang menjadi perhatian mereka.

* Menurut definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), remaja (adolescence) adalah mereka yang berusia 10-19 tahun. Sementara PBB menyebut anak muda (youth) untuk usia 15-24 tahun. Ini kemudian disatukan dalam terminologi kaum muda (young people) yang mencakup usia 10-24 tahun.

Meskipun dihadapkan pada tantangan-tantangan di atas, program yang memenuhi kebutuhan remaja akan informasi dan pelayanan dapat membawa perubahan bermakna. Program-program yang berhasil dapat membantu remaja mengembangkan kemampuan perencanaan hidup mereka, menghormati kebutuhan dan keprihatinan kaum muda, dapat melibatkan masyarakat dalam upaya mereka, serta memberikan pelayanan klinis yang dapat menghormati dan menjaga kerahasiaan kliennya. Artikel ini menelaah aspek-aspek yang mempengaruhi kesehatan reproduksi remaja, mengulas program-program yang telah dilakukan, serta mengevaluasi pelajaran (lessons learned) yang dapat di petik dari pengalaman program-program tersebut.

Berbagai Risiko Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi remaja dipengaruhi oleh kehamilan, aborsi, penyakit menular seksual (PMS), kekerasan seksual, dan oleh sistem yang membatasi akses terhadap informasi dan pelayanan klinis. Kesehatan reproduksi juga dipengaruhi oleh gizi, kesehatan psikologis, ekonomi dan ketidak-setaraan gender yang menyulitkan remaja putri menghindari hubungan seks yang dipaksakan atau seks komersial.⁴

Kehamilan. Di berbagai belahan dunia, wanita menikah dan melahirkan di masa remaja mereka (lihat Tabel 1). Kehamilan dan persalinan membawa risiko morbiditas dan mortalitas yang lebih besar pada remaja dibandingkan pada wanita yang telah berusia 20 tahunan, terutama di wilayah di mana pelayanan medis sangat langka atau tidak tersedia (lihat *Outlook*, Volume 16 Januari 1999 Edisi Khusus: Keselamatan Ibu). Remaja putri yang berusia kurang dari 18 tahun mempunyai 2 sampai 5 kali risiko kematian (maternal mortality) dibandingkan dengan wanita yang telah berusia 18-25 tahun akibat persalinan lama dan persalinan macet, perdarahan maupun faktor lain.⁵ Kegawat daruratan yang berkaitan dengan kehamilan, misalnya tekanan darah tinggi (hipertensi) dan anemia (kurang darah) juga lebih sering terjadi pada ibu-ibu berusia remaja, terutama pada daerah di mana kekurangan gizi merupakan endemis.

Aborsi yang tidak aman. Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja sering kali berakhir dengan aborsi. Banyak survei yang telah dilakukan di negara-negara berkembang menunjukkan bahwa hampir 60% kehamilan pada wanita di bawah usia 20 tahun adalah kehamilan yang tidak diinginkan atau salah waktu (mistimed).⁶ Pada akhir tahun 1980-an di Kanada, Inggris, Selandia Baru dan Amerika Serikat menunjukkan bahwa 50% lebih dari semua aborsi terjadi pada wanita di bawah usia 25 tahun.⁷ Di banyak negara berkembang, mahasiswa atau pelajar yang hamil seringkali mencari pelayanan aborsi agar mereka tidak dikeluarkan dari sekolah.⁸

Tabel 1. Prosentase wanita berusia 20-24 tahun yang melahirkan pada usia 20 tahun,[†] menurut wilayah dan negara

Cina	14%
Amerika Latin/Karibia	27-50%
Afrika Utara/Timur Tengah	13-41%
Sub-Sahara Afrika	25-75%
Asia Selatan	16-66%
Asia Tenggara ^{††}	21-33%
Amerika Serikat	22%

[†] Data dari tahun 1980-an dan 1990-an

^{††} Data dari Indonesia, Filipina dan Thailand.

Sumber: AGI 1998.⁹

Rekomendasi ICPD

untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

International Conference on Population and Development (ICPD) atau yang disebut Konferensi Internasional mengenai Kependudukan dan Pembangunan mendorong Pemerintah dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) untuk mengembangkan program yang tanggap terhadap masalah seksual dan reproduksi remaja. Berbagai negara juga direkomendasikan agar berupaya menghilangkan hambatan hukum, hambatan peraturan dan hambatan sosial atas informasi dan pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja.¹⁰ Pelayanan dan kegiatan penting yang digaris bawahi, termasuk:

- informasi dan konseling KB;
- pelayanan klinis bagi remaja yang aktif secara seksual
- pelayanan bagi remaja yang melahirkan dan remaja dengan anaknya;
- konseling yang berkaitan dengan hubungan antar gender, kekerasan, perilaku seksual yang bertanggung-jawab, dan penyakit menular seksual; dan
- pencegahan dan perawatan terhadap penganiayaan seksual (sexual abuse) dan hubungan seksual sedarah (incest).

Berbagai kemajuan telah dihasilkan semenjak ICPD tersebut. Sudah lebih banyak negara yang telah merumuskan kebijakan program yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja. Dan telah lebih banyak program yang dikembangkan dengan pendekatan terintegrasi, yang mengakomodasikan pengaruh sosial terhadap perilaku. Di samping itu, semakin banyak partisipasi remaja dalam mengembangkan dan mengevaluasi program, dengan penekanan baru pada lingkungan program yang aman dan mendukung.¹¹

Aborsi yang disengaja (induced abortion) seringkali berisiko lebih besar pada remaja putri dibandingkan pada wanita yang lebih tua. Remaja cenderung menunggu lebih lama sebelum mencari bantuan karena tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan, atau bahkan mungkin mereka tidak sadar atau tahu bahwa mereka hamil. Di berbagai negara, risiko ini menjadi berat di mana aborsi hanya tersedia dalam keadaan yang tidak aman. Di Nigeria misalnya, 50-70% wanita yang masuk rumah sakit akibat komplikasi aborsi yang disengaja, umumnya mereka yang berusia di bawah 20 tahun. Sebuah telaah yang dilaksanakan di sana selama 13 tahun, menemukan bahwa 72% kematian ibu di sebuah rumah sakit universitas, terjadi pada wanita di bawah usia 19 tahun dan disebabkan oleh komplikasi akibat aborsi yang tidak aman.¹²

Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk HIV. Infeksi PMS dapat menyebabkan masalah kesehatan seumur hidup, termasuk kemandulan dan rasa sakit kronis, serta meningkatkan risiko penularan HIV. Sekitar 333 juta kasus PMS yang dapat disembuhkan terjadi setiap tahunnya; dan data yang ada menunjukkan bahwa sepertiga dari infeksi PMS di negara-negara berkembang terjadi pada mereka yang berusia 13-20 tahun.¹³ Di pedesaan Kenya misalnya, 41% wanita berusia 15-24 tahun yang mengunjungi klinik Kesehatan Ibu-Anak & KB (KIA/KB) terinfeksi PMS dibanding 16% dari seluruh wanita usia reproduksi.⁹

Risiko remaja untuk tertular HIV/AIDS juga meningkat. Perkiraan terakhir memperhitungkan bahwa 40% dari infeksi HIV terjadi pada kaum muda berusia 15-24 tahun; 7.000 dari 16.000 kasus infeksi baru yang terjadi setiap hari. Infeksi baru pada kelompok wanita jauh lebih tinggi dibanding pada pria, dengan rasio 2 banding 1.³

Kaum muda cenderung lebih berisiko tertular PMS, termasuk HIV/AIDS karena berbagai sebab. Seringkali hubungan seksual terjadi tanpa direncanakan atau tanpa diinginkan.^{14,15} (Lihat faktor sosial budaya di bawah ini). Walaupun hubungan seks dilakukan atas keinginan bersama (“mau sama mau”). Seringkali remaja tidak merencanakan lebih dahulu sehingga tidak siap dengan kondom maupun kontrasepsi lain, dan mereka yang belum berpengalaman berKB cenderung menggunakan alat kontrasepsi tersebut secara tidak benar.¹⁶ Lebih lanjut, remaja putri mempunyai risiko lebih tinggi terhadap infeksi dibandingkan wanita lebih tua karena belum matangnya sistem reproduksi mereka.

Female Genital Mutilation (FGM) atau Pemotongan Kelamin Wanita. Yang dimaksud dengan FGM atau pemotongan alat kelamin wanita adalah pemotongan sebagian atau seluruh alat kelamin luar wanita maupun tindak perlakuan lainnya terhadap alat kelamin wanita. FGM merupakan praktek tradisional yang sudah berurat-berakar yang berdampak sangat parah dan berat terhadap kesehatan reproduksi remaja putri atau wanita. Umumnya praktek semacam ini dilakukan di negara-negara Afrika. Kebanyakan perempuan yang telah menjalankan FGM adalah mereka yang tinggal di salah satu dari 28 negara di Afrika; sekitar 2 juta remaja putri menjadi korban praktek ini setiap tahunnya.¹⁷ Selain trauma psikologis yang dialami saat pemotongan, FGM dapat mengakibatkan infeksi, perdarahan hebat dan shock. Perdarahan yang tidak terkontrol ataupun infeksi, dapat mengakibatkan kematian dalam waktu beberapa jam atau beberapa hari. Beberapa bentuk FGM dapat menyebabkan rasa sakit kronis setiap kali melakukan hubungan seks, infeksi radang panggul yang berulang-ulang dan persalinan lama maupun macet. ICPD menyatakan bahwa FGM merupakan pelanggaran hak asasi manusia dan mendesak penghapusan kebiasaan tersebut.

Faktor sosial budaya. Penganiayaan seksual dan pemaksaan seks meningkatkan risiko kesehatan pada remaja, demikian pula norma kultural yang berkaitan dengan gender dan hubungan seksual. Sebagai contoh :

- Di berbagi negara, seperti India, praktek perkawinan yang “diatur” orangtua pada gadis di bawah usia 14 tahun masih sangat umum.
- Hubungan seksual terjadi pada gadis usia 9-12 tahun karena banyak pria dewasa mencari gadis muda sebagai pasangan seksual untuk melindungi diri mereka sendiri terhadap penularan PMS/HIV.²
- Di beberapa budaya, pria muda diharapkan untuk memperoleh pengalaman hubungan seks pertama kalinya dengan seorang pekerja seks komersial (PSK).
- Remaja, terutama remaja putri seringkali dipaksa berhubungan seks. Di Uganda misalnya, 40% dari siswi sekolah dasar yang dipilih secara acak melaporkan telah dipaksa untuk berhubungan seks.¹⁸
- Di Sub-Sahara Afrika, pengalaman hubungan seks pertama bagi beberapa remaja putri adalah dengan “Om Senang” yang memberikan mereka pakaian, biaya sekolah, dan buku-buku sebagai imbalan atas jasa seks yang diberikan.
- Di negara berkembang, jutaan anak hidup dan bekerja di jalanan, dan banyak di antara mereka yang terlibat dalam “seks demi bertahan hidup” (survival sex) dimana mereka menukar seks untuk memperoleh makanan, uang, jaminan keamanan maupun obat-obat terlarang.¹⁹ Sebagai contoh, sebuah survei di

Guatemala City menemukan bahwa 40% dari 143 anak jalanan yang disurvei melakukan hubungan seks pertama dengan orang yang tidak mereka kenal; semua pernah berhubungan seks demi uang, semua pernah dianiaya secara seksual, dan 93% pernah terinfeksi penyakit menular seksual (PMS).²⁰

- Di Thailand, di perkirakan 800.000 pekerja seks komersial (PSK) berusia di bawah 20 tahun dan dari jumlah ini, 200.000 di antaranya berusia di bawah 14 tahun. Beberapa di antara mereka “dijual” sebagai PSK oleh orangtuanya guna menghidupi anggota keluarga yang lain.¹⁵

Tantangan Mengembangkan Program yang Efektif

Program untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja menghadapi beberapa tantangan. Program harus dapat memberikan informasi dan pelayanan klinis yang tepat, sekaligus membantu remaja mengembangkan kemampuan membuat keputusan maupun memperoleh keterampilan utama yang lain. Program juga harus memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi “pilihan” remaja (misalnya norma budaya, pengaruh teman sebaya dan media massa, serta kesulitan ekonomi) dan mengembangkan strategi program yang mampu menjawab kebutuhan remaja. Selain itu program juga harus mampu membangun masyarakat dan menggalang dukungan politis bagi kegiatan-kegiatan yang berpusat pada remaja.

Penyediaan pelayanan klinis. Pelayanan klinis kesehatan reproduksi remaja paling baik dilakukan oleh petugas yang telah terlatih menghadapi masalah khas remaja dan mampu memberikan konseling untuk remaja yang berkaitan dengan masalah reproduksi dan kontrasepsi yang dinilai sangat peka (lihat kotak hal. 4). Dalam semua kegiatan intervensi, petugas harus mempertimbangkan status perkawinan si remaja, keadaan kesehatannya secara keseluruhan, serta seberapa besar kuasa yang mereka miliki dalam hubungan seks. Remaja seringkali menyebutkan karakteristik berikut ini sebagai hal yang penting dalam memenuhi kebutuhan kesehatan mereka:

jaminan kerahasiaan, lokasi dan waktu/jam yang sesuai, lingkungan yang bersahabat bagi remaja, terbuka bagi remaja putri maupun putra, memiliki komponen program konseling yang kuat, petugas yang terlatih secara khusus serta pelayanan klinis yang komprehensif.²¹

Pemberian Informasi.

Memberikan informasi yang tepat dan relevan tentang kesehatan reproduksi, merupakan hal yang sangat penting bagi program jenis apapun. Pendidikan dan konseling yang berbasis di klinik merupakan hal yang terpenting dalam upaya ini,

demikian pula program yang berbasis di sekolah (lihat kotak hal. 5). Jelas sekali bahwa orangtua adalah sumber utama informasi, walau seringkali para orangtua merasa kurang punya informasi, malu membahas topik ini dengan anak mereka, atau bahkan tidak setuju bila remaja mengutarakan minatnya untuk mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan seksualitas. Pendekatan gaya remaja seperti program radio “on-air” di mana remaja dapat menelpon, sanggar remaja (drop-in centers), majalah, “telepon hotline” juga merupakan strategi efektif untuk menjangkau remaja (lihat kotak hal.6).

“Membatasi akses terhadap pendidikan kesehatan seksual yang ditujukan untuk menunda hubungan seks pertama dan mempraktekkan seks aman adalah pelanggaran terhadap hak anak. Anak-anak, baik perempuan maupun laki-laki perlu memahami bagaimana mereka dapat membantu untuk mengambil tanggung jawab atas hidup mereka sendiri - untuk melindungi diri sendiri dan orang lain dari HIV.”

Peter Piot
UNAIDS.

Kontrasepsi Bagi Remaja yang Aktif Secara Seksual

Remaja yang meminta konseling kontrasepsi, menginginkan konseling yang memberikan jaminan kerahasiaan, bersifat akurat, tidak menghakimi serta dalam suasana lingkungan yang nyaman dan menyenangkan. Setiap klien yang meminta konseling kontrasepsi mempunyai hak untuk memperoleh informasi yang jelas dan akurat mengenai metode kontrasepsi, termasuk penggunaan yang benar, efek sampingnya dan bagaimana menghubungi petugas kesehatan yang punya kepedulian.

Kondom jelas merupakan pilihan pertama bagi mereka yang telah aktif secara seksual, terutama yang belum menikah dan/atau mempunyai pasangan tetap (monogamis). Kondom mencegah penularan PMS dan HIV bila digunakan secara benar dan konsisten serta efek sampingnya sangat kecil. Pantang berhubungan seks (abstinence) perlu dibahas sebagai salah satu pilihan bagi mereka yang belum aktif secara seksual maupun yang sudah. Mereka yang memilih kontrasepsi hormonal atau metode kontrasepsi lainnya disarankan untuk juga menggunakan kondom apabila mereka berhubungan seks dengan seseorang yang tidak diyakini bebas dari PMS. Pilihan kontrasepsi lain mencakup berikut ini:

- Female Barrier Methods termasuk kondom wanita, diafragma, dan spermisida dapat juga menjadi pilihan serta dapat memberikan perlindungan tertentu terhadap PMS. Namun penerimaan metode kontrasepsi tersebut dan cara penggunaannya dapat menjadi masalah.
- Pil kontrasepsi darurat (emergency contraception pills) tidak melindungi terhadap PMS, namun merupakan metode penting. Penggunaannya 72 jam sesudah berhubungan seksual tanpa pelindung (unprotected intercourse).
- Pil KB tidak dapat mencegah PMS, tetapi merupakan kontrasepsi populer di kalangan remaja putri di berbagai wilayah di dunia. Cara penggunaan yang benar serta konsisten dapat menjadi masalah bagi beberapa remaja putri, terutama bila mereka mengalami efek samping hormonal seperti payudara nyeri dan naiknya berat badan. Dengan demikian, konseling menjadi penting sebelum menggunakan pil KB.
- Cara KB tradisional seperti sanggama terputus dan KB alamiah tidak dapat mencegah PMS, namun tetap merupakan pilihan. Bahkan mungkin, sanggama terputus merupakan satu-satunya metode dalam situasi tertentu.

IUD atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan sterilisasi umumnya tidak dianjurkan bagi remaja. Metode yang hanya berisi-progestin (seperti pil, susuk KB dan KB suntik) lebih tepat bagi klien yang telah berusia di atas 16 tahun, karena keprihatinan teoretis bahwa progestin bisa berpengaruh terhadap perkembangan tulang pada remaja putri.

Umumnya, remaja tidak merencanakan hubungan seks terlebih dahulu serta juga tidak mengantisipasi akan adanya kesulitan dalam penggunaan kondom atau metode kontrasepsi lainnya. Namun demikian, selayaknya mereka memahami atau mengetahui adanya berbagai pilihan metode di atas.

Untuk informasi lebih lanjut mengenai metode kontrasepsi dan kriteria WHO untuk penggunaannya, baca edisi *Outlook* Vol. 13, No. 4, 1995 dan Vol. 14, No. 1, 1996, serta publikasi WHO, Division of Family and Reproductive Health *Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use Geneva*, WHO, 1996. Publikasi ini hanya tersedia dalam bahasa Inggris.

Mengembangkan kemampuan. Remaja perlu mengembangkan kemampuan praktis untuk meningkatkan kesehatan mereka. Salah satu pendekatan untuk menghadapi tantangan ini adalah program “Pilihlah Sebuah Masa Depan” yang dilaksanakan di lima negara di Sub-Sahara Afrika. Program tersebut menggunakan pelatihan, permainan peran, kunjungan masyarakat, dan cara-cara lain guna meningkatkan keterampilan kesehatan, termasuk bagaimana mencegah penyakit menular seksual (PMS), merumuskan tujuan dan meningkatkan komunikasi dengan keluarga dan teman. Kurikulum tersebut juga membahas ketidaksetaraan jender yang mempengaruhi kesehatan dan mempromosikan tanggung jawab bersama antara pria - wanita terhadap kesehatan.²² Contoh lain dari cara pendekatan ini adalah Kurikulum Keterampilan Perencanaan Hidup (Life Planning Skills Curriculum) yang sedang dilaksanakan di berbagai sekolah lanjutan pertama di Kenya. Di samping memberikan informasi tentang PMS, kehamilan dan kontrasepsi, program tersebut juga melatih “pendidik sebaya” untuk memberikan pendidikan AIDS berbasis sekolah.²³

Mempertimbangkan sisi kehidupan remaja. Pandangan remaja atau kaum muda di seluruh dunia sebenarnya dibentuk oleh situasi dimana mereka hidup, Remaja putri dengan pendidikan minim, atau mereka yang tidak terdidik, mungkin akan melihat kawin muda dan melahirkan sebagai satu-satunya jalan hidup mereka

(lihat kotak hal. 5). Anak-anak yang hidup dalam kemiskinan mungkin merasa tidak ada gunanya merencanakan hari depan dan/ atau melindungi kesehatan mereka. Berbagai faktor lain yang mempengaruhi kesehatan dan perilaku remaja mencakup:

- Kemiskinan, termasuk kekurangan gizi;
- Kekacauan politik, termasuk penduduk yang tersingkir atau terisolasi;
- Tekanan kelompok sebaya dan pengaruh media;
- Ketidaksetaraan jender dan eksploitasi seksual (lihat hal. 3);
- Tuntutan masyarakat mengenai kehamilan dan melahirkan (childbearing).

Baru-baru ini, sebuah artikel menelaah bagaimana merumuskan strategi perencanaan program yang didasarkan pada perbedaan tingkat pengalaman seksual remaja (lihat kotak hal. 7).

Menjamin program yang cocok atau relevan untuk remaja. Perencana program pertama-tama harus mengidentifikasi secara jelas kelompok remaja yang bagaimana yang akan dilayani oleh programnya dan kemudian

melibatkan kelompok remaja tersebut *dengan cara yang bermakna* guna mengembangkan program tersebut. Beberapa organisasi misalnya International Planned Parenthood Federation (IPPF) telah melakukan hal ini dengan membentuk Panel Penasehat Remaja untuk membantu membentuk ide-ide program. *Proyek Anak Jalanan* yang diprakarsai oleh Badan Kesehatan Dunia bidang Program untuk

“Menerima kenyataan bahwa remaja juga adalah individu seksual tampaknya merupakan salah satu hal yang paling berat untuk diterima oleh kebanyakan lapisan masyarakat”.

Dr. Pramilla Senanayake,
IPPF

Penyalahgunaan Zat Adiktif, merekomendasikan agar organisasi atau kelompok yang bekerja dengan anak jalanan untuk terus memantau perubahan kebutuhan kelompok sarannya dengan melakukan tiga atau empat seri diskusi kelompok terarah (focus group discussion) setiap tahunnya.⁵

Menggalang dukungan masyarakat. Program untuk remaja seringkali menghadapi kesulitan untuk memperoleh penerimaan masyarakat karena orang dewasa takut atau kuatir bila remaja memperoleh pendidikan dan pelayanan kesehatan reproduksi, remaja justru akan terdorong menjadi aktif secara seksual. Namun hasil evaluasi berbagai program di berbagai negara membuktikan lain (lihat kotak di bawah ini). Berbagai program telah membuktikan bahwa menjelaskan tujuan program kepada para orangtua, pemuka agama dan tokoh masyarakat, serta mengundang mereka berdiskusi dengan remaja, dapat mengurangi tentangan atau keberatan mereka terhadap program. Di Nyeri, Perkumpulan Keluarga Berencana Kenya membantu orangtua mendekati anak-anak mereka untuk berbagi informasi mengenai kesehatan reproduksi, dan mendorong adanya diskusi seumur hidup mengenai kesehatan reproduksi.²⁴ Di Uganda, Program Pemantapan Kesehatan Reproduksi Remaja (Program for Enhancing Adolescent Reproductive Life/PEARL) melibatkan wakil pemerintah, LSM, masyarakat, kaum muda dan lainnya di dalam program untuk meningkatkan kesadaran mengenai masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, mendorong terjadinya advokasi dan menyediakan pelayanan.¹

Strategi Program

Pengalaman menunjukkan bahwa kombinasi dari berbagai pendekatan seringkali paling efektif dalam menjangkau kelompok remaja. Namun hanya sedikit program yang dievaluasi secara seksama berkaitan dengan dampak atau hasil akhirnya. Oleh karena itu, menentukan program seperti apa yang paling efektif justru



Poster dari Tanzania ini menekankan tanggung jawab orang tua untuk mendidik anak-anak mereka mengenai kesehatan reproduksi. Dari Family Planning Association of Tanzania, 1995

Pentingnya Pendidikan — Termasuk Pendidikan Seksualitas

Membantu remaja agar tetap bersekolah - dengan fokus utama pada remaja putri - merupakan hal yang sangat penting bagi setiap upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja. Pendidikan sekolah membantu kaum muda mengembangkan keterampilan dan memperoleh informasi yang dapat membantu mereka bertahan dalam pasar kerja, dan memberikan mereka keterampilan yang lebih baik untuk merawat kesehatan mereka sendiri dan kesehatan keluarga mereka. Bersekolah juga membantu remaja putri untuk menunda perkawinan dan kelahiran anak pertama. Di Kolombia misalnya, 46% remaja putri dengan pendidikan dasar (7 tahun) melahirkan pada usia 20, tetapi hanya 19% remaja putri dengan pendidikan di atas 7 tahun (setingkat SMP/SMU) yang melahirkan pada usia 20 tahun. Di Meksiko, wanita tanpa pendidikan dasar punya kemungkinan tiga kali lebih besar untuk melahirkan pada usia tidak lebih dari 20 tahun, dan di Mesir, kemungkinannya adalah lima kali lebih besar.²⁵

Di berbagai negara, pendidikan seksualitas menjadi bagian dari kurikulum sekolah untuk siswa-siswi yang lebih tua. Penelitian mengenai dampak program pendidikan seksualitas pada remaja di negara-negara maju menemukan bahwa program yang efektif:

- Memfokuskan pada pengurangan perilaku yang berakibat pada penularan PMS/HIV serta kehamilan yang tidak diinginkan.
- Memberikan informasi dasar yang tepat dan akurat mengenai berbagai risiko berhubungan seks yang tidak terlindung/tidak aman.
- Mengajarkan remaja atau kaum muda cara menunda hubungan seksual dan cara menggunakan kontrasepsi.
- Mendiskusikan pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual.
- Mengembangkan keterampilan berkomunikasi.
- Mengembangkan model tentang cara menolak hubungan seksual yang tidak diinginkan dan mendukung perilaku seksual yang bertanggungjawab,
- Membantu remaja memahami masyarakat dan pengaruh-pengaruh lainnya.

Penelaahan terhadap 35 penelitian yang dilakukan di negara maju maupun negara berkembang menyimpulkan bahwa pendidikan seksualitas berbasis sekolah tidak menyebabkan terjadinya hubungan seks lebih dini dan juga tidak mengakibatkan bertambahnya kegiatan seksual remaja atau kaum muda. Sebaliknya, justru separuh dari program yang ditelaah memberikan bukti bahwa pendidikan seksual justru berdampak pada penundaan kegiatan seks dini, penurunan kegiatan seks secara keseluruhan; dan bagi kalangan remaja yang sudah aktif secara seksual meningkatkan kegiatan pencegahan PMS dan penggunaan kontrasepsi.²⁶ Program yang mendukung penundaan kegiatan seks yang disertai dengan pemberian informasi mengenai seks aman dan kontrasepsi ternyata lebih efektif dibandingkan dengan program yang hanya mendukung abstinensi (tidak berhubungan seks). Program akan sangat efektif bila diperkenalkan pada remaja berusia lebih muda dimana mereka belum aktif secara seksual.^{27, 28}

Bicara Secara Terbuka: Forum Tanya Jawab Remaja mengenai Masalah Kesehatan Seksual

Sejak 1993, The Straight Talk Foundation (Yayasan Bicara Secara Terbuka) di Uganda telah mempublikasikan sebuah majalah khusus bagi remaja untuk menjawab keprihatinan remaja mengenai kesehatan seksual dan reproduksi. Majalah *Straight Talk* diterbitkan setiap bulan dan didistribusikan ke seluruh sekolah secara nasional dimana kelompok siswa-siswi mendiskusikan topik pada majalah tersebut. Pada tahun 1998, Straight Talk Foundation menerbitkan *Young Talk*, majalah yang khusus ditujukan bagi anak-anak usia 10-12 tahun. Majalah Young Talk ini memberikan informasi bagi anak-anak tentang masalah-masalah yang akan mereka hadapi di kemudian hari yang berkaitan dengan masalah pertumbuhan/perubahan tubuh dan pengaruh kelompok sebaya. Dengan penekanan pada “hak anak”, termasuk hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan, pendidikan dan keamanan, majalah ini juga mendidik anak-anak mengenai cara menunda seks, menghindari situasi yang berisiko dan menghindari orang dewasa yang ingin mengeksploitasi mereka.

Para pembaca majalah *Straight Talk* bertukar pikiran mengenai perasaan mereka dan menyampaikan banyak pertanyaan penting. Seperti diungkapkan salah seorang siswa dari Kampala “*Bagi saya sangat menakutkan melihat begitu banyak remaja dewasa ini yang melakukan hubungan seks yang tidak aman*”. Remaja lainnya mempertanyakan tentang rumor antara lain “*Saya dengar bahwa Pil KB dapat menyebabkan kanker atau cacat pada bayi*”. Para dokter dan konselor menjawab pertanyaan-pertanyaan ini dengan menekankan pentingnya menjaga harga diri, menghargai orang lain, dan melindungi kesehatan pribadi. Salah satu masalah yang diangkat adalah kekerasan seksual, termasuk perkosaan oleh pacar (date rape) dan hubungan seks yang dipaksakan (coerced sex) serta memberikan nasehat pada korban-korban kekerasan seksual. Kedua majalah tersebut menekankan bahwa absen seks (abstinence) adalah perilaku yang paling aman bagi remaja, dan mendorong para remaja untuk aktif dalam berbagai kegiatan seperti olahraga, sebagai cara sehat untuk berinteraksi dengan remaja lain. Bagi remaja yang telah aktif secara seksual, ditekankan penggunaan kondom dan tes PMS/HIV.

Straight Talk melibatkan remaja dalam diskusi mengenai kesehatan dan membahas tekanan yang sering mereka hadapi atau rasakan sehingga memungkinkan terlibat di dalam perilaku berisiko. Program kunjungan ke sekolah memungkinkan para remaja bertanya langsung kepada konselor maupun dokter. *Straight Talk* tersedia dalam bahasa setempat dan juga disebarluaskan kepada remaja putus sekolah, serta menjalin kerjasama dengan program radio yang disiarkan dalam 3 bahasa. Publikasi juga tersedia pada Website secara elektronik dan mendorong para perencana program untuk menggunakan materi-materi tersebut guna mengembangkan program serupa di daerah lainnya.²⁹

Straight Talk dan program pencegahan PMS/HIV didukung penuh di Uganda, dan studi evaluasi baru-baru ini menunjukkan bahwa kaum muda di Uganda kini melakukan kegiatan seks yang aman dan cenderung menunda kegiatan seksual mereka dibandingkan sepuluh tahun yang lalu, dan bahkan penularan HIV terus menurun terutama di kalangan remaja.³

menjadi tantangan tersendiri. Berikut ini adalah beberapa pendekatan yang umum dilakukan.

Pelayanan klinik berorientasi remaja (Youth-oriented clinic services) adalah pelayanan yang cukup umum di Amerika, Eropa Barat dan Amerika Latin. Klinik-klinik ini memberikan berbagai pelayanan sosial dan klinis seperti kehamilan, konseling pencegahan PMS dan pengetesan atau pemeriksaannya. Sebagai contoh, pada tahun 1990, rumah sakit Maria Auxiliadora mulai memberikan pelayanan bagi satu juta remaja di daerah sekitar kota Lima, Peru. Rumah Sakit tersebut membentuk 10 klinik remaja untuk memberikan pelayanan dan konseling pencegahan di luar rumah sakit. Keterkaitan antara PMS dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya tampaknya membuat klinik-klinik ini lebih bermanfaat bagi remaja.³⁰

Klinik berbasis sekolah (School-based clinics) tersedia di beberapa negara maju dan negara berkembang. Pelayanan yang diberikan bervariasi, tetapi minimum mencakup pemantauan kesehatan dasar dan pelayanan rujukan. Di negara maju, klinik berbasis sekolah menyediakan kondom dan konseling yang berkaitan dengan kehamilan dan pencegahan PMS, serta rujukan untuk berbagai pelayanan lainnya sehubungan dengan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi. Pelayanan klinik seperti ini seringkali mengundang kontroversi. Di negara berkembang, klinik berbasis sekolah seringkali dibatasi oleh adanya pembatasan kebijakan, kekurangan tenaga, kurangnya jaminan kerahasiaan untuk konseling, serta kurangnya jaringan kerja dengan sumber daya yang ada di luar sekolah.⁵

Pusat multi pelayanan remaja (Youth Center) sering memberikan pelayanan kontrasepsi sebagai bagian program menyeluruh bagi kaum muda, termasuk pendidikan, rekreasi, dan persiapan kerja. Salah satu program yang berhasil adalah Women’s Center for Pregnant Adolescents (Pusat Pelayanan Remaja Hamil) di Jamaica.

Sejak tahun 1978, program ini telah memungkinkan remaja putri untuk melanjutkan sekolah sekalipun sedang hamil, kembali ke sekolah sesudah persalinan, dan mencegah terulangnya kehamilan selama masa remajanya. Selama mengikuti program, remaja putri meneruskan pendidikan akademisnya, menerima informasi dan pelayanan KB, belajar keterampilan untuk merawat bayi/anak, serta menerima pelayanan perencanaan hidup.³¹ Baru-baru ini, evaluasi terhadap program tersebut menunjukkan bahwa hanya 1,4 % remaja putri yang dijangkau program mengalami kehamilan untuk kedua kalinya sebelum lulus sekolah atau sebelum mulai bekerja.¹

Program penjangkauan berbasis masyarakat (Community-based outreach programs) adalah program penting, terutama bagi kelompok seperti remaja putus sekolah, remaja jalanan, dan remaja putri yang memiliki kesempatan terbatas untuk keluar dari lingkungannya. Proyek berbasis masyarakat seperti ini menggunakan berbagai cara untuk menjangkau remaja dimana mereka berkumpul untuk bekerja atau bermain. Sebagai contoh, di Meksiko, para anggota “gang” dilatih untuk menjangkau kelompok remaja putus sekolah, bekerjasama dengan Mexican Social Security Institute (IMMS) dan Perkumpulan Keluarga Berencana Meksiko (MEXFAM). Sesudah mengikuti sesi pendidikan, para anggota gang yang tertarik diundang untuk bergabung dalam kelompok teater untuk mementaskan pertunjukan di tempat umum maupun di sekolah, agar dapat memberikan informasi kepada kelompok sebaya mereka.³⁰

Kelompok remaja seperti Pramuka dan perkumpulan olahraga juga terbukti bermanfaat dalam memberikan informasi kesehatan reproduksi sebagai bagian dari program yang berfokus pada kesehatan dan kesejahteraan umum para anggotanya. Sebagai contoh, di Kenya, Persatuan Olahraga Remaja Mathare (MYSA) sejak tahun 1987 memulai *proyek bantu-diri* yang melibatkan remaja putra dan putri dalam kegiatan pengembangan masyarakat dan pada

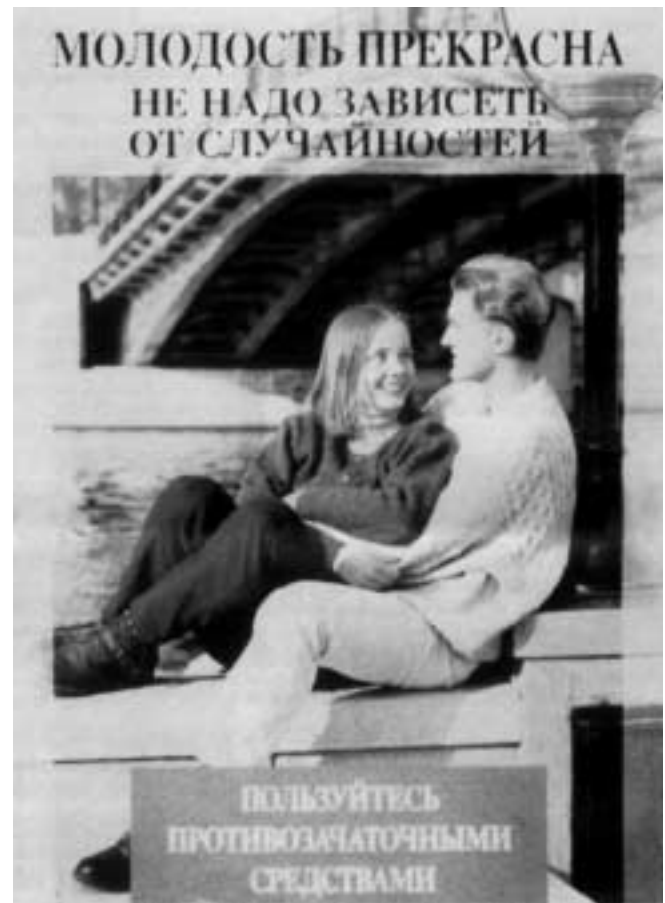
waktu yang bersamaan juga menyediakan kesempatan berolahraga. Saat ini hampir 3.000 remaja putri berusia 10-18 tahun terlibat dalam program sepakbola masyarakat. MYSA kemudian mengembangkan program tersebut dengan mencakup pelatihan kesadaran akan HIV dan bahkan telah memulai proyek kesetaraan jender. Penelitian di Amerika Serikat menemukan bahwa remaja putri yang terlibat di dalam kegiatan olahraga yang terorganisir, secara mental dan fisik menjadi lebih sehat, dan tingkat putus sekolahnya lebih rendah, kepercayaan diri lebih baik, dan mempunyai tingkat stres dan depresi yang lebih rendah. Semua faktor tersebut membantu mereka menjadi lebih matang dalam membuat keputusan.³²

Program kesehatan di tempat kerja dapat menjadi satu sumber penting bagi kaum muda pria maupun wanita. Sebagai contoh, sebuah program di Thailand memberikan informasi kesehatan reproduksi bagi pekerja wanita yang tinggal di asrama tempat kerja. Teman sebaya yang telah dilatih memberikan penyuluhan menggunakan berbagai media populer seperti komik, buku novel dan diskusi kelompok sebaya. Diskusi ini memberikan kesempatan kepada peserta untuk belajar dan mempraktekkan keterampilan khusus seperti bernegosiasi, merencanakan, dan mengetahui kesehatan seksual misalnya dalam hal penggunaan kondom.³³

Implikasi dan Kesimpulan

Kelompok kaum muda termasuk remaja menghadapi berbagai risiko yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya - kehamilan dini dan kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, infeksi PMS/HIV, dan kekerasan seksual. Program yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja perlu memahami risiko-risiko ini dan mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi kehidupan remaja. Faktor seperti, apakah remaja telah memulai aktivitas seksual, apakah sudah menikah, masih sekolah, atau telah bekerja, menjadi faktor pertimbangan penting. Dampak kemiskinan, ketidaksetaraan jender, pembatasan undang-undang serta berbagai tuntutan budaya juga perlu diperhitungkan dalam merencanakan program kesehatan reproduksi remaja.

Program yang sukses, dapat memberikan pelayanan konseling dan klinis yang dibutuhkan remaja, serta bertujuan membantu kaum muda mengembangkan keterampilan untuk membuat pilihan yang sehat. Program seperti ini seyogyanya menghormati kebutuhan, keprihatinan dan pemahaman kaum muda, dengan melibatkan mereka dalam kegiatan perancangan dan pelaksanaan program. Program yang berhasil, melibatkan dan bekerjasama dengan orangtua, kelompok masyarakat, serta tokoh agama untuk



Poster yang diproduksi oleh Pusat Program Komunikasi John Hopkins University tahun 1996, untuk Program Kesehatan Reproduksi Wanita Rusia, punya pesan sederhana berbunyi: “Masa Muda sungguh indah. Jangan bergantung pada kesempatan. Gunakan kontrasepsi.”

memperoleh dukungan serta keterlibatan mereka dalam program. Dengan adanya kebutuhan pelayanan kesehatan remaja yang tumbuh begitu pesat, maka sangat penting bagi program yang baru maupun pengembangan program dibuat berdasarkan pengalaman program yang sudah berhasil. Setiap kali dimungkinkan, program harus terus di pantau, dievaluasi dan didokumentasikan untuk menjamin bahwa tantangan-tantangannya dipahami benar, dan keberhasilannya dapat direplikasikan secara luas.

Perangkat Perencanaan untuk Meningkatkan Kesesuaian Antara Kebutuhan dan Program

Berbagai studi menunjukkan adanya kesenjangan antara program yang ada dengan kebutuhan kesehatan kaum muda di negara berkembang. Sebuah artikel baru-baru ini menunjukkan bahwa, selain mempertimbangkan perbedaan utama antara kaum muda, seperti misalnya jender, usia, dan status perkawinan, perencana program perlu memulai dengan mengenal bahwa kaum muda berbeda dalam hal pengalaman seks.²⁴ Kaum muda dapat digolongkan dalam 3 kategori untuk tujuan perencanaan: a) mereka yang belum aktif secara seksual; b) mereka yang aktif secara seksual dan belum mengalami akibat buruk pada kesehatan reproduksi (misalnya mengalami kehamilan yang tidak diinginkan atau PMS); c) mereka yang aktif secara seksual dan sudah punya pengalaman buruk dan mengalami konsekuensi yang tidak sehat.

Penggolongan berdasarkan pengalaman ini akan membantu perencana program untuk menggunakan secara efektif sumber daya masyarakat dan sumber daya klinis yang tersedia, termasuk organisasi masyarakat, lokasi atau fasilitas rekreasi, klinik kesehatan dan lain-lainnya. Banyak remaja yang cenderung datang ke klinik sebagai jalan terakhir; tetapi akan memanfaatkan program masyarakat yang menawarkan bantuan sehingga mereka dapat memperoleh keterampilan, informasi kesehatan, konseling dan memperoleh kondom. Pelayanan klinik yang bersahabat dengan gaya remaja dapat dibuat untuk remaja yang membutuhkan perawatan kehamilan, perawatan PMS dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

1. UNFPA. *UNFPA and Adolescents*. New York: UNFPA (1997). Also available at <http://www.unfpa.org/PUBLICAT/TECH/ADOLESES.HTM>.
2. Blanc, A. and Way, A. Sexual behavior, contraceptive knowledge and use. *Studies in Family Planning* 29(2): 106-116 (June 1998).
3. UNAIDS. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: December 1997*. <http://www.unaids.org/highband/document/epidemio/report97.html> (accessed November 1998).
4. Gage, A. Decision making regarding sexual activity and contraceptive use. *Studies in Family Planning* 29(2):154-166 (June 1998).
5. WHO. *Programming for Adolescent Health and Development*. Report of the WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Geneva: WHO (in press).
6. International Council on Management of Population Programmes (ICOMP). Adolescents/youth reproductive health hazards. *Feedback* 23(3):5 (1997).
7. Henshaw, S.K. and Morrow, E. Induced Abortion: *A World Review 1990 Supplement*. Table 4. New York: The Alan Guttmacher Institute (1990).
8. Zabin, L. and Kiragu, K. Health consequences of adolescent sexuality and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 29(2):210-232 (June 1998).
9. The Alan Guttmacher Institute (AGI). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: AGI. (May 1998).
10. UNFPA. Programme of Action. International Conference on Population and Development (ICPD). New York: UNFPA (1994).
11. UNFPA. *Report on the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights: Key Future Actions*. <http://www.unfpa.org/ICPD/reportrtl.htm> (accessed August 1998).
12. Unuigbo, J.A. et al. Abortion-related mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985. *International Journal of Gynecology and Obstetric* 26:435-439 (1988).
13. Islam, Q. STDs: the burden and the challenge. *AIDS Captions* 3(1):4-7 (May 1996).
14. International Center for Research on Women (ICRW). Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World. Washington, DC.: ICRW (1996).
15. PATH. *Adolescent Girls and their Rights. Adolescent Girls' Health and Nutrition - with 'special emphasis on reproductive health*. Background paper for UNFPA expert group meeting for adolescent girls and their rights. Washington, DC.: PATH (October 1997).
16. Richters, J. et al. Why do condoms break or slip off in use? An exploratory study. *International Journal of STD and AIDS*. 6(1): 8-11 (January/February 1995).
17. PATH. *The Facts: Female Genital Mutilation* Washington, DC.: PATH (1997) Information also available at <http://www.path.org/html/fgm/htm>.
18. Bagarukayo, H. et al. An operational study relating to sexuality and AIDS prevention among primary school students in Kabale District of Uganda. 1993. Entebbe: Uganda, as cited in Heise, L. et al. *Sexual coercion and reproductive health: a focus on research*. Population Council (1995).
19. WHO. *Substance Use Among Street Children and Other Children and Youth in Especially Difficult Circumstances*. Fact Sheet N151. WHO: Geneva(1998). Also available at <http://www.who.int/inf-fs/en/fact151.html>.
20. Casa Alianza. *Street Children and AIDS*. <http://www.casa-alianza.org> (accessed December 1998).
21. FOCUS on Young Adults. *Why Focus on Young Adults?* <http://www.pathfind.org/ourwork.htm> (accessed October 1998).
22. Centre for Development and Population Activities. *Adolescent and Gender Project for Sub-Saharan Africa*. <http://www.cedpa.org/trainprog/saharan/subsahaf.htm> (accessed August 1998).
23. Wilson, A. PATH/Washington. D.C. Personal communication (December 1998).
24. Hughes, J. and McCauley, A. Improving the fit: adolescents' needs and future programs. *Studies in Family Planning* 29(2):233-245 (June 1998).
25. The Alan Guttmacher Institute (AGI). *Issues in Brief: Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide*. New York: AGI (February 1997).
26. Grunseit, A. and Kippax, S. *Effects of sex education on young people's sexual behavior*. Geneva: Global Programme on AIDS, World Health Organization (1993).
27. Population Action International (PAI). Youth at risk; meeting the sexual health needs of adolescents. *Population Policy Information Kit* Number 9 (April 1994).
28. Kirby, D. School based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Reports* 109(3):339-360 (1994).
29. Straight Talk Foundation. Straight Talk Web site. <http://www.swiftuganda.com/~strtalk/strtalk.html> (accessed December 1998).
30. Pathfinder International. *Insights from Adolescent Project Experience: 1992-1997*. Galen, MA: Pathfinder (1998).
31. Bamett, B. et al. *Case Study of the Women's Center of Jamaica Foundation Program for Adolescent Mothers*. Research Triangle Park, Family Health International: (June 1996). Also available at <http://www.fhi.org/en/wsp/wspubs/wspubs.html>.
32. Brady, M. Laying the foundation for girls' healthy futures: can sports play a role? *Studies in Family Planning* 29(1):79-82 (March 1998).
33. Cash, K. and Anasuchatku, B. Experimental educational interventions for AIDS prevention among Northern Thai single female migratory adolescents. Women and AIDS Program Research Report Series. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (1995).

CATATAN EDITOR: Jurnal *Studies in Family Planning* terbitan bulan Juni 1998 memberikan informasi latar belakang yang penting bagi artikel ini. Edisi tersebut menelaah masalah-masalah yang mempengaruhi remaja dan menajaki kejadian-kejadian sosial, ekonomi, biologis maupun demografis yang mempengaruhi kesehatan remaja di negara-negara berkembang. Publikasi WHO, *Programming for Adolescent Health and Development* dan laporan AGI berjudul "Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives" juga memberikan informasi yang sangat bermanfaat bagi edisi ini. In *Focus*, kumpulan berisi rumusan singkat tentang masalah kesehatan reproduksi remaja, juga tersedia dalam tiga bahasa di dalam Website FOCUS, bagian yang membahas kelompok Dewasa Muda (<http://www.pathfind.org/focus/publicat.htm>).

Staf penulis edisi ini adalah Maggie Kilbourne-Brook dengan asisten editor Paulette McKay, serta Doug Swan, asisten produksi (versi bahasa Inggris Desember 1998). Edisi dalam bahasa Indonesia ini diterjemahkan dan ditelaah oleh: Yanti Triswan, Joyce Djaelani-Gordon, dan Peggy Pratomo. Sebagai tambahan, nama-nama berikut ini ikut menelaah edisi ini: Dr. J. Hughes, Dr. E. Murphey, dan Dr. A. Wilson. Redaksi Outlook sangat menghargai komentar dan saran-saran mereka.

Outlook diterbitkan oleh PATH dalam bahasa Inggris dan Perancis, dan dapat diperoleh dalam bahasa Cina, Spanyol, Portugis dan Rusia. Dan untuk edisi kali ini diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. *Outlook* menyajikan berita tentang produk yang berkaitan dengan produk kesehatan reproduksi, dan keputusan tentang penggunaan obat, dengan perhatian khusus kepada pembaca di negara berkembang. *Outlook* dapat terbit dengan bantuan antara lain United Nations Population Fund. Isi dan pendapat yang disajikan dalam *Outlook* tidak harus merefleksikan pendapat penyandang dana *Outlook*, anggota Dewan Penasehat *Outlook* atau PATH.

PATH adalah organisasi nirlaba internasional yang bergerak di bidang perbaikan kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak. *Outlook* dikirimkan tanpa pungutan biaya kepada pembaca di negara berkembang; permintaan berlangganan dari perorangan yang berminat dari negara maju dikenakan biaya sebesar US\$40 per tahun. Pembayaran harap ditujukan kepada PATH.

Editor : Jacqueline Sherris, Ph.D.

PATH

4 Nickerson Street

Seattle, Washington 98109 - 1699 USA

Phone: 206-285-3500. Fax: 206-285-6619

Email: outlook@path.org URL: www.path.org

DEWAN PENASEHAT

- Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Italian National Institute of Health, Italy
- Gabriel Bialy, Ph.D., Special Assistant, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, U.S.A.
- Willard Cates, Jr., M.D., M.P.H., President, Family Health International, U.S.A.
- Lawrence Corey, M.D., Professor, Laboratory Medicine, Medicine, and Microbiology and Head, Virology Division, University of Washington, U.S.A.
- Horacio Croxatto, M.D., President, Chilean Institute of Reproductive Medicine, Chile
- Judith A. Fortney, Ph.D., Corporate Director for Scientific Affairs, Family Health International, U.S.A.
- John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Medical Director, Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, U.K.
- Atiqur Rahman Khan, M.D., Country Support Team, UNFPA, Thailand
- Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, U.S.A.
- Roberto Rivera, M.D., Corporate Director for International Medical Affairs, Family Health International, U.S.A.
- Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Assistant Secretary General, IPPF, U.K.
- Melvin R. Sikov, Ph.D., Senior Staff Scientist, Developmental Toxicology, Battelle Pacific Northwest Labs, U.S.A.
- Irving Sivin, M.A., Senior Scientist, The Population Council, U.S.A.
- Richard Soderstrom, M.D., Clinical Professor OB/GYN, University of Washington, U.S.A.
- Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Professor, Department of Public Health & Primary Care, University of Oxford, U.K.