

BRIEF NOTES



RINGKASAN STUDI

“Prioritaskan Kesehatan Reproduksi Remaja Untuk Menikmati Bonus Demografi”

Indonesia diprediksi akan mendapat bonus demografi, yaitu kondisi ketika penduduk berusia produktif sangat besar sementara usia muda atau anak-anak semakin kecil dan usia lanjut masih tidak terlalu besar proporsinya, pada tahun 2020-2030. Siapa gerangan kelompok usia produktif di tahun 2020-2030 tersebut? Tak lain dan tak bukan adalah mereka yang termasuk dalam kelompok penduduk remaja saat ini. Agar dapat menikmati bonus demografi, remaja sekarang menjadi penentunya. Jika remaja ini menjadi sumber daya manusia yang berkualitas di tahun 2020-2030, maka bonus demografi dapat dinikmati. Tetapi jika remaja sekarang ini menjadi sumber daya yang tidak berkualitas, maka bonus demografi tidak akan sepenuhnya dinikmati.

KEY POINTS

1. Remaja menjadi penentu untuk menikmati Bonus Demografi
2. Kualitas remaja sebagai sumber daya sangat mempengaruhi Bonus Demografi
3. Masih banyak remaja yang melakukan perilaku berisiko
4. Perlu perhatian dan penanganan agar remaja tidak melakukan perilaku berisiko agar menjadi SDM yang berkualitas

PENDAHULUAN

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10 hingga 19 tahun. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun. Sementara itu, menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Perbedaan definisi tersebut menunjukkan bahwa tidak ada kesepakatan universal mengenai batasan kelompok usia remaja. Namun begitu, masa remaja itu diasosiasikan dengan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Masa ini merupakan periode persiapan menuju masa dewasa yang akan melewati beberapa tahapan perkembangan penting dalam hidup. Selain kematangan fisik dan seksual, remaja juga mengalami tahapan menuju kemandirian sosial dan ekonomi, membangun identitas, akuisisi kemampuan (*skill*) untuk kehidupan masa dewasa serta kemampuan bernegosiasi (*abstract reasoning*) (WHO, 2015).

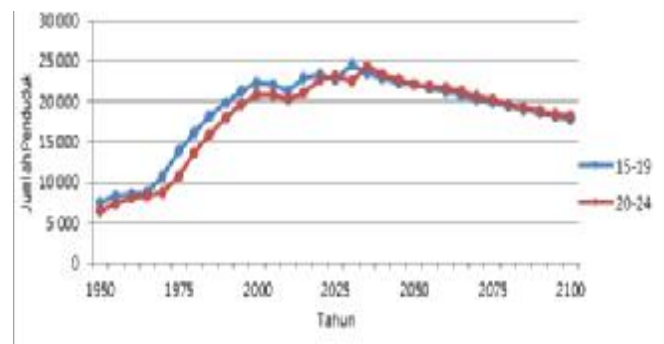
Pada masa remaja terjadi perubahan fisik dan seksual yang signifikan sehingga ketertarikan seksual terhadap lawan jenis cukup besar dan dorongan seksual juga berkembang. Menurut Erikson (1950; 1963), remaja akan beradaptasi dengan perubahan tubuhnya serta belajar menerima perbedaan dengan individu lain, baik fisik maupun ideologi.

Perubahan fisik yang pesat dan perubahan hormonal merupakan pemicu masalah kesehatan remaja serius karena timbulnya dorongan motivasi seksual yang menjadikan remaja rawan terhadap penyakit dan masalah kesehatan reproduksi (*kespro*), kehamilan remaja dengan segala konsekuensinya yaitu hubungan seks pranikah, aborsi, Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV-AIDS serta narkoba (Margaretha, 2012)

Dibandingkan situasi dua puluh tahun lalu, kaum muda saat ini: 1) memasuki masa remaja lebih cepat dan lebih sehat (RISKESDAS, 2010), 2) cenderung menghabiskan masa remaja lebih banyak di sekolah (www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1525), 3) cenderung menunda masuk ke pasar kerja, dan 4) cenderung menunda perkawinan dan melahirkan (BPS dan UNICEF, 2015).

Hasil Survei Penduduk Antar Sensus 2015 menunjukkan bahwa penduduk usia 15-24 tahun mencapai 42.061,2 juta atau sebesar 16,5 persen dari total penduduk Indonesia. Hasil Proyeksi Penduduk menunjukkan bahwa jumlah penduduk usia remaja ini akan mengalami peningkatan hingga tahun 2030 dan kemudian menurun sesudahnya (Gambar 1). Perubahan jumlah penduduk usia remaja tersebut terkait dengan transisi demografi di Indonesia, dimana angka fertilitas yang menurun telah mengubah struktur usia penduduk. Awalnya, proporsinya terbesar adalah penduduk muda (usia 0-14 tahun). Namun seiring

dengan menurunnya fertilitas, terjadi perubahan dimana proporsi penduduk yang dominan bukan lagi penduduk muda tetapi penduduk usia produktif (15-64). Di antara mereka yang ada dalam kelompok usia produktif tersebut adalah remaja usia 15-24 tahun. Mereka inilah yang kelak akan menjadi kelompok penduduk dewasa dan tua pada tahun 2030.



Gambar 1. Jumlah Penduduk Usia 15-24 tahun, Indonesia, 1950-2100

Sumber: *World Population Prospects, UN Population Division (2015)*

KARAKTERISTIK REMAJA

Pada tahun 2016, sebagian besar remaja usia 15-19 masih bersekolah, namun ditemukan bahwa hampir seperempatnya sudah bekerja. Sementara itu, sebagian besar remaja usia 20 tahun ke atas sudah memasuki pasar kerja. Bila dilihat menurut jenis kelamin, persentase remaja laki-laki yang bekerja lebih tinggi dibandingkan perempuan, namun sebaliknya persentase remaja perempuan yang termasuk dalam kegiatan lainnya, dimana termasuk mengurus rumah tangga, menunjukkan persentase yang besar (Tabel 1).

Tabel 1. Persentase Penduduk Usia 15-29 Tahun menurut Kegiatan Utama, 2016

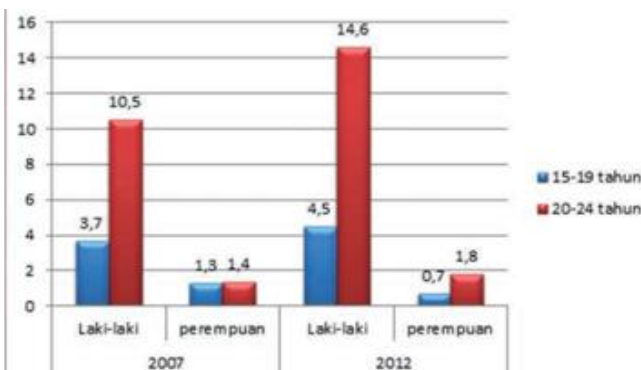
	Bekerja	Menganggur	Sekolah	Lainnya	Total
Kelompok Usia					
15-19	20.36	7.96	62.89	8.79	100
20-24	58.04	10.89	12.01	19.06	100
25-29	69.42	5.29	0.77	24.52	100
Jenis Kelamin					
Laki-laki	59.81	10.03	25.44	4.72	100
Perempuan	37.62	6.08	26.16	30.15	100
Total	48.82	8.07	25.79	17.32	100

Sumber: *diolah dari Sakernas 2016*

PERILAKU BERISIKO

Yang dimaksud dengan perilaku berisiko adalah perilaku yang berisiko terhadap kesehatan (merokok, narkoba, minuman keras), berisiko terhadap masa depan (putus sekolah, kehamilan tidak diinginkan, konsep diri yang tidak cukup) dan berisiko terhadap lingkungan sosialnya (pengangguran, kriminalitas). Oleh karena itu, perilaku berisiko dapat membahayakan aspek-aspek psikososial sehingga remaja sulit berhasil dalam melalui masa perkembangannya. Berikut adalah beberapa temuan terkait dengan perilaku berisiko pada remaja.

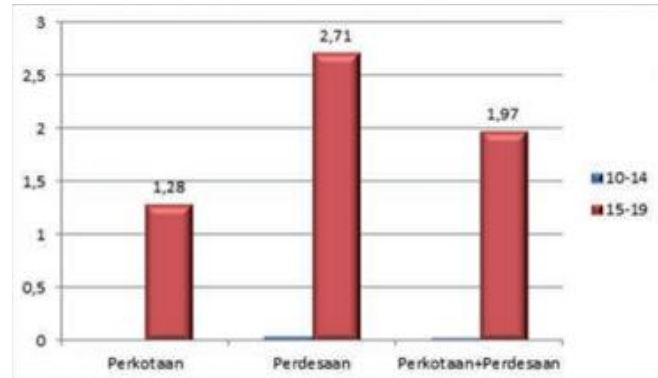
Secara umum, remaja laki-laki yang menyatakan pernah melakukan hubungan seks pra nikah lebih banyak dibandingkan remaja perempuan (Gambar 2). Dibandingkan dengan tahun 2007, bahkan persentasenya cenderung meningkat. Padahal, seks pra nikah pada remaja berisiko terhadap terjadinya kehamilan di usia muda dan penularan penyakit menular seksual. Kehamilan yang tidak direncanakan pada remaja perempuan dapat berlanjut pada aborsi dan pernikahan dini. Kedua risiko ini akan berdampak pada masa depan remaja tersebut, janin yang dikandung dan keluarga remaja tersebut.



Gambar 2. Persentase Seks Pra Nikah pada Remaja Tahun 2007 dan 2012

Sumber: BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan, ICF International, SKRRI 2007 dan 2012

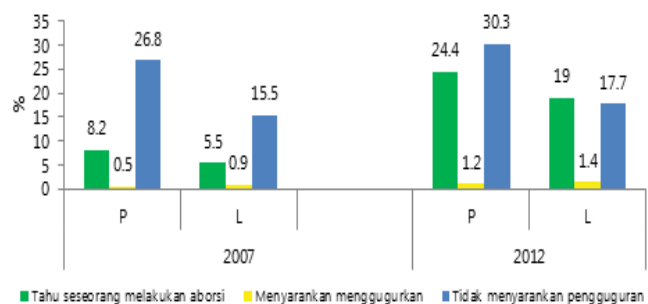
Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menemukan bahwa kehamilan pada usia kurang dari 15 tahun terutama terjadi di perdesaan, meskipun dengan proporsi yang sangat kecil (0,03%). Sementara itu, proporsi kehamilan di usia 15-19 tahun adalah sebesar 1,97 persen, dengan proporsi di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan (Gambar 3).



Gambar 3. Proporsi Kehamilan Remaja Indonesia, 2013

Sumber: Kementerian Kesehatan, Riskesdas 2013

Terkait dengan informasi mengenai aborsi, pada laporan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2012 ditemukan bahwa persentase remaja yang mengetahui ada orang yang melakukan praktek aborsi cenderung meningkatkan bila dibandingkan dengan tahun 2007. Di sisi lain, dukungan terhadap praktek aborsi pun turut meningkat (Gambar 4). Dalam studinya terhadap remaja di Indonesia, Permana (2011) menemukan 12,5 persen remaja yang tidak memiliki pemahaman tentang kespro yang menyetujui praktek aborsi. Sementara itu, proporsi remaja yang memiliki pemahaman kespro yang setuju praktek cenderung lebih kecil, yaitu 9 persen. Analisis inferensial menunjukkan bahwa remaja yang memiliki pemahaman mengenai kespro memiliki sifat permisif terhadap aborsi 0,8 kali lebih rendah daripada remaja yang tidak memiliki pemahaman mengenai kespro.



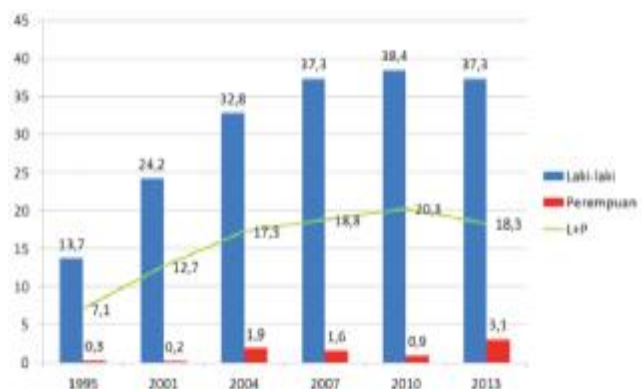
Gambar 4. Persentase Remaja menurut Pengetahuan tentang Pengalaman Aborsi Orang Lain, 2007 dan 2012

Sumber: BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan, ICF International, SKRRI 2007 dan 2012

Menurut Strickler (2002) dalam Permana (2011), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pola pikir remaja sehingga bersikap permisif terhadap aborsi, yaitu (i) sistem pendidikan yang modern membentuk generasi

dengan pola pikir yang sekuler terutama dalam hal pengaturan kesuburan; (ii) partisipasi perempuan di pasar kerja yang meningkat akan terhalang jika terjadi kehamilan yang tidak diinginkan akibat aktivitas seksual yang juga meningkat; (iii) kesetaraan gender seakan memberikan hak bagi perempuan untuk memutuskan akan melanjutkan atau tidak suatu kehamilan; serta (iv) faktor sosioekonomi yang juga menjadi pemicu perubahan pola pikir remaja terhadap aborsi. Permana (2011) menemukan bahwa sikap permisif terhadap praktek aborsi dipengaruhi oleh tiga aspek utama, yaitu aspek kognitif, aspek afektif dan aspek konatif. Aspek kognitif yang berpengaruh adalah pemahaman tentang kespro dan peran lingkungan jauh seperti media massa, petugas kesehatan dan organisasi sosial/masyarakat sebagai sumber informasi.

Data dari berbagai survei menemukan bahwa prevalensi merokok usia remaja utamanya 15-19 tahun terus meningkat dengan prevalensi remaja laki-laki jauh melampaui prevalensi remaja perempuan (Gambar 5). Prevalensi remaja laki-laki merokok sedikit menurun dari tahun 2010 sebesar 38 persen menjadi 37 persen di tahun 2013. Menurut TCSC dan IAKMI (2010), usia merokok pertama bergeser ke usia yang lebih muda, yaitu 5-9 tahun dengan prevalensi tertinggi pada usia di atas 15 tahun. Prevalensi merokok di kelompok usia tersebut meningkat dari 0,4 persen (2001) menjadi 1,9 persen (2007). Menurut data RISKESDAS tahun 2010, prevalensi merokok remaja berusia 15-24 tahun sebesar 36,7 persen. Di antaranya, 65,9 persen adalah laki-laki; 37,4 persen tinggal di perdesaan; dan 37,8 berpendidikan rendah (tidak tamat SD). Kelompok usia 15-19 tahun adalah usia mulai merokok yang paling tinggi, proporsinya mencapai 43,3 persen, disusul dengan usia 20-24 tahun yang proporsinya hanya 14,6 persen.



*) data tahun 2007, 2010, 2013 adalah tembakau hisap dan kunyah
 **) catatan konsumsi tembakau tiap hari dan kadang kadang

Gambar 5. Prevalensi Konsumsi Tembakau Remaja Usia 15-19 Tahun

Sumber: SUSENAS 1995, SKRT 2001, SUSENAS 2004, RISKESDAS 2007, 2010, 2013

Berdasarkan data SKKRI, terjadi peningkatan proporsi remaja yang mengonsumsi minuman beralkohol. Pada tahun 2012, remaja laki-laki yang mengonsumsi alkohol sebesar 39 persen, meningkat dibandingkan tahun 2002-2003 yang proporsinya sebesar 34 persen (Tabel 2). Dari 39 persen tersebut terdiri 23 persen yang pernah berhenti (mantan), 16 persen kadang-kadang minum dan kurang dari 1 persen adalah yang minum setiap hari. Proporsi remaja perempuan yang meminum alkohol meningkat, dari 2,5 persen (2002-2003) menjadi 6 persen (2007) dan 5 persen di tahun 2012.

Tabel 2. Persentase Remaja yang Pernah/Sekarang Peminum, dan Pemakai Narkoba

	2002/2003		2007		2012	
	P	L	P	L	P	L
Perilaku Minum alkohol						
Bukan peminum	97,5	65,8	93,7	60,7	95,4	61,2
Mantan	1,7	17,5	4,1	20,3	3,5	22,9
Kadang-kadang	0,9	15,7	1,6	18,4	1,0	15,6
Setiap hari	-	1,1	0	0,5	0	0,2
Penggunaan Narkoba						
Tidak pernah		92,5		94,2		95,7
Dihisap		6,0		4,5		3,0
Dihirup		0,8		0,6		0,6
Disuntik		0,3		0,1		0,1
Diminum		1,8		1,8		1,7

Sumber: BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan dan ICF Internasional. SKRRI 2002, 2007 dan 2012

Survei yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia bersama Badan Narkotika Nasional (PPKUI-BNN, 2016) menemukan adanya kecenderungan angka prevalensi penyalahgunaan narkoba seiring dengan semakin tingginya tingkat pendidikan. Remaja bersekolah SMP memiliki angka prevalensi terendah, dan tertinggi adalah perguruan tinggi. Namun, pada tahun 2016, angka prevalensi narkoba di tingkat SMA relatif tidak jauh berbeda dibandingkan dengan perguruan tinggi. Mereka yang pernah pakai narkoba relatif sama besar (4,3%) antara SMA dan perguruan tinggi. Akan tetapi, pada tahun 2016, pada kelompok yang pakai narkoba dalam setahun terakhir, mereka yang di SMA (2,4%) lebih tinggi dibandingkan perguruan tinggi (1,8%).

Terkait perilaku merokok, alkohol dan seks pra nikah, berdasarkan hasil survei tersebut diketahui bahwa merokok, minum alkohol dan perilaku seks pra nikah adalah salah satu yang mempengaruhi penyalahgunaan narkoba. Hasil survei tersebut menunjukkan bahwa pelajar/mahasiswa penyalahguna narkoba jauh lebih banyak yang merokok, sebesar 3-4 kali lebih banyak. Sama halnya dengan perilaku minum alkohol, pelajar dan mahasiswa penyalahguna yang minum alkohol jauh lebih banyak 8-9 kali dibandingkan dengan yang tidak minum alkohol. Sementara itu, pelajar dan mahasiswa penyalahguna narkoba 4-7 kali lebih banyak terkait perilaku seks pra nikah.

Perkembangan kasus HIV/AIDS di Indonesia masih menjadi persoalan dan menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun dengan jumlah tertinggi ada pada provinsi Papua, Jawa Timur dan DKI Jakarta. Secara kumulatif, penderita AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2016 adalah sebanyak 86.780 orang. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok usia 20-29 tahun (31,4%). Sementara itu, untuk usia 15-19 tahun adalah sebesar 2,7 persen (Ditjen PP & PL, Kementerian Kesehatan RI, 2016).

PENUTUP

Seorang remaja dapat dikatakan berkualitas apabila mereka sudah mempersiapkan diri dengan banyak bekal ilmu-ilmu yang mampu memunculkan produktivitas dalam diri mereka. Lalu siapkah remaja pada hari ini menjadi penopang kesuksesan bonus demografi pada waktunya nanti?

Pilihan yang dibuat remaja pada masa ini akan menentukan sukses tidaknya mereka sebagai orang dewasa kelak. Oleh karenanya, penting bagi remaja untuk memahami apa saja yang harus mereka persiapkan agar menjadi seorang dewasa yang berhasil menghadapi tantangan dunia. Jumlah remaja yang besar dan arus informasi yang tidak terkendali dapat berdampak positif maupun negatif bagi remaja. Apabila tidak dikendalikan dan dibina, dua hal tersebut dapat menyebabkan tumbuhnya remaja yang berpotensi hidup tidak sehat. Pembinaan remaja perlu dilakukan melalui dua sisi. Di satu sisi, pembinaan dilakukan untuk membantu remaja menghadapi tantangan hidup masa sekarang. Di sisi lain, pembinaan perlu juga dilakukan untuk mempersiapkan kehidupan di masa mendatang.

Apabila tidak mampu menghadapi bonus demografi, maka yang terjadi ialah ledakan pengangguran usia produktif yang akan memicu berbagai persoalan seperti meningkatnya kriminalitas, meningkatnya beban pemerintah dalam hal kesejahteraan sosial, disparitas pendapatan yang cukup tajam antara yang terampil dan tidak terampil serta meningkatkan persaingan dalam penguasaan sumber daya alam. Karena itu, penyiapan sumber daya manusia yang mampu bersaing secara global atau mampu menciptakan lapangan pekerjaan dinilai sebagai persyaratan utama. Dengan begitu, dibutuhkan peningkatan mutu modal dengan peningkatan kesehatan, pendidikan dan IPTEK, pendidikan berkualitas dan setara untuk perempuan. Pendidikan murah dan bantuan biaya pendidikan bagi golongan miskin diharapkan dapat memacu naiknya angka partisipasi sekolah. Angka partisipasi sekolah yang tinggi pada kelompok usia 15-24 tahun akan menciptakan angkatan kerja yang berkualitas dan terampil. Jenjang pendidikan yang tinggi diharapkan dapat menjadi bekal utama menghadapi persaingan tenaga kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS). (2012). 'Survei Keadaan Angkatan Kerja (SAKERNAS)'. Jakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik (BPS), (2010), 'Sensus Penduduk Indonesia 2010'. Diunduh dari <http://sp2010.bps.go.id/>.
- BPS dan UNICEF. (2015). Analisis Data Perkawinan Usia Anak.
- BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan dan ICF Macro International, (2008), Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2007, dan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2012 (Adolescent Reproductive Health), Badan Pusat Statistik (BPS)-Statistics Indonesia dan Macro International, (2013), BPS and Macro International.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton, dan Erikson, (1963). *Youth: Change and challenge*. Basic books. <https://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1525>.
- Kementerian Kesehatan RI. Pusat Data dan Informasi. t.t.

Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Diunduh dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin%20reproduksi%20remaja-ed.pdf> pada 19 Juli 2017.

Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan dan IAKMI, (2014), 'Bunga Rampai Fakta Tembakau dan Permasalahannya di Indonesia'.

Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan. (2012). 'Riset Kesehatan Dasar 2012'. Jakarta

Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal P2PL, dr. H.M. Subuh, MPPM tertanggal 18 Mei 2016

Kementerian Kesehatan, RISKESDAS 2010.

Margaretha. (2012). Psikopatologi dan Perilaku Beresiko Remaja

Permana, W. (2011). 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap Permisif Terhadap Aborsi pada Remaja Tidak Kawin Usia 15-24 Tahun (Analisis Data SKRRI 2007)', Tesis Magister. Depok: Universitas Indonesia

Ringkasan Eksekutif Hasil Survei BNN-PPK UI Tahun 2016

World Health Organization (WHO). (2015), 'Adolescent Development: Topics at Glance', diunduh dari http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/#

Penulis



Dra. Merry Kusumaryani, M.Si.
(Lembaga Demografi FEB, Universitas Indonesia)

Editor

Endang Antarwati, S.E., M.SE.
(Lembaga Demografi FEB, Universitas Indonesia)


Lembaga Demografi
Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Indonesia

Gedung A | Gd. Nathanael Iskandar
Lantai 2 dan 3
Fakultas Ekonomi dan Bisnis
Universitas Indonesia
DEPOK 16424

 TLP: +62 21 787 2911
 FAX: +62 21 787 2909

 info@ldfebui.org

 @ldfebui

 Fanpage:
Lembaga Demografi
FEB UI

 www.ldfebui.org