

BAB IV

TRANSFORMASI BKKBN DAN PROGRAM KB NASIONAL

SEBAGAI RESPON ICPD DAN MDGS

Sebagai salah satu badan Negara yang sudah sejak era 1970an menangani isu kependudukan di Indonesia maka pasca diadakannya ICPD dan MDGS BKKBN pun melaksanakan berbagai transformasi baik dari keorganisasian hingga kebijakan-kebijakan Program KB Nasional. Pada Bab ini akan dibahas mengenai proses transformasi BKKBN sebagai respons atas kebijakan yang terancang dalam ICPD dan MDGS, khususnya yang memiliki kaitan dengan isu HIV/AIDS di kalangan remaja.

A. Perubahan Orientasi BKKBN dan Program KB Nasional

Dengan dibentuknya direktorat khusus bagi remaja, yakni Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, menegaskan pula bahwa orientasi BKKBN menjalankan fungsinya sebagai alat negara dalam isu kependudukan mengalami pergeseran orientasi. Jika perhatian BKKBN sebelum adanya ICPD dan MDGS terpaku pada kelompok pasangan usia subur, maka dengan adanya konferensi tersebut mengukuhkan bahwa terdapat kelompok baru yang memerlukan penanganan khusus, yakni kelompok usia remaja.

Secara nyata kita dapat melihat perubahan orientasi BKKBN melalui arah kebijakan program KB Nasional. Pada awal terbentuknya BKKBN, perubahan arah kebijakan yang terjadi lebih dipengaruhi oleh perubahan struktur per-

Diawali dengan dibentuknya BKKBN pada tahun 1970 maka perhatian program KB nasional lebih pada sosialisasi program-program KB dan memperluas instalasi jaringan KB di pulau Jawa. Memasuki Repelita II (1974-1979) hingga Repelita III (1979-1984) arah kebijakan KB nasional mulai memperhatikan peningkatan kualitas pelayanan KB di pulau Jawa-Bali dan mulai memperluas jangkauan KB ke beberapa pulau di sekitar Jawa-Bali.

Kebijakan juga sejalan dengan keputusan ICP (International Conference on Population) pertama yang diadakan pada 1974 di Bukharest. Pada salah satu Program of Action ICP tertera bahwa “ *All couple and individual have the basic rights to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education and means to do so; the responsibility of couples and individual in the exercise of this right take into account the needs of their living and future children, and their responsibility towards the community.* ”

Memasuki Repelita IV (1984-1989) arah kebijakan KB Nasional mulai memasukkan konsep-konsep pembangunan yang berkesinambungan, seperti diantaranya tertera dalam Buku Repelita IV Bab 25 Kependudukan dan Keluarga Berencana:⁷³

- Kebijaksanaan kependudukan yang menyeluruh dan terpadu perlu dilanjutkan dan makin ditingkatkan, serta diarahkan untuk menunjang peningkatan taraf hidup, kesejahteraan dan kecerdasan bangsa serta tujuan-tujuan pembangunan lainnya.
- Program keluarga berencana bertujuan ganda, ialah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera

⁷³ B.1. REPELITA IV B.1.25. “Kependudukan dan Keluarga Berencana”

yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan pengendalian kelahiran, dan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk Indonesia.

Hal ini dapat dikaitkan dengan adanya ICP (1984) yang menyatakan bahwa “... *To be realistic, development policies, plans and programs must reflect the inextricable links between population, resource, environment and development.*”⁷⁴

Memasuki REPELITA VI (1994-1999) arah kebijakan program Kependudukan dan KB nasional mulai memberikan perhatian lebih pada upaya pengendalian pertumbuhan penduduk yang secara langsung berintegrasi dengan proses pembangunan. Salah satunya terwujud dalam arah kebijakan program KB Nasional REPELITA VI ⁷⁵ “Dalam rangka membangun keluarga sejahtera diupayakan peningkatan kualitas keluarga yang bercirikan kemandirian dan ketahanan keluarga. Dengan demikian, kehidupan keluarga berfungsi sebagai wahana persemaian nilai-nilai agama dan nilai-nilai luhur budaya bangsa, meningkatkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin setiap keluarga agar mampu mendukung pembangunan yang berkelanjutan.”

Pada masa ini pula kepedulian pemerintah terhadap kelompok remaja mulai dipertegas. Buku Repelita VI (1994-1999) secara terperinci menjelaskan mengenai arah pembangunan dan arah kebijakan KB Nasional yang didalamnya melibatkan kelompok remaja. Sebagai contoh tertera pada sub Bab Kebijakan Pembangunan Kependudukan menyebutkan bahwa: ⁷⁶

⁷⁴ Report of The International Conference on Population 1984, United Nation, Hal. 3, PDF File

⁷⁵ Buku REPELITA VI Bab 26: “Kependudukan dan Keluarga Sejahtera” hal. 249-260, PDF

- “...Pengendalian pertumbuhan dan kuantitas penduduk ditempuh dengan menciptakan keseimbangan antara kuantitas penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan melalui penurunan angka kelahiran; penurunan angka kematian khususnya kematian bayi, anak, dan ibu melahirkan; dan penundaan usia kawin...” (hal 336)
- “...meningkatkan penanggulangan permasalahan sosial remaja dan perubahan perilaku reproduksi remaja wanita melalui pendidikan kependudukan dan keluarga berencana, baik melalui jalur sekolah maupun jalur luar sekolah; dan menciptakan lapangan kerja yang sesuai dengan penduduk usia kerja melalui pembangunan pendidikan sesuai dengan kebutuhan pembangunan yang didukung oleh perluasan kesempatan kerja....” (hal. 337)
- Tujuan kegiatan KIE adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat yang mendukung terwujudnya NKKBS melalui gerakan KB. KIE meliputi kegiatan pengembangan dan penyampaian pesan melalui berbagai media massa yang dilaksanakan bekerja sama, antara lain, dengan organisasi kemasyarakatan formal, lembaga swadaya masyarakat dan dunia usaha. (hal. 353)
- “...Secara khusus upaya ini ditujukan pada generasi muda atau remaja agar mempunyai pengetahuan, sikap, dan perilaku yang mendukung terwujudnya NKKBS...” (hal. 353)

Adanya kepedulian pemerintah pada masa ini terhadap kelompok remaja tidak lepas dari tujuan ICPD (1994) yakni “ Memastikan sedikitnya 90 % pada 2005, dan sedikitnya 95% pada 2010, remaja kelompok usia 15-24 telah mengakses KIE dan pelayanan untuk meningkatkan kemampuan yang diperlukan untuk mengurangi resiko infeksi HIV/AIDS, sehingga jumlah penderita diseluruh dunia menurun menjadi 25% di negara yang paling beresiko (ICPD+5 dan pasal 70)

Memasuki millennium baru, dengan diadakannya MDGS, arah kebijakan program KB Nasional kembali mengalami pergeseran. Pasca diadakannya ICPD dan dipertegas oleh MDGS pemerintah memasukan Isu Kependudukan sebagai salah satu point penentu keberhasilan pembangunan. Hal ini tercantum dalam Peraturan Presiden Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM), yang berbunyi “ ... Karakteristik pembangunan antara lain dilaksanakan melalu pengendalian pertumbuhan penduduk, keluarga berencana, dan dengan cara pengembangan kualitas penduduk melalui perwujudan keluarga kecil yang berkualitas... “⁷⁷

Masih mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 7 tahun 2005 melakukan perubahan pada arah kebijakan program KB Nasional. Lahirnya Peraturan Presiden tersebut tidak semata merupakan respon Pemerintah Indonesia atas ICPD dan MDGS, namun juga pada akhirnya akan lebih dipengaruhi pada pola perubahan penduduk masyarakat Indonesia. Struktur masyarakat Indonesia yang pada tahun 2005 terdiri dari 43 juta jiwa penduduk usia remaja, dan adanya

⁷⁷ Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Kebijakan, *Program Pokok dan Kegiatan Bidang Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi 2005-2009*: Deputi Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Jakarta, 2005, hal. 1

perkiraan dari beberapa ahli demografi bahwa dalam beberapa tahun kedepan Indonesia akan mengalami *demographic deident* (suatu keadaan dimana jumlah penduduk usia produktif lebih besar dari pada jumlah penduduk usia non-produktif, sebagai perubahan struktur umur), maka perhatian pemerintah terhadap kelompok usia remaja juga semakin meningkat. Hal ini dibuktikan dengan terancangannya Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dalam susunan arah kebijakan program KB Nasional. Untuk lebih jelasnya mengenai Arah Kebijakan Program KB Nasional adalah sebagai berikut;⁷⁸

- 1 Mengendalikan tingkat kelahiran penduduk. Hal ini dapat tercapai dengan upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB, terutama bagi keluarga miskin dan renta, serta daerah terpencil. Perhatian BKKBN pada point ini adalah pasangan usia subur, dengan harapan dapat menekan tingkat fertilitas menjadi sekitar 2,2 per wanita hingga 2010. Keberhasilan pada point ini diharapkan dapat membawa laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14% pertahun (2005-2010)
- 2 Meningkatkan kualitas Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR). Hal dilakukan dalam rangka menyiapkan remaja untuk kehidupan berkeluarga yang lebih baik, serta pendewasaan usia perkawinan. Hal ini dapat tercapai dengan upaya memperluas akses remaja atas kesehatan reproduksi, baik dari segi pemberian dan peningkatan kualitas pemahaman KRR maupun pemberian konseling mengenai permasalahan remaja lainnya. Selain itu

⁷⁸ Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Kebijakan, Program Pokok dan Kegiatan Bidang Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi 2005-2009: Deputi Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Jakarta, 2005, hal. 52-53

perlu dilakukan penguatan terhadap institusi masyarakat dan pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja. Arah kebijakan ini diharapkan dapat menyediakan akses KIE kepada remaja sedikitnya 95% pada 2010, yang diharapkan dapat meningkatkan kemampuan yang diperlukan untuk mengurangi resiko infeksi HIV/AIDS, sehingga jumlah penderita diseluruh dunia menurun dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015 (ICPD dan MDGS point 6).

- 3 Memperkuat pelebagaan dan jejaring pelayanan KB. Hal ini dapat dilakukan dengan membina dan memperkuat kerjasama dengan berbagai elemen, termasuk koordinasi lintas sektoral yang berada di bawah naungan pemerintah, dan membina kemitraan dengan elemen swasta dan pemerintah dari lingkup lokal, nasional, regional, hingga ke tingkat global. (MDGS point 8)

Dalam upaya untuk menjalankan butir-butir kesepakatan yang terancang dalam ICPD dan MDGS, pemerintah Indonesia merumuskannya kedalam butir-butir program yang dilaksanakan melalui berbagai Departemen termasuk BKKBN. Di BKKBN sendiri, dalam pelaksanaannya dirasa perlu membentuk direktorat khusus yang menangani butir-butir keputusan kedua konfrensi tersebut. Oleh karena itu, BKKBN mengeluarkan keputusan mengenai reorganisasi, agar lebih fokus dalam mengoptimalisasikan keputusan ICPD mengenai remaja dan

MDGS mengenai pemberantasan HIV/AIDS

Melalui keputusan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan/Kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Nomor 10/HK-D10/B5/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Pasal 189, secara resmi Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi dibentuk. Disebutkan pula direktorat baru tersebut mempunyai tugas merumuskan kebijakan pembinaan remaja dan perlindungan hak-hak reproduksi dalam pembangunan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera.

B. Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi

Sejak diadakannya ICPD (1994) dan MDGS (2000) banyak kebijakan-kebijakan negara yang menyangkut isu kependudukan mengalami pergeseran. Tidak lagi fokus pada penekanan aspek-aspek demografis dan penduduk saja, namun arah kebijakan KB nasional mulai berintegrasi dengan pembangunan, dan salah satunya menaruh perhatian yang lebih pada isu kesehatan reproduksi. Hal ini erat kaitannya dengan mewabahnya HIV/AIDS yang tingkat pertumbuhannya berjalan seiring dengan semakin bertambahnya penduduk dunia. Setelah diadakannya ICPD pun program KB Indonesia mulai memberikan perhatian lebih pada kelompok remaja.

Program pertama yang secara khusus ditujukan untuk pemberdayaan remaja dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi adalah program Bina Keluarga Remaja, yang dikelola oleh Direktorat Ketahanan Keluarga. Program ini dirancang untuk orang tua yang memiliki anak remaja agar dapat memberi masukan dan membuka diskusi dalam kaitannya dengan isu seksualitas remaja.

Kemudian pada tahun 2000, program ini mulai merambah masuk ke lingkungan sekolah, dengan memberdayakan guru BP dan BK.

Setelah beberapa tahun program ini berjalan, hasil evaluasi menunjukkan bahwa program ini berjalan tidak maksimal. Kemudian pada Januari 2001, tepatnya 4 bulan setelah diadakannya *Millenium Summit*, yang menghasilkan 8 butir tujuan pembangunan dunia, BKKBN membentuk Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi melalui Keputusan Menteri Pemberdayaan Perempuan / Kepala BKKBN No. 10/HK-010/B5/2001

Dibentuknya Direktorat khusus yang menangani remaja ternyata merupakan langkah yang tepat. Berdasarkan data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2002-2003 membuktikan bahwa penanganan remaja, khususnya dalam isu kesehatan reproduksi, membutuhkan pendekatan yang berbeda. SKRRI 2002-2003 juga menegaskan bahwa program Bina Keluarga Remaja di bawah Direktorat Ketahanan Keluarga tidak efektif, karena posisi orang tua dan guru berada jauh dibawah posisi teman sebaya mereka. Remaja pria dan wanita memilih teman sebaya sebanyak 71.5% untuk berdiskusi mengenai kesehatan reproduksi mereka, dibandingkan dengan orang tua yang hanya 31.2% dan guru sebesar 23.9%.

1. Karakteristik Remaja di Indonesia

Seperti halnya fenomena kependudukan yang terjadi di dunia, program-program kependudukan di Indonesia juga mendapatkan fakta baru mengenai

terdapatnya kelompok baru yang membutuhkan perhatian lebih dalam bidang

yakni kelompok remaja. Jika pada tahun 2000 jumlah remaja di dunia mencapai 50% dari populasi dunia, maka di Indonesia penduduk usia remaja (15-24 tahun) pada tahun 2000 hanya sekitar 20% (satu per lima) dari jumlah total penduduk, atau sekitar 40 juta jiwa. Jumlah penduduk usia remaja ini meningkat, dari yang pada tahun 1980 berjumlah 35 juta.⁷⁹

Untuk mengetahui ancaman terhadap 40 juta jiwa remaja tersebut, terutama dalam isu kesehatan reproduksi, maka pemerintah perlu tahu terlebih dulu tentang karakteristik remaja itu sendiri. Dalam ICPD Chapter XII menyebutkan bahwa⁸⁰ “ *Governments, assisted by the international community and others, including NGOs and the private sector, are called upon to increase support for basic and applied biomedical, technological, clinical, epidemiological and social-science research in order to strengthen reproductive health services. The aim is to improve existing and develop new methods for regulation of fertility that meet users' needs and are acceptable, easy to use, safe, free of side-effects, effective and affordable.* “

Walau dalam perjalanannya Indonesia telah melakukan sensus penduduk yang sudah dimulai sejak 1961, namun informasi mengenai remaja, khususnya dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi masih sangat terbatas. Cakupan dalam survei penduduk hanya sebatas pada jumlah dan proporsi remaja, dan sama sekali tidak memasukan variabel lain yang dibutuhkan dalam penyusunan

⁷⁹ Badan Pusat Statistik, BKKBN, Departemen Kesehatan, ORC Macro, *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja: Indonesia 2002-2003*, Hal. 1. Jakarta Juli 2004.

⁸⁰

kebijakan mengenai remaja, seperti sikap dan perilaku mengenai kesehatan reproduksi.

Baru pada Oktober 2002 hingga April 2003, *United State Agency for International Development* (USAID), melalui ORC Macro membiayai proyek Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI). SKRRI merupakan survei pertama yang secara khusus ditujukan untuk memenuhi kebutuhan data atas situasi remaja Indonesia dan permasalahan yang dihadapinya, termasuk di dalamnya adalah pengetahuan, sikap dan perilaku dalam kaitanya dengan kesehatan reproduksi. Survei yang dijalankan oleh Badan Pusat Statistik di 15 provinsi ini, diharapkan dapat menyediakan data akurat untuk melahirkan kebijakan dan program yang efektif dan tepat sasaran.

Berlanjut pada Juni hingga Desember 2007, pemerintah kembali mengadakan SKRRI 2007. Selain cakupan daerahnya lebih luas dari SKRRI 2002-2003 yang hanya diadakan di 15 provinsi (SKRRI 2007 meliputi 35 provinsi), kali ini pemerintah melibatkan lebih banyak lembaga dan donor asing dalam proyek SKRRI ini. Pembiayaan sebagian berasal dari UNAIDS, *Macro International Inc* memberi bantuan teknis, dan UNFPA memiliki tanggung jawab dalam penanganan dokumen hasil survei ini, termasuk dalam biaya pencetakan dan pengiriman dokumen.

Dari SKRRI 2002-2003 dan SKRRI 2007 ini penulis mendapatkan banyak informasi mengenai kondisi remaja Indonesia, khususnya dalam kaitannya dengan

pencapaian ICRD dan MDGS dalam penanggulangan HIV/AIDS.

terbesar atas 40 juta jiwa penduduk usia remaja di Indonesia dalam kaitannya dengan penyebaran HIV/AIDS ada beberapa hal, di antaranya:

a. Terbatasnya akses informasi mengenai kesehatan reproduksi.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kurangnya informasi yang didapat adalah penyebab utama tingginya kasus remaja yang terjerat oleh isu kesehatan reproduksi, seperti kehamilan tidak diinginkan, inveksi menular seksual, termasuk di dalamnya adalah HIV/AIDS. Dari data yang didapatkan menunjukkan bahwa media massa sebagai alat paling efektif dalam menyampaikan informasi mengenai kesehatan reproduksi masih tidak menjalankan fungsinya dengan baik. Dari hasil SKRRI 2002-03 menyatakan bahwa hanya terdapat 42% wanita dan 38% pria yang pernah mendengar HIV/AIDS melalui radio Sementara untuk informasi lain seperti pencegahan kehamilan, pentingnya menunda usia perkawinan, dan program keluarga berencana hanya terdapat 20% pada wanita dan 15% pada pria. Hal yang sama juga terjadi pada media televisi, hanya 62% wanita dan 59% pria pernah menonton program yang berhubungan dengan HIV/AIDS dari TV, dan kurang dari 1/3 koresponden remaja yang pernah menonton pesan mengenai KB.⁸¹

Sementara TV dan radio adalah sumber informasi yang paling populer di kalangan remaja dalam memperoleh informasi mengenai kesehatan reproduksi peran tenaga kesehatan sebagai seseorang yang memiliki

informasi yang lebih akurat justru hanya mendapatkan perhatian sebesar 2,9% untuk wanita usia remaja dan 4,6% untuk pria remaja.

Dalam kaitannya dengan pemberian informasi kesehatan reproduksi remaja, yang nyaris tidak bisa dipisahkan dengan isu seksualitas, akhirnya menimbulkan banyak perdebatan mengenai materi apa yang dapat bermanfaat untuk remaja seperti yang diharapkan dan bukan sebaliknya.

Selama ini informasi yang tersaji hanya sebatas paparan umum mengenai proses reproduksi manusia, penyakit yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Materi yang diharapkan dan seharusnya disajikan pada remaja haruslah bersifat edukatif yang juga memasukkan *life skill* kedalam materi, agar setidaknya remaja memiliki pandangan tentang bagai mana cara bersikap dalam kaitannya dengan isu seksualitas.

b. Kurangnya pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi

Terbatasnya akses informasi mengenai kesehatan reproduksi pada remaja berdampak langsung pada pengetahuan remaja. Hal yang sering terjadi di kalangan remaja adalah rendahnya pengetahuan mengenai masa subur pada wanita. Hanya terdapat 2 dari 10 pria usia remaja dan 3 dari 10 wanita yang mengetahui masa subur dengan benar.

Pada SKRRI 2002-03 Bab 4.2 terdapat pertanyaan “apakah seorang perempuan dapat hamil hanya dengan satu kali melakukan hubungan seksual?”⁸² yang diajukan pada responden remaja. Dari hasil pertanyaan tersebut 50% wanita dan 46% pria yang menjawab iya. Angka 50%

masalah rendah, mengingat informasi ini merupakan pertanyaan general yang seharusnya informasi mengenai ini mudah di dapatkan.

Hal sama juga terjadi pada informasi mengenai HIV/AIDS pada remaja. Walau hasil survei menunjukkan kalau 8 dari 10 remaja pernah mendengar mengenai HIV/AIDS namun hanya 3 dari 10 yang mengetahui setidaknya satu metode menghindari atau mencegah penularannya. Sedangkan yang mengetahui lebih dari satu metode pencegahan hanya 1 dari 10 remaja. Rendahnya pengetahuan remaja mengenai HIV/AIDS juga dapat dilihat dari kenyataan bahwa hanya 1 dari 10 remaja yang setuju kalau orang yang terlihat sehat bisa jadi memiliki HIV positif di tubuhnya. Melihat data tersebut tidak heran kalau hanya terdapat 3 dari 10 remaja yang tau mengenai test darah HIV/AIDS dan tempat untuk melakukan tes tersebut.

c. Kurangnya akses remaja atas pelayanan KB

Dari data yang diperoleh dari SKRRI 2002-03 di atas tentu saja menjadikan pelayanan KB untuk remaja sebagai suatu hal yang tidak dapat ditawar. Namun dalam kenyataannya, akses mereka terhadap pelayanan KB masih jauh dari pencapaian MDGS point 6 tentang pemberantasan HIV/AIDS dan tentu saja terhadap komitmen ICPD yang berbunyi "...memastikan sedikitnya 90% pada 2005, dan sedikitnya 95% pada 2010, remaja kelompok usia 15-24 telah mengakses KIE dan pelayanan untuk meningkatkan kemampuan yang diperlukan untuk mengurangi resiko

infeksi HIV/AIDS, sehingga jumlah penderita diseluruh dunia menurun menjadi 25% di negara yang paling beresiko (ICPD+5).⁸³

Dan juga komitmen ICPD yang tertera di Bab 7, yang berbunyi "... secara khusus, informasi dan pelayanan harus tersedia bagi remaja untuk membantu mereka memahami seksualitas mereka dan melindungi mereka dari kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual."⁸⁴

Di Indonesia, sebagai negara timur yang menjunjung tinggi nilai budaya dan agama, upaya untuk memenuhi pelayanan KB bagi remaja adalah hal yang sedikit sensitif. Penyediaan pelayanan KB bagi remaja sering dianggap sebagai tindakan lagalisasi pola kehidupan seks bebas. Berbagai kritik tentang program pemerintah dalam kaitannya dengan penyediaan pelayanan KB terhadap remaja pada akhirnya berujung pada sebuah pertanyaan "Benarkah remaja membutuhkan pelayanan KB?"⁸⁵

Berdasarkan data-data yang diperoleh penulis mencoba mengemukakan bahwa pelayanan KB untuk remaja sebagai kelompok masyarakat yang jumlahnya mencapai 20% penduduk Indonesia, dan sebagai kelompok yang memiliki resiko besar atas permasalahan kesehatan reproduksi, adalah hal harga mati. Hal ini berdasarkan atas tiga alasan utama, yakni:

⁸³ UNFPA, *Investing in People: National Progress In Implementing The Icpd Programe Of Action 1994-2004, A Summary Report*, hal.3 (PDF file)

⁸⁴ United Nations Population Information Network (Popin) Un Population Division, Department of Economic and Social Affairs, with support from the UN Population Fund (UNFPA), diakses 1 Desember 2009) tersedia di: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.htm> (PDF file)

⁸⁵ BKKBN, LD FEJU, Bank Dunia, Kesehatan Reproduksi Remaja, Laporan Bina... B...

- a) Remaja adalah kelompok terbesar yang hidup dengan HIV/AIDS. Memasuki 2004, saat penderita HIV/AIDS di Indonesia mencapai 130 ribu jiwa, diantaranya terdapat sebanyak 58,7% remaja berusia 15-24 tahun.⁸⁶
- b) Besarnya pengaruh teman sebaya. Walau dalam SKRRI 2002-03 mengenai sikap terhadap seks pra-nikah menunjukkan hasil yang positif, dimana hanya terdapat 4,5% remaja wanita dan 8,7% remaja pria yang setuju atas seks pra-nikah, namun dalam kenyataannya sikap menolak seks pra-nikah tidaklah terlalu berpengaruh besar. Hal ini erat kaitannya dengan karakter remaja yang cenderung mudah terpengaruh oleh lingkungan sekitar. Data menunjukkan bahwa terdapat 50,6% remaja pria memiliki teman sebaya yang pernah melakukan hubungan seksual dan remaja wanita sebanyak 52,6%.
- c) Perilaku seksual. Besarnya pengaruh teman sebaya pada akhirnya akan membawa peningkatan jumlah remaja yang pernah melakukan hubungan seksual. Pada SKRRI 2002-03 terdapat 5,5% remaja (hanya jumlah remaja pria, karena jumlah remaja wanita terlalu kecil jumlahnya untuk dikalkulasi) yang pernah melakukan hubungan seksual, dan pada SKRRI 2007 terdapat 8,8% (1,3% wanita dan 7,1% pria). Dan dari jumlah remaja yang pernah melakukan hubungan seksual ini, terdapat sebesar 33% (SKRRI 2002-03) dan 58% (SKRRI 2007) yang melakukan hubungan

Terlepas dari nilai agama dan budaya, dalam kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan remaja dalam hal informasi maupun pelayanan KB, data diatas menunjukkan bahwa kelompok remaja sangat rentan terhadap kasus-kasus kesehatan reproduksi, terutama HIV/AIDS. Dan hal tersebut menjadikan pelayanan KB sebagai sebuah kebutuhan mutlak dan harus segera disediakan oleh pemerintah.

BKKBN melalui Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi memiliki beberapa program dalam kaitannya dengan pencapaian ICPD dan MDGS. Program-program tersebut, secara seiringan dijalankan sesuai dengan tujuan, peran dan fungsi dari direktorat itu sendiri.

2. Tujuan Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi

Tujuan secara umum pembentukan Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi menurut Drs. Indrawarman adalah untuk mengambil alih tugas yang berkaitan dengan remaja yang selama ini ditangani oleh direktorat-direktorat lain di bawah BKKBN agar dapat terkoordinasi dengan baik dan memiliki arah kebijakan yang selaras, yakni untuk mempersiapkan kelompok remaja untuk memasuki kehidupan berkeluarga.

Adapun menurut buku panduan program KB Nasional tahun 2007, tujuan program-program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) di bawah Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi adalah: meningkatkan pemahaman, pengetahuan dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksi dan

mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang.

3. Peran dan Fungsi Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi

Secara struktural Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi memiliki 4 subdirektorat yang secara khusus memiliki peran dan fungsinya masing-masing. Peran dan fungsi ke-4 subdirektorat tersebut adalah:

a. Subdirektorat Pembinaan Remaja Jalur Keluarga dan Masyarakat

- i. Peran: Melaksanakan kebijakan pembinaan remaja melalui jalur keluarga dan masyarakat.
- ii. Fungsi: Pelaksanaan dan evaluasi kebijakan program-program pembinaan remaja melalui jalur keluarga dan masyarakat.

b. Subdirektorat Pembinaan Remaja Jalur Sekolah

- i. Peran: Melaksanakan kebijakan pembinaan remaja melalui jalur sekolah.
- ii. Fungsi: Pelaksanaan dan evaluasi kebijakan program-program pembinaan remaja melalui jalur sekolah.

c. Subdirektorat Perlindungan dan Advokasi Hak-Hak Reproduksi

- i. Peran: Melaksanakan kebijakan perlindungan dan advokasi

- Pelaksanaan penyusunan program pengembangan perlindungan advokasi hak-hak reproduksi.
 - Pelaksanaan penyusunan program advokasi hak-hak reproduksi.
 - Pelaksanaan evaluasi program perlindungan dan advokasi.
- d. Subdirektorat Monitoring dan Pelaporan Pelanggaran Hak-Hak Reproduksi,
- i. Peran: Melaksanakan monitoring dan pelaporan pelanggaran hak-hak reproduksi.
 - ii. Tugas: Pelaksanaan monitoring dan evaluasi hak-hak reproduksi, serta penyusunan pelaporan pelanggaran hak-hak reproduksi.

C. Program Kesehatan Reproduksi Remaja BKKBN

Dari berbagai konferensi internasional mengenai HIV/AIDS melahirkan tiga buah prinsip dasar dalam penyusunan kebijakan *sex education*, yakni ABC (*abstinence, be faithful, use condom*). Ketiga prinsip ini banyak digunakan di negara-negara barat dan Afrika dengan pertumbuhan kasus HIV/AIDS yang sangat tinggi, dan terbukti telah berhasil menurunkan secara dramatis tingkat penularannya di kalangan remaja.

Namun terdapat kesadaran pula bahwa prinsip dasar ini tidak dapat dengan mudah diterima di semua negara, khususnya di negara-negara yang masih menjunjung tinggi nilai budaya dan agama. Sebagai jaminan atas negara-negara tersebut, maka dalam dokumen ICPD Bab II, mengenai Prinsip, terdapat sebuah

kalimat yang menyatakan “ *with full respect for religious, ethical values and*

cultural backgrounds..."⁸⁷ Hal tersebut merupakan sebuah jaminan bahwa dalam pencapaian program-program ICPD, khususnya yang berkaitan mengenai isu seksualitas, juga harus mempertimbangkan secara seksama aspek agama, nilai-nilai dan latar belakang budaya yang diakui dan berdaulat secara nasional. Hal ini merupakan prinsip-prinsip dasar untuk dapat menarik diri dari berbagai upaya yang mengharuskan pemerintah untuk menjalankan kegiatan-kegiatan yang mereka anggap mengganggu nilai dan budaya mereka.

BKKBN sebagai salah satu badan negara juga wajib menjalankan prinsip tersebut, terutama dalam program-programnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja. Dengan demikian program-program kesehatan reproduksi, khususnya pada remaja, yang di jalankan BKKBN melalui Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi antara lain melalui kedua aspek berikut,

- 1) Komunikasi, Informasi, Edukasi dan Konseling (KIE/K), yang dalam pelaksanaannya lebih menekankan pada prinsip *abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual). Program-program KIE mendapatkan prioritas karena dalam perkembangannya, isu kesehatan reproduksi merupakan isu yang lebih berkaitan dengan sikap, prilaku dan kesadaran. Mengacu pada hal tersebut maka KIE pada remaja lebih tepat sasaran.
- 2) Aspek pelayanan kontrasepsi dan bimbingan psikologis, yang dalam hal ini sasarannya adalah remaja yang sudah terlanjur aktif secara seksual, dengan berpatokan pada prinsip *be faithful and use condom* (melakukan hubungan seks yang aman dengan satu pasangan tetap). Dalam aspek pelayanan

⁸⁷ Joanna E. Head, *National Biotechnology Education: A Framework for the 21st Century* (PDE 51)

kontrasepsi ini BKKBN lebih berhati-hati dan terbatas, mengingat pemberian pelayanan kontrasepsi pada remaja masih sering dianggap sebagai bentuk legalisasi atas pola seks bebas.

Dalam penulisan ini, akan diulas lebih jauh mengenai penangan KRR dalam aspek KIE, karena penulis menganggap bahwa pemenuhan kebutuhan remaja atas KIE mengenai kesehatan reproduksi jauh lebih bermanfaat ketimbang melakukan penanganan atas penyediaan layanan kontrasepsi pada beberapa remaja yang sudah terlanjur aktif secara seksual.

Dalam perkembangannya, kegiatan KIE KRR yang dijalankan di Indonesia, di bawah BKKBN dilakukan melalui tiga jalur utama, yakni:

1. Jalur keluarga dan masyarakat

Pada jalur ini BKKBN melibatkan LSM dan organisasi berbasis masyarakat dan kepemudaan, serta lebih melibatkan keluarga inti dalam sosialisasinya.

2. Jalur sekolah

Setelah adanya data dari SKRRI 2002-2003 yang menyatakan kalau ketertarikan remaja untuk mendiskusikan isu kesehatan reproduksi yang tertinggi adalah pada teman sebaya mereka, maka BKKBN mulai mengembangkan metode-metode penyampaian informasi dengan melibatkan jalur-jalur non-formal yang berada dalam lingkup sekolah, seperti Pramuka dan organisasi ekstra kurikuler lainnya.

Upaya melalui media masa dilakukan dalam bentuk sosialisasi dan edukasi melalui program-program yang disesuaikan dengan remaja.

Adapun program-program KRR yang dilaksanakan oleh BKKBN bekerja sama dengan berbagai pihak adalah sebagai berikut:

1. *Youth Center*

Program KRR pertama BKKBN sebenarnya sudah ada sejak Agustus 1996. BKKBN bekerja sama dengan PKBI, dan didanai oleh UNFPA menyepakati dua buah kerjasama dalam kesehatan reproduksi remaja melalui proyek INS/96/P11 dan INS/96/P12.

INS/96/P11 (*Strengthening strategies to improve Adolescent Reproductive Health through materials development*) merupakan upaya pertama yang bertujuan:⁸⁸ (1) Mengembangkan strategi promosi untuk meningkatkan kesadaran dan dukungan masyarakat pada program Kesehatan Reproduksi Remaja yang melibatkan keluarga, (2) memperdalam kesadaran dan pemahaman para pembuat kebijakan, tokoh masyarakat, orang tua, serta remaja terhadap kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja melalui Konseling Informasi dan Edukasi (KIE) yang sesuai, (3) meningkatkan skill konseling dan pengembangan KIE.

Sementara INS/96/P12 (*Strengthening counseling service for families, adolescent and youth*) lebih memfokuskan pada pengembangan strategi konseling untuk orang tua serta untuk remaja, program-program pendidikan,

⁸⁸ BKKBN, PKBI dan UNEPA. *Pusat Informasi dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi*

mendirikan pusat konsultasi kesehatan reproduksi keluarga serta mengembangkan materi KIE.⁸⁹

Kerjasama ini kemudian berlanjut dengan ditanda tangannya proyek INS/96/P03 (*Adolescent reproductive health education, counseling and services for high school and university*). Proyek yang juga didanai oleh UNFPA selama 16 bulan (September 1999 hingga Desember 2000) ini merupakan upaya untuk menjembatani jarak antara kedua proyek sebelumnya, dimana pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja yang tersedia masih cenderung pasif dan tidak secara langsung menjangkau remaja.

Sebagai langkah awal proyek ini dibangun enam fasilitas *Youth Center* di beberapa daerah yang dianggap memiliki tingkat resiko tinggi. Pembangunan *Youth Center* ini berada dekat dengan SMA dan Universitas guna memudahkan remaja untuk mengakses informasi. Adapun enam kota tersebut adalah:

1. Medan (Sumatera Utara) dengan target kelompok remaja usia pelajar perguruan tinggi.
2. Bandung (Jawa Barat) dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA dan buruh atau pekerja pabrik.

3. Semarang (Jawa Tengah) dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA dan buruh atau pekerja pabrik.

4. Surabaya (Jawa Timur) dengan target kelompok remaja usia pelajar perguruan tinggi.
5. Pontianak (Kalimantan Barat) dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA
6. Manado (Sulawesi Utara) dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA.

Secara khusus program *Youth Center* ini memiliki tujuan memberi wadah bagi remaja yang ingin mengakses informasi, edukasi maupun konseling mengenai kesehatan reproduksi. *Youth Center* dirancang sebagai tempat *sharing* remaja dalam hal kesehatan reproduksi mereka, termasuk didalamnya juga mengenai nilai-nilai dan perilaku seksual mereka. Untuk mencapai tujuan tersebut maka diperlukan metode pendekatan yang dapat diterima oleh remaja, termasuk dalam penggunaan bahasa dalam penyampaian, saran terhadap beberapa alternatif solusi untuk masalah mereka selayaknya dapat sesuai dengan karakteristik remaja. Dalam hal ini BKKBN bersama PKBI mengembangkan beberapa metode pendekatan yang lebih dapat diterima oleh remaja, yakni:

1. Dari, oleh, dan untuk remaja (*Youth to youth approach*). Pendekatan ini lebih dikenal dengan istilah pendidik sebaya (*peer counselor*), dimana pendekatan dan konseling dilakukan oleh pendamping sebaya. Dalam pencapaian ini *Youth Center* melatih beberapa sukarelawan remaja untuk menjadi *peer counselor* yang pada akhirnya memu-

menyampaikan informasi yang benar dan tepat dengan bahasa dan cara penyampaian yang dapat diterima oleh kelompok dampingan.

2. Pendekatan melalui orang tua dan guru. Kesadaran bahwa lingkungan keluarga dan sekolah merupakan suatu faktor penting dalam pembentukan karakter seseorang, maka *Youth Center* juga melibatkan orang tua dan guru dalam upaya untuk membantu menyediakan informasi mengenai kesehatan reproduksi bagi remaja.
3. Pendekatan melalui tenaga-tenaga profesional. Tenaga profesional yang dimaksud adalah dokter, psikolog dan psikiatri, sosiolog. Dengan melibatkan tenaga-tenaga yang memiliki otoritas dan keahlian teknis ini diharapkan informasi yang didapatkan oleh remaja dapat lebih akurat. Selain pemberian informasi, tenaga-tenaga profesional ini, khususnya psikolog dan dokter, juga diharapkan mampu memberikan pelayanan konseling yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
4. Pendekatan melalui media massa. Media massa, baik cetak maupun elektronik merupakan sumber informasi dengan angka popularitas tertinggi dikalangan remaja. Dengan demikian peran media sangat dibutuhkan dalam proses pemberian informasi. Sosialisasi ini dilakukan dalam bentuk *talk show*, lokakarya dan diskusi mengenai kesehatan reproduksi pada remaja melalui stasiun TV dan radio baik lokal maupun nasional. Pembuatan materi-materi iklan layanan masyarakat juga mengalami perbaikan dengan bentuk dan cara penyampaian yang sesuai untuk remaja. Hal ini juga dilakukan dengan pembuatan booklet

leaflet, spanduk dan baleho yang ditempatkan dan disebar di tempat-tempat yang menjadi perhatian remaja.

Memasuki tahun 2001, tepatnya pada Januari 2001, kembali ditandatangani kesepakatan kerja antara BKKBN sebagai koordinator, PKBI sebagai eksekutor dan UNFPA sebagai penyandang dana, dalam proyek kesehatan reproduksi remaja. Pada proyek kerjasama dengan kode INS 06/01/03 ini kembali didirikan 5 *Youth Center*, yakni berada di kota:

1. Palembang, dengan target kelompok remaja usia pelajar perguruan tinggi.
2. Cirebon, dengan target dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA.
3. Tasikmalaya, dengan target kelompok remaja di industri rumah tangga.
4. Singkawang, dengan target dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA.
5. Kupang, dengan target dengan target kelompok remaja usia pelajar SMA.

Selain terdapat pembangunan baru *Youth Center* di lima kota, dalam proyek ini juga disepakati adanya materi tambahan dalam program kerja, yakni materi mengenai “*Awareness and understanding of ARH (adolescent reproductive health) issues, including prevention of STI*”

*infection) and HIV/AIDS and unwanted pregnancies...”*⁹⁰ Selain masuknya HIV/AIDS, yang merupakan point ke-6 dalam MDGS, di dalam materi mereka, juga terdapat pelayanan baru yang disediakan di *Youth Center*.

Jika pada program sebelumnya pelayanan konseling psikologis dan medis hanya sebagai program dampingan saja, setelah memasuki 2001, maka pelayanan konseling psikologis dan medis merupakan salah satu program utama mereka. Pelayanan klinis yang dilakukan *Youth Center* sejak 2001 juga lebih agresif. Tidak hanya menyediakan ruangan-ruangan khusus untuk praktik di fasilitas mereka, dan membuka *hotline* yang dapat dihubungi melalui telepon dan email, mereka juga mengadakan *on the spot* klinik yang didirikan berpindah-pindah ke tempat-tempat remaja berkumpul (sekolah, kampus, pusat perbelanjaan, pabrik dan perusahaan, hingga masuk ke perkampungan dengan jumlah penduduk usia remaja yang banyak) untuk memudahkan remaja mengakses informasi dan pelayanan.

2. Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK KRR)

Saat kasus HIV/AIDS dunia pada 2004 menurun menjadi 2.8 juta kasus (2003 sebanyak 3 juta kasus) maka hal sebaliknya terjadi di Indonesia. Jika pada 2003 terdapat 1.487 kasus HIV/AIDS maka pada 2004 terdapat 2.682 kasus.

Melihat data tersebut maka pada Juli 2004, beberapa lembaga yang memiliki kepedulian besar terhadap kelompok remaja, termasuk BKKBN

⁹⁰ BKKBN, PKBI, UNFPA, *UNFPA 6th Country Program: Annual Project Report (APR) 2003*, Jakarta, Desember 2003, hal.1

melalui Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, mengadakan pertemuan di Bali dengan tajuk “Ajang Ngumpul Remaja”. Pada pertemuan ini dicetuskan sebuah deklarasi yang kemudian dikenal dengan “Suara Remaja”, yang secara umum didalamnya menyatakan bahwa kelompok remaja mendesak pemerintah, legislative dan masyarakat termasuk orang tua dan sektor swasta untuk ikut berperan dalam menyediakan akses informasi, pelayanan, pendidikan, dan perlindungan bagi kesehatan reproduksi remaja di dalam lingkungan maupun di luar lingkungan sekolah.

Deklarasi tersebut juga menuntut agar kelompok remaja dilibatkan secara aktif dalam segala pembahasan RUU Kependudukan yang ada kaitannya dengan dengan remaja, serta dalam penyusunan, pelaksanaan serta pengawasan dan evaluasi program KRR.

Dari wawancara penulis dengan Drs. Indrawarman menyatakan bahwa deklarasi tersebut membawa dampak cukup besar pada BKKBN, khususnya Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, dalam menangani remaja. Sejak adanya deklarasi Suara Remaja, kemudian didukung oleh masuknya program kesehatan reproduksi remaja kedalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (PRJM) nasional 2004-2009, maka BKKBN mulai mempelopri dibentuknya Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang secara langsung dikelola oleh remaja dan dibina oleh pemerintah pusat dan di

Jika *Youth Center* merupakan upaya pendekatan melalui jalur masyarakat, maka PIK-KRR merupakan upaya pendekatan melalui jalur sekolah. Pada awal masa berdirinya, PIK-KRR difokuskan pada jenjang SMA dan seajar, kemudian PIK-KRR mulai merambah ke jenjang SMP dan seajar, hingga pada 2009 PIK-KRR mulai memasuki lingkup Universitas dan perguruan tinggi.

Walau pada awalnya PIK KRR merupakan upaya pendekatan jalur sekolah, namun dalam perjalanannya, data menunjukkan bahwa kebutuhan akan informasi dan konseling KRR di luar lingkup sekolah sama besarnya dengan kebutuhan yang telah tersedia di dalam lingkup sekolah. Dari hasil wawancara penulis dengan kepala Seksi Advokasi Hak-Hak Reproduksi Reproduksi, Alifah Nuranti, S.Psi, M.Sc, menyatakan bahwa dibentuknya PIK-KRR diluar lingkup sekolah bertujuan untuk memfasilitasi remaja yang berada diluar lingkungan sekolah untuk mendapatkan informasi dan konseling KRR, yang jumlahnya sama besarnya dengan yang berada di dalam lingkup sekolah.

Dalam perkembangannya, PIK KRR telah berhasil merambah ke seluruh penjuru Indonesia. Program yang mendapatkan perhatian besar dari BKKBN ini, hingga Januari 2010 telah berhasil membentuk 9.489 PIK-KRR yang tersebar di 6.093 di seluruh kecamatan di Indonesia, dengan komposisi 53% PIK KRR di lingkungan sekolah dan perguruan tinggi, 12% di lingkungan LSM dan lembaga keagamaan, serta 25% di lingkungan

3. Kegiatan Jambore Pramuka

Masih melalui pendekatan jalur sekolah, BKKBN melalui Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi dan Kwartir Nasional Gerakan Pramuka menandatangani program kerjasama dalam program bertajuk *Adolescent Reproductive Health Program and HIV/AIDS Through Indonesian Scout Organization*, yang didanai oleh UNICEF. Program yang dirancang untuk pelaksanaan dalam jangka satu tahun (2006-2007) bertajuk Kegiatan Jambore Pramuka ini dilaksanakan di 4 propinsi. Ke-4 propinsi dalam proyek ini adalah; Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan. Adapun cakupan proyek ini di 4 propinsi tersebut dapat dilihat pada tabel 4.⁹¹

Kegiatan dengan sasaran kelompok usia remaja yang berada di lingkungan organisasi pramuka, baik yang berada di lingkungan sekolah, kampus, dan di lingkungan masyarakat ini, secara umum memiliki tujuan sama dengan program-program KRR lainnya, yakni melakukan sosialisasi mengenai isu KRR melalui jalur dan cara yang disukai oleh remaja sehingga penyampaian informasi dan pengetahuan dapat terjadi secara maksimal. Namun secara khusus, dari buku laporan kegiatan tersebut terdapat tiga objektif kegiatan ini, yakni; (1) Untuk menyamakan visi dan komitmen program-program mengenai KRR yang berada di BKKBN dengan organisasi Pramuka, baik di level pusat maupun di Propinsi; (2) Untuk mendapatkan gambaran mengenai kebutuhan KRR di daerah-daerah dengan

⁹¹ BKKBN, Kwartir Nasional Gerakan Pramuka, UNICEF, *Adolescent Reproductive Health Program and HIV/AIDS Through Indonesian Scout Organization: Preparation and Intervention Steps*. Bandung, Indonesia, 2006. hlm. 1

resiko tinggi, agar dapat meningkatkan materi KIE-KRR. (3) Untuk meningkatkan pengetahuan jajaran organisasi Pramuka di tingkat Propinsi dalam kaitannya dengan KRR, dan khususnya mengenai pencegahan HIV/AIDS. (4) Untuk membina setidaknya satu Pembina Pramuka dari masing-masing Provinsi dan satu Pembina Pramuka di masing-masing Gugus Depan.

List of Selected District in each Province

West Java	Central Java	East Java	South Sulawesi
Bandung	Banyumas	Ponorogo	Maros
Indramayu	Banjarnegara	Madiun	Pangkep
Subang	Purworejo	Ngawi	Gowa
Sukabumi	Sukoharjo	Tulung Agung	Bantaeng
Cianjur	Grobogan	Blitar	Bone
Ciamis	Pati	Malang	Pinrang
Kuningan	Batang	Nganjuk	Wajo
Sumedang	Tegal	Jombang	Soppeng
	Purbalingga	Sidoarjo	Luwu
	Kebumen	Gresik	Tana Toraja
	Temanggung	Lamongan	
	Karang Anyar	Tuban	
	Kendal	Lumajang	
	Kudus	Probolinggo	
	Pekalongan	Jember	
8	15	15	10

Tabel 6. Profinsi Terpilih Untuk Kegiatan Jambore KRR Pramuka

Dari buku Laporan Akuntabilitas Tahun anggaran 2006-2007 terdapat data yang menyatakan bahwa selama kegiatan Jambore Pramuka ini terjaring rata-rata 105 orang remaja Pramuka dan 20 orang peserta umum dari Propinsi per hari yang telah mendapatkan pendidikan KRR dari kegiatan ini.⁹²

⁹² BKKBN, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah: Direktorat Remaja dan*

4. Situs Ceria

Memasuki tahun 2000, teknologi Internet mulai mendapatkan perhatian dari masyarakat. Hingga Desember 2002 diperkirakan terdapat 2 juta jiwa yang telah mengakses internet. Pada tahun yang sama juga diperkirakan jumlah pengguna internet akan melonjak tajam menjadi 18 juta orang pada 2005, dan menjadi 20 juta pada 2007.⁹³

Semakin merakyatnya teknologi internet maka BKKBN memanfaatkannya dengan meluncurkan Situs Ceria pada Maret 2002. Situs ini merupakan salah satu upaya BKKBN melalui jalur media dalam mempromosikan KRR dan upaya untuk menyediakan materi-materi yang dibutuhkan. Konsep situs yang merupakan akronim dari Situs Cerita Remaja Indonesia ini pada awal pembentukannya dirancang sebagai wadah informasi mengenai KRR baik untuk remaja, fasilitator remaja, hingga orang tua. Namun dalam perkembangannya situs yang tadinya bersifat statis ini kemudian berubah menjadi dinamis dengan keterlibatan pengunjung. Pengunjung tidak hanya dapat mengakses informasi mengenai KRR, namun dapat mengirimkan tulisannya, baik dalam bentuk makalah, cerita sehari-hari, hingga hasil penelitian. Hal ini merupakan sarana hubungan timbal balik antara pembuat kebijakan di pusat dengan para remaja dan fasilitator di seluruh Indonesia.

Situs yang materinya dikelola oleh Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi ini merupakan hasil kerjasama Indonesia

⁹³ Internet World Sites, Indonesia (http://www.internetworldsites.com/indonesia/)

dengan Bank Dunia, yang kemudian pada 2005, setelah pengunjung telah mencapai 12.966, segala biaya pemeliharaan situs ini dilimpahkan kepada pemerintah melalui alokasi dana APBN setiap tahunnya. Dari sejak diluncurkannya situs ini hingga Oktober 2010 telah dikunjungi sebanyak 1.434.025 pengunjung, atau rata-rata sekitar 398 orang per hari.

D. Kendala Pelaksanaan Program KRR

Dalam perjalanannya, seperti pencapaian program ICPD dan MDGS yang lainnya, pencapaian dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi, khususnya pada remaja, dan HIV/AIDS juga memiliki kendala. Dari wawancara dengan Drs. Indrawarman, penulis setidaknya mencatat 5 kendala utama yang dihadapi di lapangan, khususnya oleh BKKBN, yakni:

1. Lemahnya koordinasi pemerintah

HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi merupakan isu yang melibatkan banyak aspek. Dalam pelaksanaannya, program-program pemerintah yang berkaitan dengan pemberantasan HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi dijalankan oleh banyak lembaga, diantaranya adalah oleh Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan, Departemen Agama dan BKKBN. Dari setidaknya empat lembaga negara tersebut masih sering terjadi pengkotak-kotakan arah kebijakan, yang pada akhirnya akan menimbulkan perbedaan tujuan dan program-program yang tumpang tindih.

2. Masih kurangnya anggaran yang dialokasikan pemerintah

BKKBN yang secara khusus menangani PIK-KRR dan beberapa program lainnya menemukan kurangnya alokasi dana dari pemerintah. Sebagai contoh, PIK-KRR saja, yang jumlahnya 6.093 buah, seluruh pembiayaan operasionalnya berasal dari anggaran BKKBN, yang dialokasikan dari (Anggaran Pembelanjaan Nasional) APBN.

3. Faktor nilai-nilai budaya dan tradisi.

Di beberapa daerah di Indonesia, khususnya di daerah-daerah pedesaan, isu kesehatan reproduksi pada remaja, apalagi yang menyangkut isu seksualitas, masih sering dianggap sebagai sebuah isu yang tidak pantas untuk dibahas.

4. Masih kurangnya dukungan masyarakat.

Adanya sikap apriori dalam memandang isu kesehatan reproduksi remaja sebagai akibat dari kesalah pahaman terhadap nilai budaya dan tradisi, kemudian semakin diperparah dengan tingkat pendidikan orang tua yang masih rendah, khususnya di daerah-daerah pedesaan, mempengaruhi sikap orang tua dan tokoh masyarakat dalam merespon kegiatan program-program KRR. Drs. Indrawarman, menyatakan bahwa di lapangan masih ditemukan beberapa kasus orang tua yang melarang anak remajanya untuk hadir dalam diskusi mengenai kesehatan reproduksi.

5. Kendala geografis.

Bentuk geografis Indonesia yang memiliki 17.504 pulau, baik yang dihuni atau yang tidak, membuat upaya promosi program-program pemerintah menjadi sedikit terkendala. Walau Drs. Indrawarman memahami keadaan geografis ini sebagai sebuah kendala, namun beliau menata-

ini tidak dapat dijadikan masalah. Dimasa desentralisasi seperti sekarang ini, BKKBN tidak lagi menerapkan sistem terpusat, namun sistim berantai. Hal ini berarti bahwa BKKBN pusat hanya bertanggung jawab pada tingkat propinsi dan kabupaten, kemudian selanjutnya adalah BKKBN tingkat propinsi dan kabupaten yang bertanggung jawab atas tercapainya program-program tersebut di level yang lebih bawah. BKKBN pusat hanya bertanggung jawab dalam hal monitoring dan evaluasi.