

ISBN 978-623-7550-47-1

PANDUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA

PANDUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA



Meitria SN, dkk

 083867708263

 cv.mine7

 mine mine


Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-47-1



9 786237 550471



cv.Mine

BUKU PANDUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA

Disusun oleh :

Meitria Syahadatina Noor
Husaini
Andini Octaviana Puteri
Dian Rosadi
Vina Yulia Anhar
Nur Laily
Fahrini Yulidasari
Ayu Riana Sari
Fauzie Rahman
M. Irwan Setiawan
Lia Anggraini
Hadianor
Husnul Fatimah

Editor:

Atikah Rahayu
Farid Ilham Muddin



BUKU PANDUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA

Oleh :

Meitria Syahadatina Noor

Husaini

Andini Octaviana Puteri

Dian Rosadi

Vina Yulia Anhar

Nur Laily

Fahrini Yulidasari

Ayu Riana Sari

Fauzie Rahman

M. Irwan Setiawan

Lia Anggraini

Hadianor

Husnul Fatimah

Editor:

Atikah Rahayu

Farid Ilham Muddin

Hak Cipta © 2020, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© **HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG**

Cetakan ke-1 Tahun 2020

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182

Telp: 083867708263 Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-47-1

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuknya dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang juga diharapkan menjadi pegangan bagi para mahasiswa kesehatan masyarakat untuk mengenal, mempelajari, dan memahami reproduksi pada remaja.

Semoga buku ini memberikan manfaat besar meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum. Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi penyusunan buku ajar ini. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepustakaan yang tercantum dalam daftar referensi.

Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku bacaan yang praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami reproduksi pada remaja.

Banjarbaru, Agustus 2020

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
BAB I SIKLUS REPRODUKSI REMAJA LAKI-LAKI	
A. Sistem reproduksi laki-laki	1
B. Konsep Reproduksi Remaja.....	7
C. Perubahan fisik pada masa remaja.....	13
D. Tugas perkembangan remaja	14
E. Kebutuhan riil remaja	15
BAB II SIKLUS REPRODUKSI PEREMPUAN	
A. Kesehatan reproduksi.....	18
B. Konsep remaja	22
BAB III SIKLUS MENSTRUASI	
A. Definisi menstruasi	29
B. Fisiologis Menstruasi	30
C. Gangguan pada Menstruasi.....	32
D. Perawatan organ reproduksi remaja saat menstruasi	34

**BAB IV SINDROM PREMENSTRUASI DAN
DISMENOREA**

- A. Sindroma premenstruasi.....38
- B. Dismenorea54

BAB V PERILAKU BERISIKO PADA REMAJA (*Free Sex* dan NAPZA)

- A. Pengertian remaja.....61
- B. Perilaku berisiko pada remaja.....61
- C. Kasus *Free Sex* dan NAPZA di dunia.....64
- D. Kasus *Free Sex* dan NAPZA di Indonesia.....65
- E. Upaya Penanggulangan67

**BAB VI PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI
REMAJA: KONSELING SEBAYA DAN
KOMUNIKASI ORANGTUA-REMAJA**

- A. Konseling Sebaya.....72
- B. Komunikasi Orantua-remaja.....85

**BAB VII PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI
REMAJA: PROGRAM PUSAT INFORMASI DAN
KONSELING REMAJA (PIK-R)**

- A. Pengertian PIK-R105
- B. Tujuan PIK-R.....106
- C. Ruang Lingkup PIK-R109

D. Kebijakan dan Strategi Pengelolaan PIK-R.....	109
E. Pembentukan PIK-R	111
F. Kegiatan PIK-R.....	113
G. Tahap Pengembangan PIK-R.....	119
H. Evaluasi Keberhasilan Berdasarkan Pengembangan PIK-R.....	129

**BAB VIII PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI
REMAJA: PROGRAM BINA KELUARGA REMAJA
(BKR)**

A. Pengertian BKR	131
B. Tujuan BKR	132
C. Sasaran BKR.....	133
D. Kegiatan BKR.....	135
E. Pengembangan Kegiatan BKR	140
F. Pendekatan dalam pengembangan kegiatan kelompok BKR.....	142
G. Pemantapan Kegiatan BKR	143

**BAB IX PERNIKAHAN DINI DAN UPAYA
PENCEGAHAN**

A. Pernikahan Dini	144
B. Upaya Pencegahan Pernikahan Dini.....	146

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Fluktuasi Kadar Hormon dalam Satu Siklus Menstruasi	42
Gambar 9. 1 Masa Transisi Kehidupan Yang Baik	147

BAB I

SIKLUS REPRODUKSI REMAJA LAKI-LAKI

A. Sistem reproduksi laki-laki

1. Anatomi dan Fisiologi Organ Reproduksi Pria

a. Testis pada Manusia

Testis merupakan organ kelamin jantan yang berfungsi sebagai tempat sintesis hormon androgen (terutama testosteron) dan tempat berlangsungnya proses spermatogenesis. Kedua fungsi testis ini menempati lokasi yang terpisah di dalam testis. Biosintesis androgen berlangsung dalam sel Leydig di jaringan inter tubuler, sedangkan proses spermatogenesis berlangsung dalam epitel tubulus seminiferus (Syahrums, 1994). Testis merupakan sepasang struktur berbentuk oval, agak gepeng dengan panjang sekitar 4 cm dan diameter sekitar 2,5 cm. Bersama epididimis, testis berada di dalam skrotum yang merupakan sebuah kantung ekstra abdomen tepat di bawah penis.

Dinding pada rongga yang memisahkan testis dengan epididimis disebut tunika vaginalis. Tunika vaginalis dibentuk dari peritoneum intra abdomen yang bermigrasi ke dalam skrotum primitif selama perkembangan genitalia interna pria.

Setelah migrasi ke dalam skrotum, saluran tempat turunnya testis (prosesus vaginalis) akan menutup (Heffner & Schust, 2006).

Kedua testis terletak di dalam skrotum dan menghasilkan spermatozoa dan hormon, terutama testosteron. Permukaan masing-masing testis tertutup oleh lamina viseralis tunika vaginalis, kecuali pada tempat perlekatan epididimis dan funikulus spermatikus. Tunika vaginalis ialah sebuah kantong peritoneal yang membungkus testis dan berasal dari *processus vaginalis* embrional. Sedikit cairan dalam rongga tunika vaginalis memisahkan lamina visceralis terhadap lamina parietalis dan memungkinkan testis bergerak secara bebas dalam skrotum. Arteria testicularis berasal dari aorta pars abdominalis, tepat pada kaudal arteria renalis. Vena-vena meninggalkan testis dan berhubungan dengan plexus pampiriformis yang melepaskan vena testikularis dalam canalis inguinalis. Aliran limfe dari testis disalurkan ke nodi lymphoide lumbalis dan nodi lymphoidei preaortici. Saraf otonom testis berasal dari plexus testicularis sekeliling arteria testicularis (Moore, 2002).

Testis mengandung banyak tubulus seminiferus. Tubulus seminiferus tersebut terdiri atas deretan sel epitel yang akan mengadakan pembelahan mitosis dan meiosis sehingga menjadi

sperma. Sel-sel yang terdapat di antara tubulus seminiferus disebut interstitial (leydig). Sel ini menghasilkan hormon seks pria yang disebut testosteron (Syahrums, 1994).

Menurut Saryono (2008), sel yang berperan dalam testis adalah:

- 1) Tubulus seminiferus, bagian utama dari massa testis yang bertanggung jawab terhadap produksi sekitar 30 juta spermatozoa per hari selama masa produksi. Sel ini terdiri dari sperma dan sel sertoli.
- 2) Sel leydig (sel interstitial), menyusun komponen endokrin utama yang bertanggung jawab menghasilkan testosteron.
- 3) Sel sertoli

Testis terdiri atas 900 lilitan tubulus seminiferus, yang masing-masing mempunyai panjang rata-rata lebih dari 5 meter. Sperma kemudian dialirkan ke dalam epididimis, suatu tubulus lain yang juga berbentuk lilitan dengan panjang sekitar 6 meter. Epididimis mengarah ke dalam vas deferens, yang membesar ke dalam ampulla vas deferens tepat sebelum vas deferens memasuki korpus kelenjar prostat. Vesikula seminalis, yang masing-masing terletak di sebelah prostat, mengalir ke dalam ujung ampulla prostat, dan isi dari ampulla dan vesikula seminalis masuk ke dalam duktus ejakulatorius terus melalui korpus

kelenjar prostat dan masuk ke dalam duktus uretra internus. Duktus prostatikus selanjutnya mengalir dari kelenjar prostat ke dalam duktus ejakulatorius. Akhirnya, uretra merupakan rantai penghubung terakhir dari sejumlah besar kelenjar uretra kecil yang terletak di sepanjang dan bahkan lebih jauh lagi dari kelenjar bulbouretralis (kelenjar Cowper) bilateral yang terletak di dekat asak uretra (Guyton, 2006).

Secara embriogenis, testis berkembang dari *gonadal ridge* yang terletak di dalam rongga abdomen. Pada bulan-bulan terakhir kehidupan janin, testis perlahan mulai turun keluar dari rongga abdomen melalui kanalis semi inguinalis masuk ke dalam skrotum. Meskipun waktunya bervariasi proses penurunan testis biasanya selesai pada bulan ke tujuh masa gestasi. Testis melaksanakan dua fungsinya yaitu menghasilkan sperma dan mengeluarkan testosteron (Guyton, 2006).

Sekitar 80% massa testis terdiri dari tubulus seminiferosa yang di dalamnya berlangsung proses spermatogenesis. Sel Leydig atau sel interstitium yang terletak di jaringan ikat antara tubulus-tubulus seminiferosa inilah yang mengeluarkan testosteron. Setelah disekresikan oleh testis, kurang lebih 97% dari testosteron berikatan lemah dengan plasma albumin atau berikatan kuat dengan beta globulin yang disebut hormon seks

binding globulin dan akan bersirkulasi di dalam darah selama 30 menit sampai satu jam. Pada saat itu testosteron ditransfer ke jaringan atau didegradasikan menjadi produk yang tidak aktif yang kemudian dieksresikan (Sherwood, 2004).

b. Epididimis pada Manusia

Epididimis merupakan suatu struktur berbentuk koma yang menahan batas posterolateral testis. Epididimis dibentuk oleh saluran yang berlekuk-lekuk secara tidak teratur yang disebut duktus epididimis. Duktus epididimis memiliki panjang sekitar 600 cm. Duktus ini berawal pada puncak testis yang merupakan kepala epididimis. Setelah melewati jalan yang berliku-liku, duktus ini berakhir pada ekor epididimis yang kemudian menjadi vas deferens (Heffner & Schust, 2006).

Epididimis terletak pada bagian dorsal lateral testis, merupakan suatu struktur memanjang dari bagian atas sampai bagian bawah testis. Organ ini terdiri dari bagian kaput, korpus dan kauda epididimis (Rugh, 1968). Epitel epididimis memiliki dua fungsi. Pertama, mensekresikan plasma epididimis yang bersifat kompleks tempat sperma tersuspensikan dan mengalami pematangan. Kedua, mengabsorpsi kembali cairan testikuler yang mengangkut sperma dari tubulus semineferus dan sperma yang sudah rusak (Heffner & Schust, 2006).

c. Vas Deferens pada Manusia

Vas deferens merupakan suatu saluran yang menghubungkan epididimis dan uretra. Letak vas deferens dimulai dari ujung kauda epididimis yang ada dalam kantung skrotum, lalu naik ke bagian atas lipat paha. Pada bagian ujungnya, vas deferens dikelilingi oleh suatu pembesaran kelenjar-kelenjar yang disebut ampula. Sebelum masuk ke uretra, vas deferens ini bergabung terlebih dahulu dengan saluran ekskresi vesika seminalis membentuk duktus ejakulatoris. Pada saat ejakulasi sperma dari epididimis diangkut melalui vas deferens dengan suatu seri kontraksi yang dikontrol oleh syaraf (Heffner & Schust, 2006)).

Vas deferens akan melalui kanalis inguinalis masuk ke dalam rongga tubuh dan akhirnya menuju uretra penis. Uretra penis dilalui oleh sperma dan urin. Sperma akan melalui vas deferens oleh kontraksi peristaltik dindingnya. Sepanjang saluran sperma terdapat beberapa kelenjar yang menghasilkan cairan semen. Sebelum akhir vas deferens terdapat kelenjar vesikula seminalis. Pada bagian dorsal buli-buli, uretra dikelilingi oleh kelenjar prostat. Selain itu terdapat juga kelenjar ketiga yaitu kelenjar Cowper. Keluar dari saluran reproduksi pria berupa semen yang terdiri dari sel sperma dan sekresi

kelenjar-kelenjar tersebut (semen plasma). Semen plasma berfungsi sebagai medium sperma dan dipergunakan sebagai buffer dalam melindungi sperma dari lingkungan asam saluran reproduksi wanita (Syahrums, 1994).

d. Kelenjar- kelenjar Aksesoris pada Organ Reproduksi Pria

Kelenjar-kelenjar aksesoris menghasilkan plasma semen yang memungkinkan sperma dapat bergerak aktif dan hidup untuk waktu tertentu. Kelenjar-kelenjar aksesoris tersebut adalah kelenjar Bulbourethra, kelenjar prostat, dan vesikula seminalis (Heffner & Schust, 2006).

B. Konsep Reproduksi Remaja

Perkembangan Remaja Menurut Soetjaningsih (2004) dalam tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan berikut:

1. Remaja awal (*early adolescent*): 11-13 tahun.

Dengan ciri khas: ingin bebas, lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berfikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.

2. Remaja madya (*middle adolescent*) : 14-16 tahun. Dengan ciri khas: mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal tentang seksual, mempunyai rasa cinta yang mendalam.
3. Remaja akhir (*late adolescent*) : 17-21 tahun
Dengan ciri khas: mampu berfikir abstrak, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta, pengungkapan kebebasan diri.

Tahapan ini mengikuti pola yang konsisten untuk masing-masing individu. Walaupun setiap tahap mempunyai ciri tersendiri tetapi tidak mempunyai batas yang jelas, karena proses tumbuh kembang berjalan secara berkesinambungan.

Terdapat ciri yang pasti dari pertumbuhan somatik pada remaja, yaitu peningkatan massa tulang, otot, massa lemak, kenaikan berat badan, perubahan biokimia, yang terjadi pada kedua jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan walaupun polanya berbeda. Selain itu terdapat kekhususan (*sex specific*), seperti pertumbuhan payudara pada remaja perempuan dan rambut muka (kumis, jenggot) pada remaja laki-laki.

Perkembangan fisik merupakan tahapan yang akan dilalui remaja, perkembangan fisik salah satunya yaitu terjadi ketika

alat kelamin mausia telah mencapai kematangannya atau secara ilmu faal alat-alat kelamin pria dan wanita sudah berfungsi secara sempurna, bisa membuahi untuk alat kelamin laki-laki dan dapat dibuahi untuk alat kelamin perempuan, hal ini berlaku apabila tidak ada gangguan pada alat reproduksinya (Sarwono, 2011).

Perkembangan kognitif, dalam pandangan Pieget dalam Santrock, 2001 dalam Yusuf (2006), remaja secara aktif membangun dunia kognitif mereka, dimana informasi yang didapatkan tidak langsung diterima begitu saja ke dalam skema kognitif mereka. Remaja telah mampu membedakan antara hal-hal atau ide-ide ini. Seorang remaja tidak saja mengorganisasikan apa yang dialami dan diamati, tetapi remaja mampu mengolah cara berpikir mereka sehingga memunculkan suatu ide baru.

Perkembangan sosial-psikologis remaja berkaitan dengan perkembangan psikologis dan pada identifikasi remaja dari anak-anak menjadi dewasa. Remaja mengalami perkembangan sosial seperti lebih suka berkelompok, beralih dari hanya memikirkan tentang dirinya sendiri ke arah menerima dan beradaptasi dengan orang lain terutama teman sebayanya.

Karakteristik remaja Menurut (Magdalena, 2010) Remaja awal memiliki ciri-ciri:

1. Cemas pada perkembangan fisik, hal ini berkaitan dengan perubahan fisik yang terjadi pada remaja baik laki-laki maupun perempuan, pada remaja laki-laki seperti tumbuh jakun, tumbuh bulu-bulu di seluruh tubuh termasuk kumis, mengalami mimpi basah dan perubahan pada suara menjadi “sember” hal ini berkaitan dengan dominannya hormon testosteron. Sedangkan pada remaja perempuan mengalami menstruasi dan kadang disertai nyeri dan pusing pada saat menstruasi, buah dada yang makin menonjol dan membesar, perubahan ini bisa mempengaruhi psikologinya karena risih dengan dirinya sendiri, takut diketahui teman dan orang lain.
2. Rangsangan nafsu menguat, hal ini terjadi akibat gejala hormon yang mengakibatkan remaja merasakan rangsangan dari nafsu seks. Respon yang biasanya diberikan oleh remaja dalam menghadapi rangsangan nafsu seks ada dua jenis yaitu menjadi sangat reaktif atau merasa malu dan menyembunyikannya, respon tersebut berbeda-beda pada setiap remaja.

3. Mempermasalahkan penampilan, remaja sangat peduli dengan penampilannya, hal yang dilakukan remaja seperti berlama-lama di depan cermin, mengunci diri di kamar, rajin ke salon, dan berbelanja baju-baju modis menyesuaikan tren. Namun tidak semua remaja menonjolkannya ada remaja yang malu-malu dan memilih diam dan tidak menonjolkan perubahannya dari segi penampilan.
4. Mulai mengenal geng, remaja mulai memilih temannya berdasarkan hobi yang sama termasuk olahraga, selera musik, fashion dan lain-lain, sehingga mulai mengelompokkan dirinya ke kelompok-kelompok kecil (*peer group*), hal ini dapat menimbulkan rasa berkompetisi dan iri hati di antara mereka yang kadang sampai pada perkelahian dan percecokan. Pada umumnya, hal ini akan mereda pada saat seorang remaja memasuki usia 17-19 tahun, mereka sudah menemui jati diri dan kedewasaan dalam menghadapi usia reproduksi. Namun, pada remaja yang mendapatkan dan mengalami pola asuh yang keliru atau pergaulan bebas yang menyimpang, akan terus memiliki jiwa yang meletup-letup, nafsu seks yang tak terkendali walaupun sudah berusia 20-an. Orang tua harus

menanamkan moral yang baik sejak masih kanak-kanak agar remaja tidak memiliki perilaku yang menyimpang dalam kehidupannya.

Organ reproduksi manusia mulai berkembang ke arah laki-laki atau perempuan ketika janin berusia tujuh minggu. Jika perkembangan yang berawal saat itu berlangsung normal, maka dapat diharapkan bahwa anak tersebut akan memiliki organ reproduksi yang berbentuk dan berfungsi normal. Kelainan perkembangan yang terjadi saat perkembangan embrional itu, misalnya anomali bentuk rahim, kandung telur tidak berkembang sempurna atau tumbuh ganda (perempuan memiliki dua lubang vagina). Pada laki-laki, dapat berupa testis tidak berkembang atau testis tidak turun sempurna atau penis tidak tumbuh wajar. Semua itu, akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melaksanakan fungsi reproduksinya kelak (Anas, 2010).

Organ reproduksi laki-laki meliputi testis (alat reproduksi laki-laki yang menggantung pada pangkal batang penis, yang menghasilkan sperma terus-menerus sejak masa remaja dan seterusnya selama masa hidupnya, setiap kali ejakulasi akan menghasilkan 100-300 juta sperma) dan penis (berbentuk

silindris yang berfungsi menyembrotkan cairan semen dan sperma ke dalam vagina) (Anas, 2010).

Rendahnya pengetahuan remaja tentang fungsi dan struktur alat-alat reproduksi membuat remaja mudah terpengaruh oleh informasi-informasi yang tidak benar dan membahayakan kesehatan reproduksinya. Pengetahuan mengenai fungsi dan struktur reproduksi akan mempengaruhi remaja dalam memperlakukan organ reproduksinya, yang akan berpengaruh pada kesehatan reproduksinya (Anas, 2010).

C. Perubahan Fisik pada Masa Remaja

Perubahan fisik dalam masa remaja merupakan hal yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan fisik yang sangat cepat untuk mencapai kematangan, termasuk organ-organ reproduksi sehingga mampu melaksanakan fungsi reproduksinya. Perubahan yang terjadi yaitu (Widyastuti, 2009):

1. Munculnya tanda-tanda seks primer; mimpi basah pada remaja laki-laki.
2. Munculnya tanda-tanda seks sekunder, yaitu: Pada remaja laki-laki; tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, suara

bertambah besar, dada lebih besar, badan berotot, tumbuh kumis diatas bibir, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak.

D. Tugas Perkembangan Remaja

Setiap tahap perkembangan akan terdapat tantangan dan kesulitan-kesulitan yang membutuhkan suatu ketrampilan untuk mengatasinya. Pada masa remaja, mereka dihadapkan kepada dua tugas utama, yaitu (Mukhatib, 2009):

1. Mencapai ukuran kebebasan atau kemandirian dari orang tua.

Pada masa remaja sering terjadi adanya kesenjangan dan konflik antara remaja dengan orang tuanya. Pada saat ini ikatan emosional menjadi berkurang dan remaja sangat membutuhkan kebebasan emosional dari orang tua, misalnya dalam hal memilih teman ataupun melakukan aktifitas. Sifat remaja yang ingin memperoleh kebebasan emosional sementara orangtua yang masih ingin mengawasi dan melindungi anaknya dapat menimbulkan konflik diantara mereka.

Pada usia pertengahan, ikatan dengan orangtua semakin longgar dan mereka lebih banyak menghabiskan waktunya bersama teman sebayanya. Pada akhir masa remaja, mereka

akan berusaha mengurangi kegelisahannya dan meningkatkan integritas pribadinya, identitas diri lebih kuat, mampu menunda pemuasan, kemampuan untuk menyatakan pendapat menjadi lebih baik, minat lebih stabil dan mampu membuat keputusan dan mengadakan kompromi. Akhir masa remaja adalah tahap terakhir perjuangan remaja dalam mencapai identitas diri. Bila tahap awal dan pertengahan dapat dilalui dengan baik, yaitu adanya keluarga dan kelompok sebaya yang suportif maka remaja akan mempunyai kesiapan untuk mampu mengatasi tugas dan tanggungjawab sebagai orang dewasa.

2. Membentuk identitas untuk tercapainya integrasi diri dan kematangan pribadi.

Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang panjang dan kompleks, yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang dan yang akan datang dari kehidupan individu, dan hal ini akan membentuk kerangka berfikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan.

E. Kebutuhan Riil Remaja

Kebutuhan riil remaja terkait hak mendapatkan informasi akurat tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi ini kadang

juga dibedakan berdasarkan variasi kelompok. Misalnya, kebutuhan remaja desa berbeda dengan remaja kota. Kerentanan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) antara 'remaja jalanan' (anak jalanan) dan remaja sekolah juga berbeda (Pinem, 2009).

Remaja yang bekerja sebagai buruh pabrik juga mempunyai karakteristik dan masalah- masalah yang berbeda dengan remaja yang bekerja di sektor informal, dan sebagainya. Sehingga pemenuhan kebutuhan ini butuh disesuaikan dengan konteks sosial dan budaya yang dihadapi masing-masing remaja. Namun demikian, secara umum kebutuhan riil menyangkut hak dasar remaja akan informasi terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi itu, antara lain sebagai berikut (Pinem, 2009):

1. Penyediaan layanan yang ramah dan mudah diakses bagi remaja, tanpa memandang usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan situasi keuangan mereka.
2. Adanya dukungan terpenuhinya hak setiap remaja untuk menikmati seks dan ekspresi seksualitas mereka dalam cara-cara yang mereka pilih sendiri.
3. Penyediaan informasi dan pemberian hak mendapatkan pendidikan mengenai reproduksi dan seksualitas. Informasi dan pendidikan yang diberikan ini harus mendorong terjadinya independensi dan keyakinan diri remaja, dan

memberikan pengetahuan agar mereka bisa membuat keputusan sendiri terkait reproduksi dan seksual mereka.

4. Adanya jaminan kerahasiaan dalam relasi sosial dan seluruh aspek dari seksualitas mereka.
5. Penyediaan informasi yang bisa diakses sesuai dengan perkembangan remaja.
6. Setiap remaja yang aktif secara seksual atau tidak; dan yang memiliki keragaman orientasi seksual bisa mendapatkan informasi agar mereka merasa nyaman dengan tubuh dan seksualitas mereka sendiri.
7. Setiap remaja mendapatkan persiapan untuk memiliki ketrampilan melakukan negosiasi dalam relasi sosialnya, termasuk dalam masa pacaran dan dalam melakukan tindakan seks yang lebih aman (bagi yang seksual aktif).

BAB II

SIKLUS REPRODUKSI REMAJA PEREMPUAN

A. Kesehatan Reproduksi

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Reproduksi secara sederhana dapat diartikan sebagai kemampuan untuk “membuat kembali”. Dalam kaitannya dengan kesehatan, reproduksi diartikan sebagai kemampuan seseorang memperoleh keturunan (beranak) (Baso, 1999). Menurut WHO dan ICPD (International conference on Population and Development) 1994 yang diselenggarakan di Kairo kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluru, meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan bukan sekedar tidak adanya penyakit atau gangguan segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsinya maupun proses reproduksi itu sendiri (Negara, 2005).

Menurut Mariana Amiruddin, definisi kesehatan reproduksi adalah sekumpulan metode, teknik, dan pelayanan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan reproduksi melalui pencegahan dan penyelesaian masalah kesehatan reproduksi yang mencakup kesehatan seksual, status kehidupan dan hubungan perorangan, bukan semata konsultasi dan

perawatan yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks (Mahfina, 2009).

2. Perkembangan Kesehatan Reproduksi Remaja

Perempuan

Menurut Robert Havinghurst dalam sarlito, seorang remaja dalam menghadapi tugas-tugas perkembangan sehubungan dengan perubahan-perubahan fisik dan peran sosial yang sedang terjadi pada dirinya. tugas-tugas itu adalah menerima kondisi fisiknya yang berubah (Sarwono, 2001). Masa remaja sebagai titik awal proses reproduksi menunjukkan persiapan strategi interfrensi perlu dimulai jauh sebelum masa usia subur. Nilai anak perempuan dan laki-laki dalam keluarga dan masyarakat, dan bagaimana perlakuan yang mereka terima merupakan faktor penting yang turut menentukan kesehatan reproduksi mereka dimasa datang. Bagi masa remaja awal, adanya kematangan jasmani (seksual) itu umumnya digunakan dan dianggap sebagai ciri-ciri primer akan datangnya masa remaja. Adapun ciri-ciri lain disebutnya sebagai ciri-ciri sekunder dan ciri-ciri tertier. Ciri-ciri sekunder wanita (Ahmadi, 2005):

- a) Pinggul semakin besar dan melebar.
- b) Kelenjar-kelenjar pada dada menjadi berisi (lemak).

c) Suara menjadi bulat, merdu, dan tinggi.

d) Muka menjadi bulat dan berisi

Adapun ciri-ciri tertier antara lain, ada perubahan cara bicara, cara tertawa, cara pakaian, jalannya, dan lain-lain. Prinsip-prinsip reproduksi yang meliputi menstruasi, kehamilan, proses melahirkan, memelihara diri agar tetap tampil rapi dan bersih, bertingkah laku sopan dalam menjaga diri, dan menghindari hubungan seksual sebelum menikah (Maryanti, 2009).

3. Organ Reproduksi Wanita

Anatomi fisiologi organ reproduksi pada wanita terdiri dari organ reproduksi eksterna dan interna. Organ reproduksi eksterna pada wanita yaitu (Manuaba, 2009):

- a. Mons veneris yaitu bagian menonjol kedepan menutup tulang kemaluan
- b. Labia mayora yaitu bagian terluar vagina yang terdiri dari rambut, kelenjar lemak, serta kelenjar keringat
- c. Labia minora yaitu lipatan kecil di dalam labia mayora yang terdapat pembuluh darah. Pembuluh darah ini akan membesar ketika ada dorongan seks.

- d. Klitoris merupakan bagian yang sangat sensitif saat hubungan seks karena banyak mengandung pembuluh darah dan serat saraf
- e. Vestibulum yaitu bagian yang terletak diantara vulva dan anus, yang memiliki muara vagina atau liang senggama, kelenjar bartholin, saluran kencing, dan kelenjar skene
- f. Himen yaitu selaput tipis yang menutupi sebagian lubang dari vagina luar

Sedangkan alat reproduksi interna pada wanita yaitu (Manuaba, 2009):

- a. Vagina, yaitu saluran senggama yang menghubungkan rahim dengan bagian luar
- b. Rahim, yaitu seperti buah pir dengan berat sekitar 30 gram, berongga dan berotot
- c. Cervix, yaitu bagian dari uterus membentuk sepertiga bagian bawah uterus
- d. Endometrium, yaitu lapisan dalam yang mengandung kelenjar reseptor dan sebagai tempat implantasi
- e. Tuba fallopi, yaitu memiliki panjang 12 cm sebagai saluran dan tempat pertumbuhan hasil pembuahan sebelum menempel pada endometrium

- f. Ovarium, terdiri 2 bagian yaitu kanan dan kiri yang setiap bulan mengeluarkan sel telur secara bergantian.

B. Konsep Remaja

1. Pengertian Remaja

Remaja adalah suatu masa dimana individu mengalami perkembangan saat pertama kali individu menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat individu mencapai kematangan seksual (Sarwono, 2011). Pengertian remaja menurut WHO adalah populasi dengan periode usia 10-19 tahun. Kementerian Kesehatan membagi periode remaja menjadi tiga bagian, yaitu masa remaja awal (10-13 tahun), masa remaja menengah (14-16 tahun), dan masa remaja akhir (17-19 tahun) (WHO, 2006).

Salah satu definisi tentang remaja yang didasarkan pada tujuan praktis adalah yang diberikan oleh WHO, adapun batasan remaja menurut WHO (1979) dalam Sarwono (2005:9), dikemukakan dalam 3 kriteria yaitu biologis, psikologis dan sosial ekonomi. Maka secara lengkap definisi tersebut berbunyi remaja adalah: 1. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual. 2. Individu mengalami

perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa. 3. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri. 4. Seseorang laki-laki atau perempuan yang dapat dikatakan sebagai remaja yaitu berumur 13 sampai dengan 21 tahun (Widiansyah, 2014).

2. Tahap-Tahap Remaja

Menurut Sarwono (2011) dan Hurlock (2011) terdapat tiga tahap perkembangan remaja. Pertama, remaja awal (early adolescence) usia 10-13 tahun. Pada tahap ini remaja masih heran dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Remaja akan mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, sulit mengerti dan dimengerti oleh orang dewasa, ingin bebas dan mulai berfikir abstrak (Sarwono, 2011 dan Hurlock, 2011).

Kedua, remaja madya (middle adolescence) 14-16 tahun. Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan teman-teman dan senang jika banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan untuk mencintai diri sendiri dengan menyukai teman-teman yang memiliki sifat sama pada dirinya dan cenderung berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu harus memilih yang mana. Pada remaja madya mulai timbul

keinginan untuk berkenan dengan lawan jenis dan berkhayal tentang aktivitas seksual, sehingga remaja madya mulai mencoba aktivitas seksual yang diinginkannya (Sarwono, 2011 dan Hurlock, 2011).

Ketiga, remaja akhir (*late adolescence*) 17-20 tahun. Tahap remaja akhir ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa yang ditandai dengan pencapaian lima hal, antara lain minat yang semakin mantap pada fungsi-fungsi intelek, keinginan yang tinggi mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang dan dalam pengalaman yang baru, terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi, terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri, dan tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya (*private self*) dan *public* (Sarwono, 2011 dan Hurlock, 2011).

3. Perkembangan Remaja Perempuan

a. Perkembangan fisik

Perubahan fisik remaja ditandai oleh tanda seks primer dan sekunder. Perubahan secara primer berupa perubahan fisik dan hormon penting untuk reproduksi (Potter & Perry, 2009). Pada anak perempuan terjadi perubahan bentuk tubuh seperti tumbuhnya payudara dan panggul yang membesar. Puncak kematangan pada remaja perempuan adalah ketika mengalami

menstruasi pertama (menarche). Menstruasi pertama menunjukkan remaja perempuan telah memproduksi sel telur yang tidak dibuahi, sehingga akan keluar bersama darah menstruasi melalui vagina atau alat kelamin perempuan (Sarwono, 2011).

b. Perkembangan emosi

Perkembangan emosi ini berkaitan dengan perkembangan hormon, yang ditandai dengan emosi yang sangat labil. Remaja belum bisa mengendalikan emosi yang dirasakan sepenuhnya (Sarwono, 2011).

c. Perkembangan Kognitif

Remaja dalam menyelesaikan masalahnya menggunakan tindakan yang logis. Remaja dapat berfikir abstrak dan menghadapi masalah yang sulit secara efektif. Remaja dapat mempertimbangkan beragam penyebab dan solusi yang sangat banyak saat terlibat dalam masalah (Potter & Perry, 2009).

d. Perkembangan psikososial

Pada perkembangan psikososial ini, remaja mulai tertarik dengan lawan jenis. Bertambahnya minat sosial dan penampilannya menjadi lebih penting dibandingkan sebelumnya. Perubahan fisik yang terjadi seperti berat badan dan proporsi tubuh menimbulkan perasaan yang tidak

menyenangkan seperti malu dan tidak percaya diri (Potter & Perry, 2009). Ciri-ciri tingkah laku remaja yang mengalami pubertas (BKKBN, 2008):

- 1) Butuh diterima di kelompoknya
- 2) Mulai banyak menghabiskan waktu dengan teman sebaya.
- 3) Mulai mempelajari sikap serta pandangan yang berbeda antara keluarga dengan dunia luar (moral,seksualitas,dll) pada masa ini dukungan keluarga serta peer group di butuhkan.
- 4) Mulai muncul privasi.
- 5) Mulai muncul kebutuhan keintiman dan ekspresi erotik
- 6) Tertarik pada lawan jenis dan ingin menjalin hubungan yang lebih dekat dengan lawan jenis.

Perkembangan fisik termasuk organ seksual serta peningkatan kadar hormone reproduksi atau hormon seks baik pada anak laki-laki maupun pada anak perempuan akan menyebabkan perubahan perilaku seksual remaja secara keseluruhan. Perkembangan seksual tersebut dibagi dalam beberapa fase (Mastuti, 2017 dan Soetjiningsih, 2008):

- 1) Praremaja (perempuan < 9 tahun)

Adalah suatu tahap untuk memasuki tahap remaja yang sesungguhnya. Ciri-ciri perkembangan seksual pada masa ini

antara lain adalah perkembangan fisik yang masih tidak banyak berbeda dengan sebelumnya. Pada masa praremaja ini mereka sudah mulai senang mencari tahu informasi tentang seks dan mitos seks baik dari teman sekolah, keluarga atau dari sumber lainnya.

2) Remaja Awal (perempuan 9-12 tahun)

Remaja sudah mulai tampak ada perubahan fisik yaitu fisik sudah mulai matang dan berkembang. Pada masa ini remaja sudah mulai mencoba melakukan onani karena telah seringkali terangsang secara seksual akibat pematangan yang dialami. Rangsangan ini akibat factor internal karena meningkatnya kadar testosteron pada laki-laki dan estrogen pada perempuan. Hampir sebagian besar dari laki-laki pada periode ini tidak bisa menahan untuk tidak melakukan onani sebab pada masa ini mereka seringkali mengalami fantasi. Tidak jarang dari mereka yang memilih melakukan aktifitas nonfisik untuk melakukan fantasi atau menyalurkan perasaan cinta dengan teman lawan jenisnya yaitu dengan bentuk hubungan telepon, surat-menyurat atau mempergunakan komputer.

3) Remaja Menengah (perempuan 13-16 tahun)

Remaja pada masa ini memiliki rasa ingin tahu yang besar terhadap sesuatu yang baru sehingga dorongan kuat dalam

dirinya terkadang mengarah kepada perilaku yang dilarang seperti seks bebas. Para remaja sudah mengalami pematangan fisik secara penuh yaitu anak laki-laki sudah mengalami mimpi basah sedangkan anak perempuan sudah mengalami haid. Pada masa ini gairah seksual remaja mencapai puncaknya sehingga mereka mempergunakan kesempatan untuk melakukan sentuhan fisik. Mereka tidak jarang melakukan pertemuan untuk bercumbu bahkan kadang-kadang mereka mencari kesempatan untuk melakukan hubungan seksual. Sebagian besar dari mereka mempunyai sikap yang tidak mau bertanggungjawab terhadap perilaku yang mereka lakukan.

4) Remaja Akhir (perempuan > 16 tahun)

Remaja sudah mengalami perkembangan fisik secara penuh, sudah seperti orang dewasa. Perkembangan kognitif mereka sudah lengkap sehingga sebagian besar mampu memahami persoalan kesehatan. Mereka telah mempunyai perilaku seksual yang sudah jelas dan mereka sudah mulai mengembangkannya dalam bentuk pacaran. Remaja pada masa ini juga sudah mulai memahami tentang tanggung jawab atas akibat-akibat dari perbuatan yang telah mereka lakukan.

BAB III

SIKLUS MENSTRUASI

A. Definisi Menstruasi

Menstruasi merupakan proses alamiah yang akan terjadi pada setiap remaja, dimana terjadi proses pengeluaran darah yang menandakan bahwa organ kandungan berfungsi dengan matang (Kusmiran, 2011). Menstruasi adalah perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus, yang disebabkan karena luruhnya sel ovum matang yang tidak dibuahi dan disertai pelepasan endometrium (Prawirohardjo, 2008). Proses terjadinya menstruasi ini terjadi melalui empat tahap yaitu fase menstruasi, fase ploriferasi, fase luteal atau sekresi, dan fase iskemik (Proverawati, 2009). Menstruasi pertama (*menarche*) pada remaja putri biasanya terjadi pada usia 12 sampai dengan 16 tahun (Manuaba, 2011). Menstruasi/ haid yang pertama (*menarche*) merupakan tanda pubertas. Menstruasi adalah peluruhan dalam dinding rahim (endometrium) yang banyak mengandung pembuluh darah. Peristiwa ini terjadi setiap bulan, berlangsung selama 5 sampai dengan 7 hari (Kemenkes RI, 2017).

B. Fisiologis Menstruasi

Proses terjadinya menstruasi dipengaruhi beberapa faktor yang mempunyai sistem tersendiri yaitu sistem susunan saraf pusat dengan panca inderanya, sistem hormonal aksis hipotalamo-hipofisis-ovarial, perubahan yang terjadi pada ovarium, perubahan yang terjadi pada uterus sebagai organ akhir, dan rangsangan estrogen dan progesterone langsung pada hipotalamus, dan melalui perubahan emosi (Manuaba, 2009). Menurut American Collage of Obstetricians and Gynecologists (2010), lama siklus menstruasi normalnya 21-35 hari, biasanya 28 hari. Terdapat tiga fase yang terjadi saat menstruasi pada endometrium, yaitu faseproliferasi, fase sekresi dan fase menstruasi (Prawirohardjo, 2011). Pertama, fase proliferasi sekitar 5 hari setelah menstruasi dan berlangsung selama 11 hari. Ekstrogen disekresikan oleh ovarium untuk merangsang pertumbuhan endometrium yang menimbulkan sel-sel stormadan epitelial endometrium tumbuh dengan cepat, kelenjar-kelenjar pada lapisan endometrium dan memanjang, dan arteri-arteri bertambah untuk mensuplai nutrisi pada dinding endometrium yang lama-lama menebal. Peningkatan estrogen menimbulkan peningkatan LH pada pertengahan siklus yang kemudian merangsang terjadinya ovulasi. Saat ovulasi terjadi,

ketebalan endometrium mencapai 3-4 mm dan kelenjar-kelenjar endometrium akan mengeluarkan mukus yang tipis dan berserabut, yang akan melindungi dan membawa sperma kedalam uterus.

Kedua, fase sekresi yang disebut dengan fase progesteron yang terjadi setelah ovulasi dan berlangsung kira-kira selama 12 hari. Korpus luteum menghasilkan cukup banyak progesteron dan sedikit estrogen. Estrogen menyebabkan poliferasi sel di endometrium, sedangkan progesteron mengakibatkan penebalan pada endometrium yang memiliki banyak darah dan sekresi kelenjar dan mengubahnya menjadi jaringan yang aktif mensekresi lendir. Pengeluaran progesteron akan menghambat sekresi LH, sehingga terjadi penurunan kadar LH dan FSH pada sel tubuh.

Ketiga, fase menstruasi yaitu fase peluruhan endometrium yang disebabkan oleh kadar hormon estrogen dan progesteron yang menurun secara tiba-tiba dan merangsang sekresi GnRH, sehingga korpus luteum menjadi regresi. Kondisi inilah yang menyebabkan konstriksi pembuluh darah uterus dan berdampak pada menurunnya asupan oksigen dan nutrisi ke miometrium. Setelah terjadi konstriksi pembuluh darah, arteriol-arteriol endometrium akan melebar dan mengakibatkan perdarahan

melalui dinding kapiler. Aliran darah menstruasi ini terdiri dari darah yang bercampur dengan lapisan fungsional dari endometrium.

C. Gangguan pada Menstruasi

Gangguan pada menstruasi adalah masalah yang umum yang terjadi pada masa remaja. Faktor fisik dan psikologis dapat berperan pada gangguan menstruasi ini (Chandran, 2008). Klasifikasi gangguan menstruasi adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2011) :

1. Gangguan lama dan jumlah darah haid:
 - a) Hipermenorea, adalah gangguan siklus menstruasi tetap teratur, jumlah darah yang dikeluarkan cukup banyak dan terlihat dari pembalut yang dipakai dan gumpalan darahnya.
 - b) Hipomenorea, adalah gangguan siklus menstruasi yang tetap teratur sesuai dengan jadwal menstruasi dan jumlah darah yang dikeluarkan sedikit. Hipomenorea disebabkan oleh kurangnya kesuburan endometrium akibat dari kurang gizi, penyakit menahun maupun gangguan hormonal dan adanya hipomenorea tidak mengganggu fertilitas (Simanjuntak, 2008).

2. Gangguan siklus haid :

a) Polimenorea

Siklus menstruasi lebih pendek dari biasanya yaitu terjadi dengan interval kurang dari 21 hari. Polimenorea dapat disebabkan oleh kongesti ovarium karena peradangan, endometriosis, dan sebagainya (Simanjuntak, 2008).

b) Oligomenorea

Siklus menstruasi dengan interval 35-90 hari, jumlah perdarahan mungkin sama, dan penyebabnya adalah gangguan hormonal. Siklus menstruasi biasanya ovulator dengan masa proliferasi lebih panjang dari biasanya (Simanjuntak, 2008).

c) Amenore

Amenorea adalah keterlambatan menstruasi lebih dari tiga bulan berturut-turut atau tidak terjadi menstruasi. Amenore primer terjadi apabila seorang wanita berumur 18 tahun ke atas tidak pernah mendapatkan menstruasi, sedangkan amenore sekunder terjadi apabila penderita pernah mendapatkan menstruasi tetapi kemudian tidak dapat lagi (Simanjuntak, 2008).

3. Gangguan perdarahan di luar siklus haid :
 - a) Menometroragia, merupakan perdarahan dalam jumlah banyak yang berlangsung panjang atau terus menerus (Manuaba, 2009).
4. Gangguan lain yang berhubungan dengan haid, dismenore merupakan keadaan ketidaknyamanan yang sangat umum terjadi selama hari pertama atau hari kedua hingga akhir menstruasi (Wong, et al, 2009)
5. Sindroma pra haid, merupakan berbagai gejala fisik, psikologis, dan emosional yang terkait dengan perubahan hormonal karena siklus menstruasi (Proverawati, 2009).

D. Perawatan Organ Reproduksi Remaja saat Menstruasi

Indonesia merupakan daerah yang beriklim tropis, sehingga udara panas dan cenderung lembab sering membuat banyak berkeringat dibagian tubuh yang tertutup dan lipatan-lipatan kulit seperti didaerah alat kelamin. Kondisi ini menyebabkan mikroorganisme jahat terutama jamur mudah berkembang biak, yang akhirnya menimbulkan infeksi (Depkes RI, 2010). Salah satu yang sangat ditekankan bagi perempuan yang tengah mengalami menstruasi adalah perawatan kebersihan diri. Saat menstruasi tubuh cenderung memproduksi lebih

banyak keringat, minyak dan cairan tubuh lainnya. Sehingga seorang wanita harus tetap menjaga kebersihan dirinya terutama perawatan organ reproduksi wanita yaitu kesehatan vagina (Kusmiran, 2012). Perawatan organ reproduksi saat menstruasi adalah tindakan menjaga kesehatan dan kebersihan pada daerah kemaluan pada saat menstruasi yang bertujuan untuk mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikis serta meningkatkan derajat kesehatan seseorang (Andarmoyo, 2012).

Dalam buku Sinaga et al., (2017), cara perawatan organ reproduksi remaja saat menstruasi adalah sebagai berikut :

1. Biasakan mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah menyentuh vaginadan mengganti pembalut
2. Membasuh vagina dengan air bersih mengalir dari arah depan (vagina) ke belakang (anus), bukan sebaliknya. Karena jika terbalik arah, kuman dari daerah anus akan terbawa ke depan dan dapat masuk ke dalam vagina.
3. Saat membersihkan daerah kemaluan tidak perlu menggunakan cairan pembersih karena cairan tersebut akan merangsang bakteri yang menyebabkan infeksi. Apabila menggunakan sabun, sebaiknya gunakan sabun lunak (dengan pH 3,5) misalnya sabun bayi yang biasanya ber pH netral.

4. Keringkan daerah kemaluan dengan tisu toilet atau handuk agar tidak lembab (Renda & Permai, 2013)
5. Gunakan pembalut yang bersih dan berbahan yang lembut, menyerap darah dengan baik serta tidak membuat alergi.
6. Mengganti pembalut sesering mungkin sekitar 4-5 kali dalam sehari atau setiap 4 jam sekali dalam sehari untuk menghindari pertumbuhan bakteri yang berkembang biak pada pembalut, menghindari bakteri masuk ke vagina dan timbulnya aroma tidak sedap (Manuaba, 2009).
7. Bersihkan pembalut yang sudah dipakai dengan air sampai tidak ada darah yang tersisa lagi. Bungkus pembalut yang sudah dipakai dan dibersihkan, kemudian buang ke tempat sampah.
8. Gunakan celana dalam dari bahan alami (katun) dan tidak ketat, serta dapat mengcover daerah pinggul agar dapat menopang pembalut dengan kuat. Celana dalam yang ketat dan tidak menyerap keringat membuat sirkulasi udara tidak lancar, membuat kulit iritasi dan beresiko mengundang kuman jahat untuk bersarang di daerah kemaluan.
9. Mengganti celana dalam 2 kali atau lebih dalam sehari untuk menjaga kelembaban yang berlebihan dan celana

dalam yang sudah terkena noda darah harus segera diganti(Kinasih, 2010).

10. Bila ada kelainanmisalnya terlalubanyak darah keluar dan tidak teratur periksalah ke dokter (Manan. El, 2011).

BAB IV

SINDROM PREMENSTRUASI DAN DISMENOREA

Menstruasi adalah perdarahan periodik dari rahim yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi secara berkala akibat terlepasnya lapisan endometrium uterus (Bobak, 2004). Kondisi ini terjadi karena tidak ada pembuahan sel telur oleh sperma, sehingga lapisan dinding rahim (endometrium) yang sudah menebal untuk persiapan kehamilan menjadi luruh. Jika seorang wanita tidak mengalami kehamilan, maka siklus menstruasi akan terjadi setiap bulannya. Umumnya siklus menstruasi pada wanita yang normal adalah 28-35 hari dan lama haid antara 3-7 hari. Siklus menstruasi pada wanita dikatakan tidak normal jika siklus haidnya kurang dari 21 hari atau lebih dari 40 hari. Menurut Proverawati dan Misaroh (2009) siklus menstruasi merupakan waktu sejak hari pertama menstruasi sampai datangnya menstruasi periode berikutnya, sedangkan panjang siklus menstruasi adalah jarak antara tanggal mulainya menstruasi yang lalu dan mulainya menstruasi berikutnya (Proverawati dan Misaroh, 2009).

A. Sindroma Premenstruasi

1. Pengertian Sindroma Premenstruasi

Salah satu gejala atau gangguan kesehatan yang sering dialami para perempuan sebelum atau saat menstruasi adalah “Sindroma pra-menstruasi” atau lebih populer dengan istilah PMS (*Pre-menstrual syndome*). PMS yang berlangsung ringan merupakan gejala yang tidak perlu terlalu dikhawatirkan karena bukan merupakan gangguan kesehatan yang serius, dan dengan penanganan yang ringan akan dapat diatasi dan bahkan dapat pulih dengan sendirinya. Namun, bila gejala gejala yang dialami cukup parah, misalnya sampai menyebabkan sakit kepala yang berkepanjangan, demam tinggi, atau bahkan pingsan, maka sebaiknya diwaspadai ada gangguan kesehatan yang lebih serius dan perlu pertolongan dokter.

Sindroma Premenstruasi atau *pre-menstrual syndrome* (PMS) adalah sekumpulan gejala yang tidak menyenangkan, baik fisik maupun psikis, yang dialami oleh perempuan menjelang masa haid, yaitu sekitar satu atau dua minggu sebelum haid (American Congress of Obstetricians and Gynecologists/ACOG, 2016). Sindroma atau gejala PMS ini akan hilang begitu haid mulai atau bahkan 1-2 hari menjelang menstruasi. Tidak ada tes atau pemeriksaan laboratorium

ataupun pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis PMS. Sebagian besar perempuan pernah mengalami satu atau beberapa gejala yang umum disebutkan sebagai gejala PMS, walaupun tingkat keparahannya sangat bervariasi, dari yang sangat ringan sampai sangat berat. Ada yang mengalaminya sekali sekali saja, tidak setiap kali menjelang menstruasi. Ini tidak dapat dikategorikan sebagai PMS. Gejala tidak menyenangkan yang dialami menjelang PMS baru dapat dikategorikan PMS, apabila Anda mengalaminya hampir setiap kali, paling tidak tiga kali berturut-turut, sebelum masa menstruasi.

2. Tanda dan Gejala Sindroma Premenstruasi

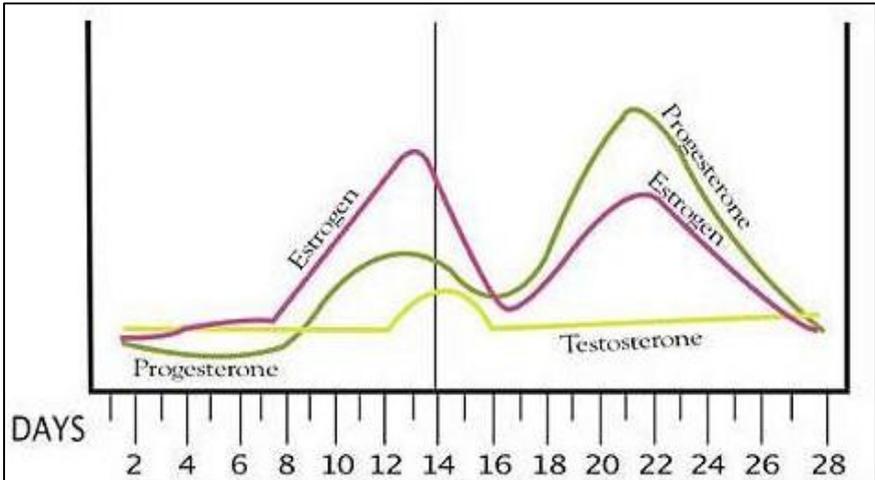
Data medis terakhir menyebutkan bahwa ditemukan lebih dari 100 gejala yang berhubungan dengan PMS, tetapi yang paling sering dialami perempuan, antara lain (Sinaga E dkk, 2017):

- a. Pembengkakan dan rasa nyeri pada payudara
- b. Timbul jerawat
- c. Nafsu makan meningkat, terutama terhadap cemilan yang manis dan asin
- d. Berat badan bertambah

- e. Perut terasa mulas dan kembung, bahkan kadang-kadang keram
- f. Konstipasi (sembelit)
- g. Sakit kepala
- h. Pegal linu dan keram
- i. Kadang-kadang terjadi pembengkakan di ujung-ujung jari, tangan, atau kaki
- j. Nyeri punggung
- k. Lemas dan lesu
- l. Mudah lelah
- m. Mudah cemas dan tersinggung, uring-uringan, depresi
- n. Sulit berkonsentrasi
- o. Gangguan tidur (insomnia)

3. Penyebab Sindroma Premenstruasi

Perubahan hormonal yang terjadi menjelang menstruasi merupakan salah satu faktor penyebab utama atau pemicu terjadinya PMS. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepekaan atau sensitivitas seseorang terhadap perubahan kadar hormon yang terjadi di dalam tubuhnya pada saat menstruasi menyebabkan seseorang mengalami PMS. Fluktuasi kadar hormon dalam tubuh wanita dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 4. 1 Fluktuasi Kadar Hormon dalam Satu Siklus Menstruasi

Saat ovulasi sampai dengan sesaat sebelum menstruasi, kadar hormon estrogen dan progesteron meningkat sangat pesat. Fluktuasi kadar hormon estrogen dan progesteron di dalam darah sangat mempengaruhi proses neurotransmisi pada susunan syaraf pusat, terutama transmisi pada jalur biokimia serotonergik, noradrenergik, dan dopaminergik. Perempuan perempuan yang mengalami gangguan emosional pada saat pra-menstruasi (*pre-menstrual mood disorder*) ternyata mengalami gangguan atau abnormalitas pada neurotransmisi jalur

serotonergik, yang diperkirakan berhubungan dengan gejala gejala iritabilitas (mudah tersinggung), depresi, dan peningkatan dorongan untuk mengonsumsi karbohidrat (*carbohydrate craving*) (Sinaga E dkk, 2017).

Diperkirakan pula terdapat peran asam gamma amino butirat (GABA), senyawa neurotransmitter susunan syaraf pusat pada patogenesis PMS. Selain itu diperkirakan pula adanya keterlibatan sistem transmisi syaraf opioid dan adenergik pada patogenesis PMS

Penurunan kadar hormon progesteron di dalam darah berakibat pada penurunan senyawa metabolit progesteron, yang salah satu fungsinya adalah sebagai semacam zat penenang (sedative) di dalam otak, yang menyebabkan rasa santai dan tenang. Beberapa penelitian sudah membuktikan bahwa kadar metabolit progesteron yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan gejala PMS yang lebih ringan.

4. Faktor Risiko Sindroma Premenstruasi

Faktor risiko adalah segala sesuatu yang meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengalami suatu gejala atau gangguan kesehatan. Faktor risiko sindroma premenstruasi antara lain (Rahayu A dkk, 2016):

- a. **Diet.** Faktor kebiasaan makan seperti tinggi gula, garam, kopi, teh, coklat, minuman bersoda, produk susu dan makanan olahan dapat memperberat gejala PMS
- b. **Defisiensi zat gizi makro dan mikro.** Defisiensi zat gizi makro (energi, protein) dan zat gizi mikro, seperti kurang vitamin B (terutama B6), vitamin E, vitamin C, magnesium, zat besi, seng, mangan, asam lemak linoleat
- c. **Status perkawinan.** Status perkawinan dan status kesehatan juga mempunyai keterkaitan. Wanita yang telah menikah pada umumnya mempunyai angka kesakitan dan kematian yang lebih rendah dan biasanya mempunyai kesehatan fisik dan mental yang lebih baik daripada wanita yang tidak menikah (Burman & Margolin dalam Haijiang Wang, 2005). Sebuah penelitian pada tahun 1994 yang berjudul *Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome* yang melibatkan 874 wanita di Virginia menemukan fakta bahwa mereka yang telah menikah cenderung mempunyai resiko yang lebih kecil untuk mengalami PMS (3,7%) dari pada mereka yang tidak menikah (12,6%) (Deuster, 1999 dalam Maulana, 2008).

- d. Usia.** PMS semakin mengganggu dengan semakin bertambahnya usia, terutama antara usia 30-45 tahun. Faktor resiko yang paling berhubungan dengan PMS adalah faktor peningkatan umur, penelitian menemukan bahwa sebagian besar wanita yang mencari pengobatan PMS adalah mereka yang berusia lebih dari 30 tahun (Cornforth, 2000 dalam Maulana). Walaupun ada fakta yang mengungkapkan bahwa sebagian remaja mengalami gejala-gejala yang sama dan kekuatan PMS yang sama sebagaimana yang dialami oleh wanita yang lebih tua (Freeman, 2007 dalam Maulana, 2008).
- e. Stres.** Stres dapat berasal dari internal maupun eksternal dalam diri wanita. Stres merupakan predisposisi pada timbulnya beberapa penyakit, sehingga diperlukan kondisi fisik dan mental yang baik untuk menghadapi dan mengatasi serangan stres tersebut. Stres mungkin memainkan peran penting dalam tingkat kehebatan gejala premenstrual syndrome (PMS) (Mulyono dkk, 2001 dalam Maulana, 2008).
- f. Kebiasaan merokok dan minum alkohol.** Kebiasaan merokok dan meminum alkohol dapat memperburuk

keadaan/gejala yang ditimbulkan pada masa *pre menstruation syndrome*.

- g. Kurang berolah raga.** Kurang berolahraga dan melakukan aktivitas fisik turut memberikan kontribusi dalam memperberat gejala PMS.

5. Tipe Dan Jenis-Jenis Sindroma Premenstruasi

Tipe PMS bermacam-macam. Dr. Guy E. Abraham, ahli kandungan dan kebidanan dari Fakultas Kedokteran UCLA, AS, membagi PMS menurut gejalanya yakni PMS tipe A, H, C, dan D. 80% gangguan PMS termasuk tipe A. Penderita tipe H sekitar 60%, PMS C 40%, dan PMS D 20%. Kadang-kadang seorang wanita mengalami gejala gabungan, misalnya tipe A dan D secara bersamaan. Tipe-tipe PMS adalah sebagai berikut:

- a. PMS tipe A (*anxiety*).** PMS tipe A (*anxiety*) ditandai dengan gejala seperti rasa cemas, sensitif, saraf tegang, perasaan labil. Bahkan beberapa wanita mengalami depresi ringan sampai sedang saat sebelum mendapat haid. Gejala ini timbul akibat ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesterone dimana hormon estrogen terlalu tinggi dibandingkan dengan hormon progesteron. Pemberian hormon progesteron kadang dilakukan untuk mengurangi gejala, tetapi beberapa peneliti mengatakan, pada penderita

PMS bisa jadi kekurangan vitamin B6 dan magnesium. Penderita PMS A sebaiknya banyak mengonsumsi makanan berserat dan membatasi minum kopi

- b. PMS tipe H (*hyperhydration*).** PMS tipe H (*hyperhydration*) memiliki gejala edema (pembengkakan), perut kembung, nyeri pada buah dada, pembengkakan tangan dan kaki, peningkatan berat badan sebelum haid. Gejala tipe ini dapat juga dirasakan bersamaan dengan tipe PMS lain. Pembengkakan itu terjadi akibat berkumpulnya air pada jaringan di luar sel (ekstrasel) karena tingginya asupan garam atau gula pada diet penderita. Pemberian obat diuretika untuk mengurangi retensi (penimbunan) air dan natrium pada tubuh hanya mengurangi gejala yang ada. Untuk mencegah terjadinya gejala ini penderita dianjurkan mengurangi asupan garam dan gula pada diet makanan serta membatasi minum sehari-hari.
- c. PMS tipe C (*craving*).** PMS tipe C (*craving*) ditandai dengan rasa lapar ingin mengonsumsi makanan yang manis-manis (biasanya coklat) dan karbohidrat sederhana (biasanya gula). Pada umumnya sekitar 20 menit setelah menyantap gula dalam jumlah banyak, timbul gejala hipoglikemia seperti kelelahan, jantung berdebar, pusing

kepala yang kadang-kadang sampai pingsan. Hipoglikemia timbul karena pengeluaran hormon insulin dalam tubuh meningkat. Rasa ingin menyantap makanan manis dapat disebabkan oleh stres, tinggi garam dalam diet makanan, tidak terpenuhinya asam lemak esensial (omega 6), atau kurangnya magnesium

- d. PMS Tipe D (*depression*).** PMS tipe D (*depression*) ditandai dengan gejala rasa depresi, ingin menangis, lemah, gangguan tidur, pelupa, bingung, sulit dalam mengucapkan kata-kata (verbalisasi), bahkan kadang-kadang muncul rasa ingin bunuh diri atau mencoba bunuh diri. Biasanya PMS tipe D berlangsung bersamaan dengan PMS tipe A, hanya sekitar 3% dari seluruh tipe PMS benar-benar murni tipe D. PMS tipe D murni disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon progesteron dan estrogen, di mana hormon progesteron dalam siklus haid terlalu tinggi dibandingkan dengan hormon estrogennya. Kombinasi PMS tipe D dan tipe A dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu stres, kekurangan asam amino *tyrosine*, penyerapan dan penyimpanan timbal di tubuh, atau kekurangan magnesium dan vitamin B (terutama B6). Meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung vitamin B6 dan magnesium

dapat membantu mengatasi gangguan PMS tipe D yang terjadi bersamaan dengan PMS tipe A.

6. Pencegahan dan Penanggulangan Sindroma Premenstruasi

Sebagai upaya untuk mencegah sindroma *pramestruasi*, maka dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut (Rahayu A dkk, 2016):

- a. Batasi konsumsi makanan tinggi gula, tinggi garam, daging merah (sapi dan kambing), alkohol, kopi, teh, coklat, serta minuman bersoda.
- b. Kurangi rokok atau berhenti merokok.
- c. Batasi konsumsi protein (sebaiknya sebanyak 1,5 gr/kg berat badan per orang).
- d. Meningkatkan konsumsi ikan, ayam, kacang-kacangan, dan biji-bijian sebagai sumber protein.
- e. Batasi konsumsi makanan produk susu dan olahannya (keju, es krim, dan lainnya) dan gunakan kedelai sebagai penggantinya.
- f. Batasi konsumsi lemak dari bahan hewani dan lemak dari makanan yang digoreng.
- g. Meningkatkan konsumsi sayuran hijau.

- h. Meningkatkan konsumsi makanan yang mengandung asam lemak esensial linoleat seperti minyak bunga matahari, minyak sayuran.
- i. Konsumsi vitamin B kompleks terutama vitamin B6, vitamin E, kalsium, magnesium juga omega-6 (asam linolenat gamma GLA).
- j. Melakukan olahraga dan aktivitas fisik secara teratur.
- k. Menghindari dan mengatasi stres.
- l. Menjaga berat badan. Berat badan yang berlebihan dapat meningkatkan risiko menderita PMS.
- m. Catat jadwal siklus haid Anda serta kenali gejala PMS-nya.
- n. Perhatikan pula apakah Anda sudah dapat mengatasi PMS pada siklus-siklus datang bulan berikutnya.

Selain itu untuk menanggulangi sindroma premenstruasi yang dialami oleh perempuan pada setiap siklus menstruasinya dapat dipaparkan sebagai berikut:

a. PMS ringan

PMS yang tidak parah sebetulnya tidak perlu pengobatan atau terapi khusus, karena biasanya akan hilang dengan sendirinya ketika menstruasi sudah dimulai. Namun jika gangguan kesehatan yang timbul cukup parah atau sangat parah

sehingga dapat dikategorikan sebagai PMDD, maka diperlukan terapi khusus. Untuk itu sebaiknya jangan mengobati diri sendiri kalau Anda bukan seorang dokter atau apoteker, tetapi berkonsultasilah kepada dokter.

b. PMS Sedang

Walaupun tidak terlalu parah, namun apabila gejala gejala PMS cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, dapat diberikan terapi ringan, misalnya dengan melakukan olah raga ringan secara teratur selama 15-30 menit setiap hari, tidur dan istirahat yang cukup, dan makan makanan yang bergizi. Makan sebaiknya dalam porsi kecil tetapi sering. Makan makanan yang cukup mengandung protein, vitamin dan zat besi, serta menghindari terlalu banyak garam dan kafein (kafein terdapat dalam kopi, teh, dan minuman berenergi) juga cara yang dianjurkan untuk mengurangi gejala PMS. Minum jus buah dan sayuran serta air putih dalam jumlah banyak sangat dianjurkan.

Rasa lemah dan lesu kemungkinan disebabkan karena kekurangan zat besi yang terbuang bersama banyaknya darah yang keluar. Oleh sebab itu mengonsumsi multivitamin yang mengandung zat besi juga disarankan. Obat-obatan dapat diberikan sesuai dengan gejala yang timbul. Misalnya, sakit kepala, pegal pegal dan nyeri sendi dapat diatasi dengan obat-

obat pereda atau pengurang rasa nyeri (analgesika) yang dapat dibeli tanpa resep dokter, misalnya obat-obat yang mengandung asetaminofen, ibuprofen, atau naproksen. Konsumsilah obat-obat ini dengan cara yang bijak. Kalau belum benar-benar diperlukan sebaiknya tidak usah mengonsumsi obat, karena setiap obat dapat menimbulkan efek samping yang tidak dikehendaki. Perhatikan dosisnya, jangan mengonsumsi obat melebihi dosis yang dianjurkan, walaupun rasa nyeri atau sakit tidak kunjung hilang. Kalau nyeri atau rasa sakit tidak hilang sesudah mengonsumsi obat sesuai dosisnya, sebaiknya berkonsultasi kepada apoteker di apotik atau ke dokter.

c. *Premenstrual Dysphoric Disorder*

Sebagian kecil perempuan mengali sindroma pra-menstruasi sangat berat sampai sangat mengganggu kegiatan sehari-hari, bahkan sampai tidak dapat menjalankan kegiatan sehari-hari. Jika gejala PMS yang anda alami cukup parah atau sering dikenal dengan istilah *premenstrual dysphoric disorder* (PMDD), sebaiknya berkonsultasilah kepada dokter. Dokter akan memeriksa fisik Anda secara keseluruhan dan mewawancarai Anda untuk mengetahui sejarah menstruasi dan kesehatan Anda secara menyeluruh, sehingga dapat memberikan solusi yang tepat. Harap diingat, bahwa obat atau perlakuan

yang cocok untuk orang lain belum tentu juga cocok untuk Anda. Penanganan dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu penanganan tanpa penggunaan obat (non-farmakologis) dan penanganan menggunakan obat (farmakologis). Terapi non-farmakologis untuk PMDD dapat juga diterapkan untuk mencegah atau meringankan gejala PMS yang ringan dan sedang. Penanganan non-farmakologis untuk PMDD dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain dengan mengenal lebih jauh pola PMDD Anda, mengubah gaya hidup, mengonsumsi suplemen atau herbal tertentu, sampai dengan psikoterapi.

Apabila diperlukan, Anda juga dapat membantu meringankan gejala PMDD dengan obat-obat tertentu. Penanganan dengan obat ini yang disebut penanganan farmakologis. Harap selalu diingat bahwa “Obat adalah Racun” yang berate jika dikonsumsi tidak sesuai dengan dosis dan keperluan yang tepat, atau jika digunakan tidak pada saat yang tepat, pada orang yang tepat, maka akan dapat menimbulkan bahaya. Oleh sebab itu, jika tidak benar-benar diperlukan, disarankan sebaiknya menghindari penggunaan obat. Tetapi apabila memang sangat diperlukan, artinya manfaat penggunaan obat dengan segala risikonya lebih besar dari pada

mudarat yang akan timbul apabila tidak menggunakan obat, maka penggunaan obat boleh dilakukan.

B. Dismenorea

1. Pengertian Dismenorea

Dismenorea disebut juga kram menstruasi atau nyeri menstruasi. Dismenorea sering disebut *sebagai “painful period”* atau menstruasi yang menyakitkan (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015). Nyeri menstruasi terjadi terutama di perut bagian bawah, tetapi dapat menyebar hingga ke punggung bagian bawah, pinggang, panggul, paha atas, hingga betis. Nyeri juga bisa disertai kram perut yang parah. Kram tersebut berasal dari kontraksi otot rahim yang sangat intens saat mengeluarkan darah menstruasi dari dalam rahim. Kontraksi otot yang sangat intens ini kemudian menyebabkan otot-otot menegang dan menimbulkan kram atau rasa sakit atau nyeri. Ketegangan otot ini tidak hanya terjadi pada bagian perut, tetapi juga pada otot-otot penunjang yang terdapat di bagian punggung bawah, pinggang, panggul, paha hingga betis.

Proses ini sebenarnya merupakan bagian normal proses menstruasi, dan biasanya mulai dirasakan ketika mulai perdarahan dan terus berlangsung hingga 32-48 jam. Sebagian

besar perempuan yang menstruasi pernah mengalami dismenorea dalam derajat keparahan yang berbeda-beda. Dismenorea yang dialami remaja umumnya bukan karena penyakit, dan disebut dismenorea primer. Dismenorea primer pada perempuan yang lebih dewasa akan makin berkurang rasa sakit dan nyerinya. Dismenorea primer juga makin berkurang pada perempuan yang sudah melahirkan. Pada wanita lebih tua, dismenorea dapat disebabkan oleh penyakit tertentu, misalnya fibroid uterus, radang panggul, endometriosis atau kehamilan ektopik. Dismenorea yang disebabkan oleh penyakit disebut dismenorea sekunder. Berbeda dengan dismenorea primer, rasa sakit dan nyeri pada dismenorea sekunder biasanya berlangsung lebih lama dari pada dismenorea primer. Nyeri karena dismenorea sekunder biasanya dimulai beberapa hari sebelum menstruasi, makin lama akan makin terasa nyeri selama menstruasi berlangsung, dan biasanya baru hilang berapa hari setelah menstruasi selesai. Apabila pada dismenorea primer, rasa sakit akan makin berkurang seiring dengan makin bertambahnya umur, pada dismenorea sekunder, makin bertambah umur biasanya makin bertambah parah (Sinaga E dkk, 2017).

2. Penyebab Dismenorea

a. Dismenorea primer

Dismenorea primer adalah proses normal yang dialami ketika menstruasi. Kram menstruasi primer disebabkan oleh kontraksi otot rahim yang sangat intens, yang dimaksudkan untuk melepaskan lapisan dinding rahim yang tidak diperlukan lagi. Dismenorea primer disebabkan oleh zat kimia alami yang diproduksi oleh sel-sel lapisan dinding rahim yang disebut prostaglandin. Prostaglandin akan merangsang otot-otot halus dinding rahim berkontraksi. Makin tinggi kadar prostaglandin, kontraksi akan makin kuat, sehingga rasa nyeri yang dirasakan juga makin kuat. Biasanya, pada hari pertama menstruasi kadar prostaglandin sangat tinggi. Pada hari kedua dan selanjutnya, lapisan dinding rahim akan mulai terlepas, dan kadar prostaglandin akan menurun. Rasa sakit dan nyeri haid pun akan berkurang seiring dengan makin menurunnya kadar prostaglandin (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

b. Dismenorea Sekunder

Dismenorea sekunder umumnya disebabkan oleh kelainan atau gangguan pada sistem reproduksi, misalnya fibroid uterus, radang panggul, endometriosis atau kehamilan ektopik.

Dismenorea sekunder dapat diatasi hanya dengan mengobati atau menangani penyakit atau kelainan yang menyebabkannya.

- Fibroid adalah pertumbuhan jaringan di luar, di dalam, atau pada dinding rahim. Banyak kasus fibroid yang tidak menimbulkan gejala, artinya perempuan yang memiliki fibroid tidak merasakan gangguan atau rasa sakit yang nyata. Gejala fibroid bisa muncul atau tidak bergantung pada lokasi, ukuran dan jumlah fibroid. Fibroid yang terdapat pada dinding rahim dapat menyebabkan rasa sakit dan nyeri yang parah. Fibroid yang menimbulkan gejala biasanya ditandai dengan perdarahan menstruasi yang berat, durasi atau periode menstruasi lebih dari satu minggu, sakit atau pegal pada panggul, dan sering berkemih.
- Endometriosis adalah suatu kelainan di mana jaringan dari lapisan dalam dinding rahim atau endometrium tumbuh di luar rongga rahim. Lokasi endometriosis yang paling sering adalah pada organ- organ di dalam rongga panggul (pelvis), seperti indung telur (ovarium), dan lapisan yang melapisi rongga abdomen (peritoneum), atau pada tuba fallopi dan disamping rongga rahim. Jaringan tersebut juga mengalami proses penebalan dan luruh, sama dengan endometrium normal yang terdapat di dalam rongga rahim.

Tetapi karena terletak di luar rahim, darah tersebut akhirnya mengendap dan tidak bisa keluar. Perdarahan ini menimbulkan rasa sakit dan nyeri, terutama di sekitar masa menstruasi. Endapan perdarahan tersebut juga akan mengiritasi jaringan di sekitarnya, dan lama-kelamaan jaringan parut atau bekas iritasi pun terbentuk. Rasa sakit luar biasa saat menstruasi yang menjadi gejala utama penyakit ini dapat dikurangi dengan obat pereda sakit atau terapi hormon. Penanganan dengan operasi juga bisa dilakukan untuk mengangkat jaringan endometriosis, terutama untuk penderita yang berencana untuk memiliki anak.

- Adenomyosis adalah adalah suatu keadaan dimana jaringan endometrium tumbuh di dalam dinding otot rahim. Biasanya terjadi di akhir masa usia subur dan pada wanita yang telah melahirkan.
- Kehamilan ektopik adalah kehamilan yang berkembang di luar rahim, biasanya di dalam tuba falopii. Situasi ini membahayakan nyawa karena dapat menyebabkan pecahnya tuba falopi jika kehamilan berkembang. Penanganannya harus dilakukan dengan cara operasi atau melalui obat-obatan.

3. Pencegahan dan Penanggulangan Dismenorea

Dismenorea primer dapat diringankan gejalanya dengan obat penghilang nyeri/anti-inflamasi seperti ibuprofen, ketoprofen, naproxen, dan obat-obatan analgesik-antiinflamasi lainnya. Obat-obat analgesik ini akan mengurangi produksi prostaglandin. Berolah raga dan banyak bergerak akan memperlancar aliran darah dan tubuh akan terangsang untuk memproduksi endorfin yang bekerja mengurangi rasa sakit dan menimbulkan rasa gembira.

Kompres dengan botol air panas dan mandi air hangat juga dapat mengurangi rasa sakit. Dapat pula diurut atau dipijat dengan tekanan ringan, jangan terlalu keras, untuk membantu menghilangkan rasa pegal pada otot-otot tubuh. Berbaring pada satu sisi tubuh, lalu tarik lutut sampai ke batas dada, lakukan beberapa kali. Hal ini akan membantu meringankan rasa sakit dan pegal pada punggung. Makan makanan bergizi dan hindari konsumsi garam dan kafein. Apabila nyeri menstruasi tidak hilang dengan obat pereda nyeri atau cara-cara yang sudah disebutkan tadi, maka sebaiknya Anda berkonsultasi kepada dokter. Beliau mungkin akan memberikan obat-obat yang lebih kuat daya kerjanya atau mungkin akan memberikan terapi hormonal, atau akan melakukan pemeriksaan yang lebih intensif

untuk menemukan sumber masalah, sehingga dapat menyarankan penanganan yang lebih tepat.

BAB V

Perilaku Berisiko Pada Remaja (*Free Sex* dan NAPZA)

A. Pengertian Remaja

Remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa. Batasan usia remaja menurut WHO adalah 12 sampai 24 tahun. Pada Masa Remaja terjadi perubahan fisik sangat cepat, yang tidak seimbang dengan perubahan kejiwaan (mental emosional). Perubahan fisik pada remaja ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks primer yaitu berhubungan langsung dengan organ seks, dan tanda-tanda seks sekunder seperti perubahan suara, tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, dada lebih lebar, badan berotot, tumbuhnya kumis, cambang dan kumis disekitar kemaluan dan ketiak. Pada remaja puteri pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, payudara membesar, tumbuhnya rambut di ketiak dan sekitar kemaluan (Pubis) (Afritayeni, A, dkk, 2018).

B. Perilaku Berisiko Pada Remaja

Di Indonesia, seperlima dari jumlah penduduk adalah remaja yang berpeluang berperilaku berisiko tanpa mewaspada

akibat jangka panjang dari perilaku tersebut. Mereka mengadopsi perilaku berisiko itu melalui pergaulan yang tidak sehat dan informasi yang tidak terarah. Kemajuan atau modernisasi ternyata mempunyai dua sisi yang dapat menguntungkan dan atau juga merugikan, khususnya masalah kemajuan dalam bidang teknologi informasi. Era globalisasi dan keterbukaan informasi, misalnya internet membuat segala bentuk informasi menjadi sangat mudah didapat. Sayangnya sangat sulit untuk membendung informasi yang dapat merusak kepribadian remaja, misalnya pornografi dan kehidupan seksual bebas. Selain itu, orang tua, lingkungan dan juga institusi pendidikan, tampaknya belum siap untuk menghadapi kemajuan teknologi informasi yang berkembang dengan sangat cepatnya (Kintoko, R, 2019).

Banyaknya permasalahan dan krisis yang terjadi pada masa remaja menjadikan banyak ahli dalam bidang psikologi perkembangan menyebutnya sebagai masa krisis. Berbagai permasalahan yang terjadi pada remaja dipengaruhi oleh berbagai dimensi kehidupan dalam diri mereka, baik dimensi biologis, kognitif, moral dan psikologis serta pengaruh dari lingkungan sekitar. Saat ini hal yang menonjol pada remaja

adalah dari sudut pandang kesehatan (Arsani, NLKA, dkk, 2019).

Pada umumnya remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi (*high curiosity*). Remaja cenderung ingin berpetualang menjelajah segala sesuatu dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. Selain didorong juga oleh keinginan menjadi seperti orang dewasa menyebabkan remaja ingin mencoba melakukan apa yang sering dilakukan orang dewasa termasuk yang berkaitan dengan masalah seksualitas. Tidak tersedianya informasi yang akurat dan benar tentang kesehatan reproduksi, memaksa remaja mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri. Majalah, buku dan film pornografi dan pornoaksi memaparkan kenikmatan hubungan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi, menjadi acuan utama mereka. Mereka juga mempelajari seks dari internet. Hasilnya, remaja yang beberapa generasi lalu masih malumalu kini sudah melakukan hubungan seks di usia dini, yakni 13-15 tahun (Putra, AP dkk, 2018) (Wulandari, S, 2016).

Perkembangan jaman saat ini, ikut mempengaruhi perilaku seksual dalam berpacaran remaja. Hal ini misalnya dapat dilihat bahwa hal-hal yang ditabukan oleh remaja pada beberapa tahun

yang lalu, seperti berciuman dan bercumbu kini telah dibenarkan oleh remaja sekarang. Bahkan ada sebagian kecil dari mereka setuju dengan *free sex*. Kondisi tersebut cukup mengkhawatirkan mengingat perilaku tersebut dapat menyebabkan Kasus Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) yang selanjutnya memicu praktik aborsi yang tidak aman, penularan PMS dan HIV/AIDS, bahkan kematian (Putra, AP dkk, 2018).

Kasus mengenai perilaku seksual pada remaja dari waktu ke waktu semakin mengkhawatirkan karena perilaku seksual remaja sekarang ini sudah melebihi batas dan cukup mengkhawatirkan terutama pada masa remaja akhir. Sekarang ini remaja cenderung bersikap permisif terhadap seks bebas. Hal ini disebabkan terbukanya peluang aktifitas pacaran yang mengarah kepada seks bebas. Sementara di masyarakat terjadi pergeseran nilai-nilai moral yang semakin jauh sehingga masalah tersebut sepertinya sudah menjadi hal biasa, padahal penyimpangan perilaku seksual merupakan sesuatu yang harus dihindari oleh setiap individu (Depsos RI, 2008).

C. Kasus *Free Sex* dan NAPZA di dunia

Saat ini remaja merupakan kelompok yang berpotensi beresiko dan perlu mendapatkan perhatian serius dan seksualitas

dianggap sebagai masalah utama dalam perkembangan kehidupan remaja. Menurut CDC (*Center for Disease Control*), dalam penelitian yang dilakukan pada beberapa orang pelajar SMA di US tahun 2015, sekitar 41% pelajar pernah melakukan hubungan seksual (*sexual intercourse*). Adapun kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) menempati peringkat 10 besar alasan berobat di banyak negara berkembang. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan setiap tahun terdapat 350 juta penderita baru IMS di negara berkembang. Selanjutnya, *World Drugs Reports 2018* yang diterbitkan *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), menyebutkan sebanyak 275 juta penduduk di dunia atau 5,6 % dari penduduk dunia (usia 15-64 tahun) pernah mengonsumsi narkoba. Pada kedua kasus ini menggambarkan bahwa remaja memiliki perilaku berisiko yang sangat besar termasuk pada perilaku berisiko pada kasus *free sex* dan penggunaan NAPZA (Depsos RI, 2008) (BNN, 2019).

D. Kasus *Free Sex* dan NAPZA di Indonesia

Berdasarkan data dari kemenkes RI maret 2016, persentase infeksi AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (69,7%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun

(16,6%) dan selanjutnya pada umur lebih dari 50 tahun. Persentase faktor resiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (73,8%), Lelaki Suka Lelaki (LSL) (10,5%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (5,2%) dan perinatal (2,6%). Kasus HIV dari tahun ketahun selalu mengalami peningkatan pada tahun 2005 ditemukan sebanyak 859 kasus, tahun 2014 ditemukan 32.711 orang , tahun 2015 ditemukan sebanyak 30.935 orang dan sampai bulan maret 2016 sudah ditemukan sebanyak 7.146 orang (Afritayeni, 2018) (Kemenkes Kementrian Kesehatan RI, 2016).

Pada kasus seks pranikah pada remaja merupakan suatu fenomena yang semakin marak terjadi di berbagai Negara dan salah satunya di Indonesia. Berdasarkan catatan lembaga BKKBN, 46% remaja berusia 15–19 tahun sudah berhubungan seksual. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Komnas tahun 2012 tentang perilaku seks di kalangan remaja SMP dan SMA yang dilakukan di 17 kota besar di Indonesia menyebutkan bahwa dari 4.726 responden, 97% mengatakan pernah menonton pornografi, 93,7% mengaku sudah tidak perawan, serta 21,26% sudah pernah melakukan aborsi (Rachmawati, C. D dan Devi, S.R., 2016).

Berdasarkan hasil survey nasional, menunjukkan bahwa alasan yang menyebabkan remaja melakukan hubungan seks adalah (Appulembang dkk, 2019):

1. Pasangan laki-laki atau perempuan mendesak;
2. Beranggapan bahwa dirinya sudah siap;
3. Mereka ingin dicintai;
4. Mereka tidak ingin diolok-olok karena masih perjaka/perawan

Pengalaman seksual dikalangan remaja biasanya terjadi dalam konteks hubungan pacaran karena pacaran akan menghadapkan remaja dengan kondisi yang meningkatkan pengalaman seksual mereka (Appulembang dkk, 2019).

E. Upaya Penanggulangan

Untuk penanggulangan perilaku berisiko pada remaja ditanggulangi dalam program PKPR. Secara khusus, tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan

evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Arsani, NLKA, dkk, 2019).

Selain itu, permasalahan kesehatan reproduksi remaja diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Program Pojok Remaja (P2R) merupakan suatu model asuhan keperawatan sekolah yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan dan sumber-sumber serta mengidentifikasi nilai-nilai dalam populasi remaja melalui penyusunan suatu program dalam pemenuhan kesehatan reproduksi remaja di sekolah dan kelompok remaja melalui integrasi model pelayanan kesehatan di sekolah dengan program UKS (Susanto, T dan Iis, R, 2015).

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis komunitas terutama sekolah.

Kelompok remaja memerlukan perhatian yang khusus oleh praktisi kesehatan khususnya perawat komunitas. Remaja umumnya mendapatkan kenyamanan dan terbuka pada kelompok sebayanya. Proses pembelajaran remaja dapat difasilitasi dalam kegiatan kelompok sebaya melalui model dalam suatu kelompok remaja di sekolah yang berupa Pojok Remaja (Susanto, T dan Iis, R, 2015).

Pada upaya pencegahan agar remaja tidak melakukan perilaku berisiko, tentunya berpangkal pada peran orangtua. Orangtua memegang peranan penting untuk mencegah hubungan seksual pranikah. Keterlibatan keluarga dalam perkembangan anak sangat penting khususnya orangtua. Orangtua terkadang begitu sibuk dengan kegiatannya sendiri tanpa memedulikan bagaimana perkembangan anak-anaknya. Orangtua cenderung hanya memikirkan kebutuhan lahiriah anaknya dengan bekerja keras tanpa memedulikan bagaimana anak-anaknya tumbuh dan berkembang. Oleh karena itu, perlu diketahui lebih mendalam berbagai penjelasan mengenai fungsi. Fungsi keluarga terdiri atas 6 dimensi yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif, keterlibatan afektif, kontrol perilaku (Gustina, E, 2017) (Rochaniningsih, N. S, 2014).

Dimensi pertama yaitu pemecahan masalah, dimensi ini merujuk kepada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah pada setiap level sehingga dapat menjaga fungsi keluarga tetap efektif. Dimensi kedua yaitu, komunikasi. Pada dimensi ini lebih berfokus kepada komunikasi secara verbal yang lebih dapat diukur. Dimensi ketiga yaitu peran. Pada dimensi ini terdapat peran dalam keluarga seperti penyediaan sumber daya (penyediaan uang, makanan, pakaian dan tempat tinggal, adanya perawatan dan dukungan (penyediaan kenyamanan, kehangatan, rasa aman dan dukungan untuk anggota anggota keluarga), adanya kepuasan seksual dewasa (pasangan suami istri secara personal merasakan kepuasan dalam hubungan seksual satu sama lain), adanya pengembangan pribadi (mendukung anggota keluarga dalam mengembangkan keterampilan pribadi seperti perkembangan fisik, emosi, sosial dan pendidikan anak serta pengembangan karir dan perkembangan sosial dewasa), adanya pemeliharaan dan pengelolaan sistem keluarga (melibatkan teknik tindakan yang dibutuhkan untuk mempertahankan standar keluarga seperti pengambilan keputusan, batasan dan fungsi keanggotaan dalam keluarga, implementasi dan kontrol perilaku, pengaturan keuangan rumah tangga dan hal yang berkaitan dengan

pengasuhan dan kesehatan keluarga). Dimensi keempat yaitu responsivitas afektif, yaitu kemampuan berespon terhadap stimulus yang ada dengan kualitas dan kuantitas perasaan yang tepat. Dimensi kelima yaitu keterlibatan afektif merupakan sejauh mana anggota keluarga menunjukkan ketertarikan dan penghargaan kepada aktivitas dan minat anggota keluarga lainnya. Dimensi keenam yaitu kontrol perilaku, mengenai pola yang diadopsi oleh keluarga untuk menangani perilaku anggota keluarga dalam tiga area yaitu situasi yang membahayakan secara fisik, situasi yang melibatkan pemenuhan kebutuhan dan dorongan psikologis, situasi yang melibatkan perilaku sosialisasi interpersonal baik diantara anggota keluarga maupun dengan oranglain di luar keluarga (Appulembang dkk, 2019) (Rochaniningsih, N. S, 2014).

BAB VI

PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA: KONSELING SEBAYA DAN KOMUNIKASI ORANGTUA-REMAJA

Komunikasi adalah suatu proses pertukaran dan penyampaian informasi, sikap, pikiran atau perasaan melalui bahasa, pembicaraan, pendengaran, gerak tubuh atau ungkapan emosi. Komunikasi orangtua dengan remaja merupakan salah satu bentuk komunikasi interpersonal. Dalam komunikasi interpersonal, pembicaraan antar kedua belah pihak berlangsung akrab, berusaha saling memahami dan terjadi tanya jawab, sehingga terdapat saling pengertian. Dalam hal ini masing-masing pihak saling memberikan umpan balik, dengan terbuka, jujur, tidak berprasangka dan saling mendukung, demi tercapainya efektivitas komunikasi. Komunikasi dikatakan efektif jika dapat memberikan informasi, mendidik, menginstruksikan, mengajak dan menghibur audience termasuk remaja (BKKBN, 2012).

1. Memberikan informasi adalah menyampaikan atau menyebarluaskan pesan (informasi) kepada orang lain.

2. Mendidik adalah pesan (informasi) yang disampaikan bersifat mendidik, sehingga dapat menambah pengetahuan tentang informasi yang disampaikan.
3. Menginstruksikan artinya memberikan instruksi (mewajibkan atau melarang) penerima untuk melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan yang diperintahkan.
4. Mengajak (persuasif) adalah pesan yang disampaikan dapat menimbulkan efek pada komunikan, sehingga dapat mempengaruhi (mengubah) pendapat, sikap dan perilaku orang yang diajak berkomunikasi.
5. Menghibur artinya mengirimkan pesan-pesan yang mengandung hiburan kepada penerimanya, sehingga dapat menimbulkan perasaan senang kepada komunikan.

A. Konseling Sebaya

PIK Remaja dimaksudkan untuk membantu siswa dalam memecahkan permasalahan seputar remaja. Pada pelaksanaannya PIK Remaja terbagi dalam tiga tahapan pertumbuhan yakni tahap Tumbuh, Tegak dan Tegar. Keberadaan remaja sebaya sebagai komunikator sekaligus konselor dalam PIK Remaja sangatlah menarik. Mereka melihat kecendrungan sikap remaja yang lebih nyaman dan terbiasa

curhat dengan teman sebaya menjadi peluang yang baik bagi para konselor sebaya untuk mempermudah mereka menjangkau teman sebayanya dan memahami persoalan mereka. Namun meski demikian ada keraguan karena bisakah konselor sebaya memberikan solusi yang tepat dan adil bagi konseli meskipun para konselor sebaya telah mengikuti pelatihan dan pembekalan konselor sebaya mengingat pola pemikiran mereka masih berubah-ubah (Nafisa, 2016).

Konseling teman sebaya mencakup hubungan membantu yang dilakukan secara individual (*one-to-one helping relationship*), kepemimpinan kelompok, kepemimpinan diskusi, pemberian pertimbangan, tutorial dan semua aktivitas interpersonal manusia untuk membantu atau menolong. Konseling sebaya memungkinkan siswa untuk memiliki keterampilan-keterampilan guna mengimplementasikan pengalaman kemandirian dan kemampuan mengontrol diri yang sangat bermakna bagi remaja. Budaya teman sebaya yang positif memberi kesempatan kepada remaja untuk menguji keefektifan komunikasi, tingkah laku, persepsi dan nilai-nilai yang mereka miliki (Nafisa, 2016).

Pada komunikasi efektif antara kelompok satu dengan kelompok lain atau seseorang dengan orang lain, diperlukan

keterlibatan beberapa unsur komunikasi, yaitu komunikator, komunikan, pesan dan saluran (BKKBN, 2012).

1. Komunikator adalah orang atau sumber yang menyampaikan atau mengeluarkan rangsangan dalam bentuk informasi atau pesan kepada orang atau pihak lain. Diharapkan orang atau pihak lain tersebut memberikan tanggapan atau jawaban. Beberapa faktor yang hendaknya dimiliki oleh komunikator yang mempengaruhi penerimaan pesan oleh komunikan antara lain:
 - a. Dapat dipercaya. Semakin dipercaya pemberi pesan, maka semakin besar tingkat kepercayaan penerima.
 - b. Menarik. Komunikator yang menarik dapat lebih dipercaya untuk mempengaruhi seseorang dibandingkan komunikator yang kurang menarik.
 - c. Kekuasaan. Semakin besar kekuasaan komunikator, semakin besar tingkat kepercayaan komunikan terhadap pesan yang disampaikan.
2. Komunikan adalah pihak yang menerima dan memberikan respon terhadap rangsangan dari komunikator, tanggapan dapat bersifat pasif, yaitu memahami maksud yang disampaikan oleh komunikan atau tanggapan aktif, yaitu berupa ungkapan lisan, tulisan atau berupa simbol. Terdapat

beberapa faktor komunikasi yang harus diperhatikan, antara lain:

- a. Demografi, antara lain: umur, jenis kelamin, ras dan karakteristik audiens termasuk remaja.
 - b. Faktor psikologis, antara lain: pengetahuan, keyakinan, sikap, kemampuan, keterampilan dan harapan audiens termasuk remaja.
3. Pesan adalah rangsangan yang dikeluarkan oleh komunikator kepada komunikan. Isi pesan atau informasi diharapkan dapat dimengerti oleh komunikan dan ditanggapi secara pasif ataupun aktif. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam membuat pesan antara lain:
- a. Tipe pesan. Tipe pesan dapat berbentuk humoris, berdasarkan fakta, emosional atau perintah sehingga dapat menimbulkan perhatian. Setiap tipe pesan tergantung dari situasi dan audiens termasuk remaja.
 - b. Isi pesan. Sangat penting untuk memperhatikan apa yang termasuk dan tidak termasuk dalam pesan. Selain itu, tata urutan pesan juga harus diperhatikan, karena tata urutan yang baik, dapat mempengaruhi logika dan emosi audiens, termasuk remaja, sehingga akan membentuk kesan pada pesan yang disampaikan.

- c. Kesesuaian. Pesan dapat dikembangkan menjadi lebih sederhana agar sesuai dengan latar belakang komunikan, sehingga dapat cepat menimbulkan pemahaman.
4. Saluran (media) dapat berupa komunikasi antar pribadi dan komunikasi massa. Komunikasi antar pribadi adalah komunikasi langsung, tatap muka antara satu orang dengan orang lain baik perorangan maupun kelompok. Komunikasi interpersonal, misalnya komunikasi antara konselor dengan klien, dokter dengan pasien, orangtua dengan remaja. Komunikasi massa, misalnya TV, radio, koran, spanduk.

Pada komunikasi interpersonal, terdapat beberapa aspek yang harus diperhatikan oleh komunikator agar komunikasi menjadi efektif, antara lain:

1. Keterbukaan. Pengertian keterbukaan adalah adanya keinginan untuk membuka diri dengan orang lain untuk berinteraksi dan keinginan untuk memberikan tanggapan sejujurnya terhadap rangsangan yang diterima. Dalam keterbukaan, memerlukan adanya pengakuan dan sikap bertanggung jawab terhadap segala pikiran dan perasaan yang telah diungkapnya.
2. Empati. Adanya usaha masing-masing pihak untuk merasakan apa yang sedang dirasakan oleh orang lain,

dalam upaya untuk memahami orang lain. Berempati juga membutuhkan kepekaan agar dapat merasakan perasaan orang lain ketika komunikasi berlangsung. Adapun langkah-langkah untuk mengembangkan empati, antara lain:

- a. Lebih banyak memahami keinginan, pengalaman, kemampuan dan kecemasan yang dirasakan orang lain.
 - b. Menghindari penilaian baik-buruk atau benar-salah terhadap perilaku atau sikap orang lain.
 - c. Mencoba untuk melihat masalah dari cara pandang (persepsi) orang lain.
3. Dukungan. Dukungan dapat berupa ungkapan verbal dan non verbal. Ungkapan verbal, seperti gerakan menganggukkan kepala, mengedipkan mata, tersenyum atau tepukan tangan. Ungkapan non verbal, seperti memahami dan berpikir secara terbuka (mampu menerima pandangan orang lain).
 4. Kepositifan. Dapat dilakukan dengan memberikan sikap positif dan menghargai orang lain, sehingga seseorang mampu menghargai dirinya sendiri secara positif.
 5. Kesamaan. Adanya kesamaan pengalaman dan kesamaan dalam percakapan antara para pelaku komunikasi.

Tujuannya agar mencegah terjadinya kesalahpahaman atau konflik.

Konselor sebaya dituntut untuk memiliki keterampilan atau kompetensi komunikasi yang baik, khususnya komunikasi interepersonal, sehingga ia mampu berperan ganda tidak hanya sebatas komunikator melainkan juga menjadi teman yang nyaman dan dapat di percaya bagi remaja yang sedang bermasalah. Adapun yang dimaksud dengan komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara seseorang dengan yang lain, bisa dengan cara langsung tatap muka ataupun dengan cara bantuan media (Suranto, 2010). Kompetensi komunikasi mengacu kepada kemampuan seseorang berkomunikasi secara efektif. Kompetensi ini mencakup hal-hal seperti pengetahuan tentang peran lingkungan (konteks) dalam mempengaruhi kandungan dan bentuk pesan komunikasi (Devito, 2011).

Setidaknya ada empat faktor yang harus dimiliki komunikator untuk meningkatkan komunikasi yaitu (Nafisa, 2016):

1. Keterampilan komunikasi, yakni kemampuan melakukan komunikasi yang meliputi berbicara, membaca, mendengarkan dan berpikir atau logika.

2. Sikap yaitu sikap baik komunikator terhadap banyak khalayak maupun materi komunikasi yang dibicarakan.
3. Tingkat pengetahuan, yakni pengetahuan tentang topik atau masalah yang sedang dibicarakan sekaligus mampu mensejajarkan materi dengan lawan bicara yang dihadapi.
4. Sistem sosial budaya, yaitu komunikator yang memiliki posisi di dalam masyarakat, misalnya pemuka agama atau tokoh masyarakat.

Pada komunikasi interpersonal, konsultasi dalam konseling dapat memberikan manfaat (Agus, 2003) :

1. Konsultasi menjadi semacam proses katalis yang dapat mengurangi beban batin. Jika konsultasi bisa dilaksanakan sungguh-sungguh, tanpa berhasil memecahkan masalah pun sudah berfungsi meringankan.
2. Pengembangan wawasan, pemikiran dan sikap dalam hidup
3. Penemuan masalah dan pemecahannya
4. Melatih keterampilan komunikasi interpersonal, mendengarkan dan menanggapi rekan bicara dengan lebih baik.

Karena dilakukan secara tatap muka, konseling dalam ranah komunikasi interpersonal dianggap sebagai jenis komunikasi yang paling efektif untuk mengubah sikap, pendapat

dan perilaku seseorang. Efektifnya komunikasi persuasif dalam situasi komunikasi seperti ini memungkinkan komunikator mengetahui *frame of reference* komunikan, kondisi fisik dan mental komunikan, suasana lingkungan pada saat konseling berlangsung dan tanggapan konseli secara langsung (Nafisa, 2016).

Jika konselor sebaya tidak bisa mengatasi masalah yang ditanganinya maka konselor sebaya ini akan melaporkan kepada Guru BK dan pihak terkait seperti aspek konseling yakni alih tangan kasus ketika kasus tidak teratasi. Konselor sebaya disini hanya memberi saran dan bukan untuk mengarahkan secara paksa ketika konseli tidak bisa melaksanakan solusi tersebut. Konselor sebaya hanya memberi bantuan kepada konseli memberi pengertian tentang masalahnya dan solusi terbaik untuk memecahkan masalahnya (Nafisa, 2016).

Ketika proses konsultasi berlangsung konselor sebaya selalu berupaya untuk bersikap *self monitoring* atau monitor diri sendiri agar terhindar dari perilaku yang membuat konseli resah sehingga ketika konseling berlangsung konselor hanya melakukan tindakan-tindakan yang memungkinkan konseli merespon secara positif. Konselor tidak diperkenankan untuk menggunakan bahasa dan kata-kata yang terkesan

mendiskriminasi atau menggurui juga juga tidak diperbolehkan mengarahkan konseli, karena konselor hanya berperan untuk membantu konseli dan melihat masalah mereka dengan lebih jelas. Maka dari itu para konselor sebaya ini memiliki kiat khusus dalam berkomunikasi dengan konseli yakni dengan mengedepankan fakta dan pengalaman sebagai bahan rujukan konsultasi. Dengan menggunakan contoh kasus yang relevan yang memang didasarkan pada pengalaman pribadi, konselor bisa menemukan lebih banyak cara pemecahan masalah yang memungkinkan tanpa harus menyakinkan konseli secara paksa. Bagi konseli itu sendiri mendengar pengalaman yang nyata akan lebih berkesan dan sampai ke dalam pikiran dibandingkan dengan solusi yang selalu kaku dan formal (Nafisa, 2016).

Melalui pengalaman-pengalaman tersebut remaja lebih mudah tersentuh dan tersadar sehingga memungkinkan para konselor untuk memberikan solusi kepada remaja agar menjauhi berbagai perilaku tidak sehat. Berbeda bila remaja diceramahi dengan pernyataan –pernyataan yang memojokkan atau menggurui dengan membawa ajaran agama. Sikap demikian akan membuat konseli merasa tidak nyaman dan berhenti bekonsultasi. Konselor sebaya harusnya mempunyai keterampilan kognitif yang dimiliki meliputi kemampuan untuk

berempati dan simpati, melakukan *self monitoring*, menggunakan pengalaman pribadi serta mengetahui penyebab perilaku konseli, konselor sebaya juga memiliki keterampilan tingkat perilaku atau *behavioral* meliputi keterampilan observasi, menggunakan tatapan mata yang sesuai, menyimak ucapan verbal, kualitas suara dan bahasa tubuh. Memperlihatkan *gesture* dan postur yang tidak baik akan menyinggung perasaan konseli, observasi dan memantapkan hubungan baik sangat penting dalam proses konseling. Dengan observasi konselor dapat mengumpulkan informasi yang diperlukan baik melalui tingkah laku verbal maupun non verbal (Nafisa, 2016).

Terdapat beberapa cara melakukan observasi terhadap konseli dan memantapkan hubungan dalam kegiatan konseling sebaya:

1. Menunjukkan penerimaan apa adanya terhadap konseli
2. Menjalin kerjasama sehingga terjalin komunikasi dua arah
3. Memberi pujian dan dukungan serta perhatian kepada konseli
4. Konselor harus senantiasa bersikap ramah terhadap konseli
5. Tidak memotong pembicaraan

Konselor sebaya juga harus mengerti kode etik konselor meskipun dalam hal ini mereka belum cukup mengerti dalam

segi umur maupun pengetahuan, mereka disisipkan secara tidak langsung etika konselor seperti menjaga kerahasiaan konseli dan hal-hal yang berdampak buruk bagi konseli. Pada PIK Remaja ini konselor sebaya diberi pengertian bahwa masalah teman sebayanya merupakan hal yang sangat rahasia, mereka konselor sebaya tidak akan menceritakan kepada orang lain tentang masalah teman yang sudah berkonsultasi. Keterampilan komunikasi interpersonal konselor sebaya sangat berperan dalam hal membantu masalah remaja, keterampilan penyampaian pesan oleh konselor sebaya dan penerimaan pesan oleh konseli, dengan berbagai dampaknya dan peluang untuk memberikan umpan balik dengan segera sehingga masalah remaja ini terselesaikan dengan pesan dan solusi yang diberikan konselor sebaya (Nafisa, 2016).

Faktor-faktor yang menumbuhkan komunikasi interpersonal yaitu percaya yang didalamnya mengandung rasa menerima empati maupun kejujuran, dan faktor yang lainnya adalah sikap terbuka. Peningkatan keterampilan komunikasi interpersonal konselor sebaya mencakup kecakapan kognitif yakni kecakapan pada tingkat pemahaman, kecakapan ini membantu konselor dan konseli dapat berkomunikasi dengan baik untuk mencapai tujuan yang rasional dan relasional.

Sedangkan *behaviorial* adalah kecakapan pada tingkat perilaku. Kecakapan ini membantu kita untuk melaksanakan perilaku yang membawa sampai tujuan, baik personal maupun relasional dalam berkomunikasi dengan orang lain (Rakhmat, 2005).

B. Komunikasi Orangtua-Remaja

Selain dengan rekan sebaya, diperlukan pula komunikasi antara orangtua dan remaja terkait dengan kesehatan reproduksi remaja. Komunikasi orangtua –remaja didefinisikan sebagai informasi atau pesan tentang seksualitas yang disampaikan oleh komunikator (orangtua) kepada komunikan (remaja). Komunikasi orangtua-remaja juga harus mencakup penyampaian nilai, standar dan sikap orangtua mengenai isu tersebut (BKKBN, 2012).

Tujuan dilakukannya komunikasi efektif orangtua dengan remaja, antara lain:

1. Membangun hubungan yang harmonis dengan remaja
2. Membentuk suasana keterbukaan
3. Membuat orangtua mau mendengar remaja saat mereka berbicara
4. Membuat remaja mau bicara pada saat mereka menghadapi masalah

5. Membuat remaja mau menghormati orangtua atau orang dewasa saat mereka berbicara
6. Membantu remaja menyelesaikan masalahnya

Beberapa hal yang sering dilakukan orangtua ketika berkomunikasi dengan remaja, sehingga menghambat keberhasilan komunikasi orangtua dengan remaja, antara lain:

1. Lebih banyak berbicara daripada mendengar
2. Merasa tahu lebih banyak
3. Cenderung memberi arahan dan nasihat
4. Tidak berusaha untuk mendengar terlebih dahulu apa yang sebenarnya terjadi dan yang dialami oleh remaja
5. Tidak memberi kesempatan pada remaja untuk mengemukakan pendapat
6. Tidak mencoba menerima kenyataan yang dialami remaja dan memahaminya
7. Merasa putus asa dan marah karena tidak tahu harus bersikap atau bertindak bagaimana kepada/remajanya.

Terdapat gaya komunikasi antara orangtua dan remaja

1. Gaya berkomunikasi orangtua dengan/remajanya

Pada fase remaja, mereka tidak cocok diajari berkomunikasi dengan gaya orangtua yang memerintah dan mengatur, karena mereka akan memandang orangtua sebagai

sosok yang mengancam dan tidak mampu mengerti diri remaja. Untuk berkomunikasi dengan remaja, lebih cocok dengan gaya komunikasi layaknya seorang teman. Orangtua dapat mengajak anak berkomunikasi dengan santai, tidak memberikan penilaian, serta tidak terkesan menggurui. Dengan gaya komunikasi seperti ini membuat remaja merasa lebih aman dan nyaman dalam mendengarkan orangtua, karena orangtua dianggap mampu mengerti posisi serta keinginan diri remaja (BKKBN, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian Nuranti (2009) kepada beberapa orangtua dan remaja di Yogyakarta, menunjukkan sebagian besar orangtua tidak mendiskusikan secara langsung mengenai hubungan seksual, melainkan lebih pada fungsi dan proses organ reproduksi, seperti menstruasi dan mimpi basah. Orangtua memberikan keterampilan tentang cara menjaga kebersihan organ reproduksi, terutama pada saat remaja putri sedang menstruasi. Selain itu, orangtua menyampaikan nilai-nilai agama dan budaya yang harus dipatuhi remaja setelah memasuki akhil balig. Dari sisi nilai agama, misalnya bagi remaja muslim harus menjalankan shalat 5 waktu dan cara mandi besar setelah menstruasi atau mimpi basah. Dari sisi budaya, jika remaja sudah memasuki akhil balig diadakan syukuran dengan memasak beras merah dan beras putih sebagai

tanda memasuki usia balig. Selain itu juga beberapa larangan dan anjuran bagi remaja yang sudah memasuki akhil balig, seperti tidak berduaan dengan lawan jenis di tempat sepi dan menjaga tubuhnya dari sentuhan oleh lawan jenis (terutama bagi remaja putri) (Nuranti, 2009).

2. Gaya berkomunikasi remaja dengan orangtuanya (BKKBN, 2012)

Remaja saat ini lebih nyaman berkomunikasi dengan teman atau sebayanya melalui jejaring sosial (misalnya *facebook* dan *twitter*). Tidak dapat dipungkiri bahwa bergaul jejaring sosial adalah hal yang sangat menyenangkan. Hanya dengan berbekal akun, masyarakat pengguna situs jejaring sosial dapat menerima dan bertukar informasi dengan siapapun dari seluruh penjuru dunia.

Berdasarkan pengalaman seorang ibu, yang menceritakan pengalaman dengan anak remajanya, sebagai berikut : “Akhir-akhir ini komunikasi seorang ibu dengan anak sulungnya bisa dibilang sedang bermasalah. Si sulung, sebut saja Arin (berusia 17 tahun) lebih suka menyendiri di kamar. Pulang sekolah dia melongok ibunya sebentar untuk sekedar cium tangan terus langsung masuk ke kamar. Tidak ada acara ngobrol atau curhat-curhat dengan sang ibu. Padahal sebelumnya Arin selalu lengket

dengan ibunya. Kalau ada masalah di sekolah, teman atau apapun Arin selalu cerita. Cerita-cerita gokil juga sering terlontar dari bibir Arin. Pokoknya Arin ini adalah pribadi yang ceria.

Melihat perubahan anaknya secara tiba-tiba membuat sang ibu khawatir. Ibu sudah mencoba berulang kali untuk mendekati Arin. Mengajaknya bicara, tapi Arin tidak memberikan respon. Setiap kali ditanya “apa ada masalah di sekolah?” Arin hanya menggelengkan kepalanya. Sebagai alternatif lain saya lalu membuka facebook dan segera meluncur ke “dinding”nya Arin. Sejenak saya amati aktifitasnya, dari ungkapan-ungkapan yang tertera pada beberapa statusnya saya bisa menangkap kalau Arin sedang bermasalah. Apalagi kalau bukan soal “cinta”. Namanya juga remaja. Dimana masa-masa itu seorang anak sedang mengalami masa transisi dan lagi seneng coba-coba. Yah lumrahlah kalau sekarang ini Arin juga pada taraf itu.

Ada beberapa kalimat yang menyinggung tentang kekecewaannya terhadap ibunya. Seperti “Ahk ibu payah! Gag boleh ngeliat anaknya seneng dikit..” Ada juga ungkapan seperti ini; “Capek backstreet mulu. Kapan ya aku bisa seperti mereka. Pacaran gag pake ngumpet-ngumpet.” Oh ini toh gerangan yang telah membuat hubungan antara ibu dan anak ini menjadi

renggang. Hemm.. Nampaknya ada “sesuatu” yang musti dibenahin nih!

Dari jejaring sosial tersebut, sebenarnya orangtua bisa memantau kegiatan anak remajanya. Bukan tidak mungkin jika seorang anak yang terlihat biasa-biasa saja ternyata sedang memendam satu permasalahan dan mereka akan cenderung lari ke jejaring sosialnya untuk bercurhat, bukan kepada orangtuanya.

3. Keterampilan komunikasi orangtua dengan remaja

Terdapat beberapa keterampilan komunikasi yang perlu dikembangkan oleh orangtua dengan remaja, antara lain (BKKBN, 2012):

a. Mengenal diri orangtua

Dalam berkomunikasi terutama dengan remaja penting bagi orangtua harus mengenal:

- 1) Kemampuan dan kelebihan yang dimilikinya
- 2) Kelemahan atau kekurangan yang dirasa mengganggu
- 3) Cara memanfaatkan kelebihan dan mengatasi kekurangan diri

Dengan pengenalan diri, orangtua bisa menerima diri apa adanya, sehingga tahu apa yang harus dirubah. Selain itu sebagai orangtua akan lebih percaya diri dan mudah menerima

remajanya dengan segala kekurangan dan kelebihanannya. Ada beberapa cara agar orangtua dapat mengenal diri mereka sendiri yaitu melalui:

- 1) Menghargai diri sendiri. Biasakan tidak membandingkan diri dengan orang lain, karena setiap orang itu unik. Kita dan orang lain pasti memiliki perbedaan.
- 2) Menghargai upaya yang sudah kita lakukan. Walaupun mungkin belum berhasil, tetapi tetap berusaha menghargai niat dan upaya yang telah kita lakukan.
- 3) Menentukan tujuan hidup kita. Sebagai orangtua tentukan tujuan dalam mendidik anak, ingin menjadi ibu yang menjadi panutan bagi anak-anaknya atau ingin menjadi ayah yang sukses dalam mendidik anak.
- 4) Berpikir positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Memandang dirinya maupun remaja dari sisi yang positif
- 5) Mengembangkan minat dan kemampuan diri. Bersedia menghabiskan waktu dan tenaga untuk belajar dan melakukan tugas sampai tujuan tercapai
- 6) Mengendalikan perasaan. Tidak mudah marah, menghadapi kesedihan secara wajar tidak berlebihan. Tidak mudah terpengaruh keadaan sesaat, dan bisa menerima penjelasan remaja dengan tenang.

b. Mengenal diri remaja

Penting bagi orangtua memahami perasaan remaja. Banyak terjadi masalah dalam berkomunikasi dengan remaja, yang disebabkan karena orangtua kurang dapat memahami perasaan remaja yang diajak bicara. Agar komunikasi dapat lebih efektif, orangtua perlu meningkatkan kemampuannya dan mencoba memahami perasaan remaja sebagai lawan bicara.

Pada dasarnya kebutuhan manusia yang paling dalam adalah keinginan agar perasaannya dimengerti, didengar, dihargai, dan dirinya dapat diterima oleh orang lain. Dengan bersedia menerima perasaan remaja, menunjukkan bahwa kita menghargai remaja dan hal tersebut membuat mereka merasa berharga. Mereka akan belajar bahwa bukan hanya perasaan mereka saja yang penting, tetapi juga perasaan orang lain sama pentingnya.

1) Perasaan yang sering dialami remaja

Dua perasaan yang sering dialami remaja adalah:

- a) Perasaan negatif. Perasaan ini antara lain berupa perasaan marah, kesal, bosan, bingung, kecewa, frustrasi, merasa tidak diperhatikan, kaget, ragu- ragu, tidak nyaman, merasa tidak dicintai, dan sebagainya. Contoh :“Udah deh, kapok aku. Aku nggak mau sekolah lagi. Aku benci sekolah”

- b) Perasaan positif, antara lain berupa perasaan berani, puas, yakin pada kemampuan diri, senang, berminat, bangga, hebat, dan sebagainya. Contoh :“Bu, aku nggak kepilih jadi tim volley di sekolahku. Ternyata banyak temanku yang mainnya lebih baik dari aku”

Perasaan memegang peranan yang sangat penting dalam berkomunikasi. Seseorang yang sedang dalam perasaan senang akan mudah berkomunikasi atau menyampaikan pikiran, pendapat, bahkan perasaan hatinya.

2) Cara memahami perasaan remaja

Perihal memahami perasaan remaja, orangtua harus menerima terlebih dahulu perasaan dan ungkapan remaja, terutama ketika ia sedang mengalami masalah. Ini sangat penting agar mereka merasa nyaman dan mau melanjutkan pembicaraan dengan lawan bicara. Banyak perasaan yang dialami orang termasuk remaja tidak akan muncul dalam ungkapan atau kata-kata namun muncul dalam bahasa tubuh seperti tersenyum, menangis, gugup dan lain sebagainya.

Melalui bahasa tubuh dapat menunjukkan bagaimana perasaan yang sebenarnya. Bahasa tubuh mempunyai pengaruh yang luar biasa dalam segala bentuk komunikasi dan umumnya terjadi tanpa kita sadari. Ungkapan wajah dan mata, gerakan

anggota badan dan tubuh, posisi tubuh remaja, bisa memberi isyarat yang banyak kepada orangtua agar memahami perasaan remaja. Demikian pula nada dan tempo suara. Oleh karena itu penting bagi setiap orang untuk mengenal bahasa tubuh. Contoh bahasa tubuh:

- 1) Bahasa tubuh: Menangis. Makna yang disampaikan: Sedih, putus asa, marah, kesal, frustrasi, atau terharu dan bahagia
- 2) Bahasa tubuh: Senyum. Makna yang disampaikan: Senang atau gembira
- 3) Bahasa tubuh: Menghentakan kaki. Makna yang disampaikan: Kesal atau marah
- 4) Bahasa tubuh: gugup. Makna yang disampaikan: Takut, malu atau ragu

c. Mendengar aktif

Mendengar aktif adalah cara mendengar dan menerima perasaan serta memberi tanggapan yang bertujuan menunjukkan kepada remaja bahwa kita sungguh- sungguh telah menangkap pesan serta perasaan yang terkandung didalamnya. Hal itu dilakukan sehingga kita dapat memahami remaja seperti yang mereka rasakan bukan seperti apa yang kita lihat atau kita sangka. Beberapa sikap yang perlu dikembangkan oleh orangtua dalam mendengar persoalan remaja:

- 1) Aktif dan memperhatikan bahasa tubuh dengan sungguh-sungguh
- 2) Membuka diri dan siap mendengarkan
- 3) Tidak berbicara ketika remaja berbicara
- 4) Memahami apa yang dirasakan, dipikirkan, dan dimaksud remaja sesuai dengan kaca mata remaja, bukan kaca mata orangtua

Mendengar aktif sangat tepat digunakan apabila remaja sedang mengalami masalah dan menunjukkan emosi yang kuat, atau remaja tidak menunjukkan emosi akan tetapi dapat ditangkap perasaannya sedang tidak nyaman. Dalam mendengar aktif, orangtua seolah-olah berperan seperti cermin, dengan memantulkan kembali, memaknai perasaan, serta mengulangi inti pesan yang diungkapkan remaja, sehingga ia merasa didengar, dipahami, dan didukung. Contoh:

Ana : Tono bilang dia akan ketemu aku di acara pertemuan remaja. Eh nggak tahunya dia nggak muncul, jadi aku satu-satunya orang baru di acara itu.

Ortu : Jadi Ana malu dong ya, karena Tono tidak datang?

Ketika remaja berbicara, tunggulah 10 detik sebelum membalas pembicaraan. Gunakan waktu ini untuk berpikir “Apa yang sedang dirasakan remaja?” dan “Apa yang menyebabkan

remaja punya perasaan seperti ini ?” Ada beberapa cara untuk memantulkan kata-kata remaja kita. Misalnya : “Kamu kayaknya lagi ... karena ...” atau “ Kamu kelihatannya karena ...”

Banyak keuntungan yang diperoleh jika kita mendengar aktif pada saat berkomunikasi dengan remaja, antara lain:

- 1) Membantu remaja untuk mengenal, menerima dan mengerti perasaannya sendiri serta menemukan cara mengatasi perasaan dan masalahnya.
- 2) Merangsang mereka untuk berbicara dan mengemukakan masalahnya sehingga kita dapat mengetahui dengan tepat apa yang sebenarnya dirasakan oleh remaja. Dengan demikian perasaan negatif tersebut sedikit demi sedikit akan hilang.
- 3) Menumbuhkan rasa hangat dan mengakrabkan hubungan orangtua dengan remaja. Kita jadi belajar untuk bisa menerima keunikan remaja yang sedang kita dengarkan masalahnya.
- 4) Membuat remaja merasa dirinya penting dan berharga.
- 5) Membuat remaja merasa diterima dan dipahami cenderung akan mudah menerima dan memahami orang lain.

6) Membuat remaja mau mendengarkan orangtuanya sehingga mudah terjalin kerjasama

d. Memahami “Pesan Kamu” dan “Pesan Saya”

1) Pengertian “Pesan Kamu” dan “Pesan Saya”

“Pesan Kamu” adalah cara orangtua berkomunikasi dengan terbiasa menggunakan bahasa “Kamu”. Cara seperti ini tidak menyampaikan akibat perilaku remaja terhadap orangtua tetapi berpusat pada kesalahan remaja, cenderung tidak membedakan antara remaja dan perilakunya sehingga membuat remaja merasa disalahkan, direndahkan, dan disudutkan.

“Pesan Saya” lebih menekankan perasaan dan kepedulian orangtua sebagai akibat perilaku remaja sehingga remaja belajar bahwa setiap perilaku mempunyai akibat terhadap orang lain. Melalui “Pesan Saya” akan mendorong semangat remaja, mengembangkan keberaniannya, sehingga remaja akan merasa nyaman.

2) Cara mempraktekkan “Pesan Saya”

a) Ungkapkan perasaan orangtua yang bersangkutan paut dengan konsekuensi perilaku remaja

b) Tunjukkan hal yang khusus dan positif, apa yang orangtua inginkan agar remaja mau melakukan.

“Pesan Saya” terdiri dari 4, yaitu:

- a) Saya merasa (pernyataan yang mengandung bagaimana perasaan orangtua yang berkaitan dengan tingkah laku remaja yang mengganggu).
- b) Kapan (tingkah laku mengganggu orangtua)
- c) Karena/sebab (alasan atau penjelasan apa yang diperkirakan akan terjadi)
- d) Perilaku remaja yang diharapkan oleh orangtua. Contoh :
 - (1) Ibu merasa cemas, ketika kamu tidak pulang pada waktunya, karena Ibu pikir ada sesuatu yang terjadi atas dirimu. Ibu suka kamu pulang menjelang pukul lima sore.
 - (2) Ibu menjadi marah, ketika kamu memperlakukan Ibu dengan kasar di muka umum, karena Ibu rasa kamu tidak menghargai Ibu. Ibu suka bila kamu berbicara sopan.
- c. Menentukan dan menyikapi masalah komunikasi orangtua dengan remaja

Ketika menghadapi remaja sebagai lawan bicara yang bermasalah, kita perlu mengetahui masalah siapa ini.

1) Cara menyikapi masalah

Setelah kita mengetahui masalah siapa, maka akibatnya siapa yang memiliki masalah harus bertanggung jawab untuk menyelesaikannya. Bila masalah itu adalah masalah remaja maka teknik yang digunakan adalah Mendengar Aktif. Bila

masalah itu adalah masalah orangtua, maka teknik yang digunakan adalah lebih menekankan perasaan dan kepedulian orangtua sebagai akibat perilaku remaja, sehingga remaja belajar bahwa setiap perilaku mempunyai akibat terhadap orang lain.

2) Manfaat menentukan masalah

Dengan menentukan masalah, orangtua dapat mengetahui apa yang harus dilakukannya sehingga mereka bisa memutuskan apakah membiarkan remaja mengatasinya sendiri atau membantu apabila perlu. Disamping itu menentukan masalah dapat melatih remaja untuk mandiri dengan cara:

- a) Memahami perasaannya
- b) Mengetahui pemilik masalah
- c) Mencari kemungkinan jalan keluar
- d) Memilih mana yang akan dijalani
- e) Membuat kesepakatan untuk melaksanakan
- f) Melakukan evaluasi

Baik masalah orangtua atau remaja pemecahannya dapat dilakukan dengan melibatkan remaja. Bila persoalan orangtua, remaja merasa dihargai. Bila masalah remaja, maka remaja belajar ketrampilan baru sehingga secara bertahap dapat mengurus masalahnya sendiri

3) Tips menentukan dan menyikapi masalah

Tanyakanlah pada diri sendiri serangkaian pertanyaan di bawah ini:

- a) Apakah tingkah laku remaja mengganggu hak dan keselamatan kita sebagai manusia? Ya/Tidak
- b) Apakah tingkah laku remaja mengganggu keselamatan remaja atau orang lain? Ya/Tidak

Jika jawabannya “ya” untuk kedua pertanyaan di atas maka berarti itu masalah orangtua, jika sebaliknya maka itu masalah remaja.

- 4) Perlunya membiasakan untuk mengetahui masalah “siapa”, karena:
 - a) Kita tidak mungkin menjadi seorang yang harus mampu memecahkan semua masalah
 - b) Kita harus mengajarkan kepada remaja rasa tanggungjawab dalam memecahkan masalahnya sendiri
 - c) Kita perlu membantu remaja untuk tidak terlalu ikut campur urusan orang lain
 - d) Remaja perlu belajar mandiri

4. Mengenal dan menghindari gaya penghambat komunikasi

Dalam berkomunikasi dengan remaja, orangtua sering bereaksi terhadap ungkapan perasaan, pikiran, maupun pernyataan remaja dengan gaya yang membuat perasaan menjadi tidak nyaman dan merusak harga diri remaja, sehingga menyebabkan komunikasi menjadi terhambat. Oleh karena itu, orangtua diharapkan dapat mengenali gaya komunikasi tersebut dan berusaha menghindari atau tidak menggunakannya. Adapun beberapa gaya penghambat komunikasi, antara lain:

- a. Memerintah. Tujuan Orangtua: Mengendalikan situasi dan menyelesaikan masalah dengan cepat. Pesan yang ditangkap remaja: Harus patuh tidak punya pilihan. Contoh : “ Jangan mengeluh, kerjakan saja!”
- b. Menyalahkan. Tujuan Orangtua: Memberitahu remaja kesalahannya. Pesan yang ditangkap remaja: Tidak pernah benar/baik. Contoh : “Pasti kamu bikin onar lagi, apalagi yang kamu lakukan sampai Ayah dipanggil ke sekolah?”
- c. Meremehkan. Tujuan Orangtua: Menunjukkan ketidakmampuan remaja dan orangtua lebih tahu. Pesan yang ditangkap remaja: Tidak berharga/merasa tidak

- mampu. Contoh : “Kamu kan belum berpengalaman, coba pikirkan saran Ibu”
- d. Membandingkan. Tujuan Orangtua: Memotivasi dengan memberi contoh orang lain. Pesan yang ditangkap remaja: Tidak disayang, pilih kasih, saya memang selalu jelek. Contoh : “Buang sampah seenaknya, lihat dong apa yang dikerjakan adikmu”
 - e. Memberi cap. Tujuan Orangtua: Memberitahu kekurangan dengan maksud remaja berubah. Pesan yang ditangkap remaja: Itulah saya Contoh : “Seperti anak-anak saja, cengeng”
 - f. Mengancam. Tujuan Orangtua: Supaya menurut/patuh dengan cepat. Pesan yang ditangkap remaja: Cemas, takut. Contoh : “Jangan bicara begitu, awas kalau sekali lagi bicara seperti itu, tahu sendiri”
 - g. Menasehati. Tujuan Orangtua: Supaya remaja tahu mana yang baik dan buruk. Pesan yang ditangkap remaja: Sok tahu, bosan dan bawel. Contoh : “Sebaiknya kamu terus terang saja mengatakannya”
 - h. Membohongi. Tujuan Orangtua: Membuat urusan jadi gampang. Pesan yang ditangkap remaja: Orangtua/orang

dewasa tidak dapat dipercaya. Contoh : “Kalau tidak diselesaikan, nanti diganggu setan ”

- i. Menghibur. Tujuan Orangtua: Menghilangkan kesedihan atau kekecewaan, remaja jadi senang terus dan jangan larut. Pesan yang ditangkap remaja: Senang, lupa, dan dimengerti melarikan masalah. Contoh : “Banyak yang seperti kamu, ya sudah jangan dipikirin, nanti juga hilang”
- j. Mengkritik. Tujuan Orangtua: Meningkatkan kemampuan dirinya agar remaja memperbaiki kesalahan. Pesan yang ditangkap remaja: Kurang, salah. Contoh : “Dasar pemalas, banyak bicara, tapi tidak mau mengerjakan”
- k. Menyindir. Tujuan Orangtua: Memotivasi, mengingatkan supaya tidak selalu melakukan seperti itu dengan cara menyatakan yang sebaliknya. Pesan yang ditangkap remaja: Menyakiti hati. Contoh : “Sebentar lagi turun hujan, tumben kamu kok mau nyapu”
- l. Menganalisa. Tujuan Orangtua: Mencari penyebab positif/negative remaja atau kesalahannya dan berupaya mencegahnya agar tidak melakukan kesalahan yang sama lagi. Pesan yang ditangkap remaja: Ibu sok pintar. Contoh : “Ah, kamu saja yang mau libur, koq mengatakan bahwa teman-teman yang mengusulkan libur”

Keluarga sebagai wahana pertama dan utama dalam pembangunan bangsa, memiliki peran dan tanggungjawab dalam mewujudkan keluarga yang berkualitas. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui pembinaan kepada keluarga yang mempunyai remaja agar keluarga dapat mengasuh dan membina remaja sebagai generasi penerus yang bertanggung jawab, berakhlak, dan berperilaku sehat. Pengasuhan dan pembinaan remaja dapat dilakukan melalui komunikasi efektif antara orangtua dengan/remajanya. Komunikasi efektif antara orangtua dengan remaja telah diketahui merupakan pengaruh yang paling penting terhadap pembentukan sikap dan perilaku remaja. Orangtua seharusnya menjadi sumber informasi dan pendidik utama tentang kesehatan reproduksi dan penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja (BKKBN, 2012).

BAB VII

PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA: PROGRAM PUSAT INFORMASI DAN KONSELING REMAJA (PIK-R)

A. Pengertian PIK-R

Salah satu cara yang dilakukan dan digalakkan oleh pemerintah dalam rangka mensosialisasikan tentang kesehatan reproduksi remaja adalah melalui program Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R). PIK Remaja adalah suatu kegiatan dalam program GenRe (Generasi Berencana) yang dikembangkan oleh BKKBN yang dikelola dari oleh dan untuk Remaja/Mahasiswa guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, delapan fungsi keluarga, TRIAD KRR (seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), keterampilan hidup (*life skills*), genre dan keterampilan advokasi dan KIE (BKKBN, 2012).

PIK-R adalah nama generik. Untuk menampung kebutuhan program PKBR dan menarik minat remaja datang ke PIK Remaja, nama generik ini dapat dikembangkan dengan nama-nama yang sesuai dengan kebutuhan program dan selera

remaja setempat (BKKBN DIY, 2010). Peran PIK-R di lingkungan remaja sangatlah penting dalam membantu remaja untuk mendapatkan Informasi dan pelayanan konseling yang benar tentang KRR, artinya membantu remaja untuk memperoleh informasi dan konseling yang cukup dan benar tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja (Afriyani, 2016).

B. Tujuan PIK-R

Melalui wadah PIK Remaja dengan berbagai kegiatannya diharapkan nantinya bisa terbentuk Tegar Remaja, yaitu remaja yang (Srenggani, 2013):

1. Berperilaku sehat

Membangun kesadaran remaja untuk berperilaku sehat lebih mengarah bagaimana memberikan pengertian pada para remaja tentang perlunya memelihara kesehatan, dalam hal ini terkait dengan kesehatan reproduksi, sehingga para remaja memahami pentingnya menjaga kesehatan organ reproduksinya hingga tetap terjaga dengan baik (kebersihan dan keamanannya hingga tidak terjadi hubungan seks pranikah).

2. Terhindar dari resiko seksualitas, Napza, IMS, dan HIV/AIDS.

Remaja adalah penerus bangsa dan aset yang berharga. Negara memerlukan generasi muda yang sehat tumbuh berkembang menjadi manusia dewasa yang sehat. Orang yang sehat akan memiliki banyak peluang dalam kehidupan dibandingkan dengan orang yang sakit. Salah satu cara menjadi remaja yang sehat adalah dengan melakukan pola hidup sehat, dan menghindari perilaku-perilaku yang merugikan diri sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Sebagai contoh dari perilaku-perilaku tidak sehat adalah seks pranikah, terjerumus dalam narkoba, IMS, dan HIV/AIDS.

3. Menunda usia pernikahan

Pernikahan bukanlah hal yang mudah, di dalamnya terdapat banyak konsekuensi yang harus dihadapi sebagai suatu tahap kehidupan baru individu dan pergantian status dari lajang menjadi seorang istri/suami yang menuntut adanya penyesuaian diri terus-menerus sepanjang pernikahan. Remaja merupakan salah satu fase kehidupan yang belum memiliki kestabilan baik dari segi emosi maupun perilaku sehari-hari, oleh karena itu pada rentang usia remaja akan sangat berisiko jika harus menjalani sebuah pernikahan. Sehingga perlu dilakukan penyadaran dan konseling kepada remaja tentang lika-liku kehidupan dalam berumah tangga.

4. Bercita-cita mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera

Melalui sebuah konsep masa depan yang jelas, khususnya terkait dengan kehidupan berkeluarga bagi remaja nantinya, perlu ditanamkan sedini mungkin tujuan dari seseorang menikah atau berumah tangga. Dengan adanya penanaman nilai-nilai positif yang dapat dikaji dari konseling tentang kehidupan berumah tangga, maka akan terkonsep sebuah cita-cita untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

5. Menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya

Dengan penanaman konsep remaja yang berperilaku sehat dan memiliki pandangan tentang masa depan yang mengarah pada pembentukan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, akan menjadikan remaja tersebut sebagai seorang contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya. Predikat tersebut secara tidak sengaja dapat melekat pada pribadi remaja yang bersangkutan dengan senantiasa memberikan teladan dan masukan bagi teman-teman sebayanya dalam bergaul dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari.

C. Ruang Lingkup PIK-R

Ruang lingkup PIK Remaja meliputi aspek-aspek kegiatan pemberian informasi PKBR, pendewasaan usia perkawinan, keterampilan hidup (*life skills*), pelayanan konseling, rujukan, pengembangan jaringan dan dukungan, dan kegiatan-kegiatan pendukung lainnya sesuai dengan ciri dan minat remaja. PIK Remaja tidak mengikuti tingkatan wilayah administrasi seperti tingkat desa, tingkat kecamatan, tingkat kabupaten/ kota atau provinsi. Artinya PIK Remaja dapat melayani remaja lainnya yang berada di luar lokasi wilayah administrasinya. PIK Remaja dalam penyebutannya bisa dikaitkan dengan tempat dan institusi pembinaanya seperti PIK Remaja sekolah, PIK Remaja masjid, PIK Remaja pesantren, dan lain-lain (BKKBN DIY, 2010).

D. Kebijakan dan Strategi Pengelolaan PIK-R

Kebijakan dan strategi dalam pengelolaan PIK Remaja (BKKBN, 2012; Afriyani, 2016) yaitu:

1. Kebijakan
 - a. Pembentukan dan pengembangan PIK Remaja
 - b. Peningkatan kualitas pengelola PIK Remaja
 - c. Penyiapan PIK Remaja yang ramah remaja

2. Peningkatan komitmen dengan *stakeholder* dan mitra kerja dalam pengelolaan PIK Remaja
3. Penyediaan dan peningkatan kompetensi SDM pengelola PIK Remaja
4. Strategi:
 - a. Melakukan advokasi tentang penumbuhan dan pengembangan PIK Remaja
 - b. Melakukan promosi dan sosialisasi tentang PIK Remaja
 - c. Menyediakan dukungan anggaran bagi kegiatan PIK Remaja, baik dari dana APBN, APBD, maupun dari sumber dana lainnya
 - d. Melaksanakan pelatihan, orientasi, magang dan studi banding bagi SDM pengelola PIK Remaja
 - e. Mengembangkan materi substansi PIK Remaja sesuai dengan dinamika remaja
 - f. Mengembangkan kegiatan yang menarik minat remaja
 - g. Memilih dan mengembangkan PIK Remaja unggulan
 - h. Memfasilitasi tersedianya sarana dan prasarana pendukung PIK Remaja
 - i. Melakukan pembinaan, monitoring dan evaluasi secara berjenjang
 - j. Kegiatan-kegiatan dari pengelolaan PIK Remaja

E. Pembentukan PIK-R

Pembentukan PIK Remaja di lingkungan komunitas remaja atau mahasiswa untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang 8 Fungsi Keluarga, Pendewasaan Usia Perkawinan, TRIAD KRR, Life Skills, Gender, Advokasi dan KIE (Afriyani, 2016). Sasaran yang terkait dengan pembentukan, pengembangan, pengelolaan, pelayanan dan pembinaan PIK Remaja, sebagai berikut (Srenggani, 2013):

1. Pembina

Pembina PIK Remaja adalah seseorang yang mempunyai kepedulian yang tinggi terhadap masalah-masalah remaja, memberi dukungan dan aktif membina PIK Remaja, baik yang berasal dari Pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau organisasi kepemudaan/remaja lainnya, seperti:

- a. Pemerintah: Kepala desa/lurah, camat, bupati, walikota, pimpinan SKPDKB.
- b. Pimpinan LSM: pimpinan kelompok-kelompok organisasi masyarakat (seperti: pengurus masjid, pastor, pendeta, pedande, biksu) dan pimpinan kelompok dan organisasi pemuda.
- c. Pimpinan media massa (surat kabar, majalah, radio dan TV).

- d. Rektor/Dekan, kepala SLTP, SLTA, pimpinan pondok pesantren, komite sekolah.
 - e. Orang tua, melalui program Bina Keluarga Remaja (BKR), majelis ta'lim, program PKK.
 - f. Pimpinan kelompok sebaya melalui program Karang Taruna, pramuka, remaja masjid/gereja/vihara.
2. Pengelola PIK Remaja

Pengelola PIK Remaja adalah pemuda/remaja yang punya komitmen dan mengelola langsung PIK Remaja serta telah mengikuti pelatihan dengan mempergunakan modul dan standar kurikulum yang telah disusun oleh BKKBN atau yang sejenis. Pengelola PIK Remaja terdiri dari Ketua, Bidang Administrasi, bidang Program dan Kegiatan, Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya.

Berdasarkan penjelasan tersebut, dapat dipahami bahwa dalam pembentukan sebuah organisasi PIK Remaja, dibutuhkan unsur-unsur yang bertindak sebagai pembina dan pengelola program PIK Remaja. dalam lingkup sekolah, bertindak sebagai pembina PIK remaja adalah guru Bimbingan Konseling, sementara bertindak sebagai pengelola adalah pengurus serta konselor sebaya.

F. Kegiatan PIK-R

Kegiatan utama dari PIK remaja adalah sebagai berikut (Srenggani, 2013):

1. Pelayanan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja, IMS, HIV/AIDS, dan bahaya Napza.

Pelayanan tentang informasi kesehatan remaja dapat dijelaskan dengan mengenali alat-alat reproduksi pada pria maupun wanita, serta mengenali gangguan-gangguan atau penyakit-penyakit yang dapat menjangkit alat reproduksi tersebut. Pelayanan informasi dalam kegiatan PIK Remaja juga menyangkut masalah IMS, HIV/AIDS, dan Napza.

IMS (Infeksi Menular Seksual) adalah infeksi yang sebagian besar menular lewat hubungan seksual dengan rangsangan yang sudah tertular. Hubungan seks ini termasuk hubungan seks lewat liang senggama, lewat mulut (oral) atau lewat dubur (anal). IMS juga disebut penyakit kelamin atau penyakit kotor, namun itu hanya menunjuk pada penyakit yang ada di kelamin. Istilah Infeksi Menular Seksual lebih luas maknanya, karena menunjuk pada cara penularannya. Tanda-tandanya tidak selalu ada di alat kelamin. Tanda-tandanya juga

ada di alat penglihatan, mulut, saluran pencernaan, hati, otak, dan bagian tubuh lainnya.

Informasi mengenai HIV/AIDS dapat dijelaskan dengan menyampaikan pengertian dari HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyebab rusaknya/lemahnya sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini berada dalam cairan tubuh manusia seperti darah, cairan sperma, cairan vagina dan air susu ibu. Namun tidak semua cairan dalam tubuh manusia memiliki HIV. Pelayanan Napza dapat dijelaskan dengan mengetahui jenis-jenis Napza dan dampaknya bagi tubuh atau kesehatan.

2. Pelayanan konseling remaja dan rujukan

Pelayanan konseling adalah suatu pelayanan yang diberikan kepada individu, yang mana pelaksanaan pelayanan konseling ini harus profesional, oleh karena itu konselor harus mempunyai latar belakang pendidikan yang memadai dan terlebih, sehingga dalam melaksanakan pelayanan benar-benar profesional. Rujukan dari pelayanan konseling pada umumnya adalah Puskesmas, Rumah Sakit, kepolisian, Kantor Kementerian Agama/KUA, Komisi Penanggulangan AIDS, Badan Narkoba Kabupaten, Koramil.

3. Pendidikan keterampilan hidup (*life skill education*)

Konsep keterampilan hidup adalah konsep yang bermaksud memberi kepada seseorang bekal pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan fungsional praktis serta perubahan sikap untuk bekerja serta berusaha mandiri, membuka lapangan kerja dan lapangan usaha serta memanfaatkan peluang yang dimiliki, sehingga dapat meningkatkan kualitas kesejahteraannya. Konsep keterampilan hidup memiliki cakupan yang luas, berinteraksi antara pengetahuan dan keterampilan yang diyakini sebagai unsur penting untuk hidup lebih mandiri. Program keterampilan hidup mencakup kecakapan kerja, kecakapan pribadi dan sosial, serta kecakapan dalam kehidupan sehari-hari. Program keterampilan hidup dirancang untuk membimbing, melatih, dan membelajarkan remaja belajar dalam menghadapi masa depannya dengan memanfaatkan peluang dan tantangan yang ada.

Adapun kegiatan pengelolaan PIK Remaja/Mahasiswa, yaitu (BKKBN, 2012; Pangestika, 2019):

1. Membentuk PIK R/M. Pembentukan PIK R/M di lingkungan komunitas remaja dan mahasiswa berguna untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling

tentang 8 Fungsi Keluarga, Pendewasaan Usia Perkawinan, TRIAD KRR, Life Skills, Gender, Advokasi dan KIE. Dengan adanya kegiatan tersebut, remaja dan mahasiswa akan lebih mengetahui informasi untuk mempersiapkan kehidupan berkeluarga nantinya. Selain itu, remaja dan mahasiswa dapat melakukan konseling akan masalah yang sedang mereka hadapi, sehingga dapat meminimalisir remaja dan mahasiswa untuk terjun ke hal-hal yang negatif.

2. Mengembangkan dan meningkatkan kualitas PIK R/M yang ramah remaja/mahasiswa (*youth friendly*). Kegiatan ini bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kualitas pengelolaan dan pelayanan PIK R/M yang ramah remaja/mahasiswa sehingga para remaja/mahasiswa akan memperoleh informasi yang menarik minat remaja/mahasiswa yang memiliki ciri dari, oleh dan untuk remaja/mahasiswa.
3. Melakukan advokasi. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari penentu kebijakan terhadap kelancaran dan keberlangsungan PIK R/M. Dengan adanya dukungan, maka keberlangsungan program akan berjalan maksimal dan tujuan program akan tercapai.

4. Melakukan promosi dan sosialisasi PIK R/M. Kegiatan ini bertujuan untuk memperkenalkan keberadaan PIK R/M kepada semua pihak yang terkait dalam rangka memperluas akses dan pengembangan dukungan serta jaringan PIK R/M. Dikenalnya PIK R/M dengan pihak-pihak terkait akan membuka peluang relasi kepada pihak-pihak tertentu sebagai pendukung program PIK R/M.
5. Menyiapkan dan memberdayakan SDM pengelola PIK R/M. Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan dan memberdayakan SDM (Pengelola, Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya) baik untuk PIK R/M yang baru tumbuh maupun untuk mengganti SDM yang sudah tidak aktif lagi dengan berbagai sebab (regenerasi) untuk keberlangsungan PIK R/M. Dengan adanya Pengelola, Pendidik Sebaya, dan Konselor Sebaya yang berkompeten, maka akan meningkatkan kualitas program PIK R/M.
6. Menyiapkan dan memberdayakan SDM pengelola program GenRe. Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan dan memberdayakan SDM pengelola program GenRe (Kabid KSPK, Kasubbid Bina Ketahanan Remaja, Kepala SKPDKB, Kabid dan Kasi yang menangani program GenRe di Kabupaten dan Kota).

7. Dukungan sumber dana PIK R/M. Kegiatan ini bertujuan untuk mendukung biaya operasional PIK R/M secara rutin melalui pengembangan kegiatan ekonomi produktif, penggalangan dana baik yang bersumber dari APBN dan APBD maupun sumber lainnya yang tidak mengikat.
8. Melaksanakan konsultasi dan fasilitasi dalam pengelolaan PIK R/M. Kegiatan ini bertujuan untuk mencari cara-cara pemecahan masalah yang terkait dengan pengelolaan dan pelaksanaan PIK R/M yang tidak bisa dipecahkan oleh pengelola.
9. Pemberian penghargaan bagi PIK R/M Unggulan dan PIK Mahasiswa *Center of Excellence* (CoE). Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai oleh PIK R/M dalam pengelolaan, pelayanan dan kegiatan yang dilaksanakan.
10. Administrasi, pencatatan dan pelaporan. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan tertib administrasi dan mendokumentasikan kegiatan-kegiatan dalam pengelolaan dan pelayanan yang diberikan oleh PIK R/M, meliputi SDM, sarana, prasarana dan metode.

G. Tahap Pengembangan PIK-R

PIK Remaja dikembangkan melalui tiga tahapan yaitu tahap tumbuh, tegak, dan tegar. Proses pengembangan dan pengelolaan masing-masing tahapan tersebut didasarkan pada: 1) Materi dan Isi Pesan (*assets*) yang diberikan; 2) Ciri kegiatan yang dilakukan; dan 3) Dukungan dan jaringan (*resources*) yang dimiliki (Srenggani, 2013).

1. PIK Remaja Tahap Tumbuh

a. Materi dan isi pesan (*assets*) yang diberikan:

- 1) Triad KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. TRIAD KRR adalah tiga resiko yang dihadapi oleh remaja, yaitu resiko-resiko yang berkaitan dengan seksualitas, Napza, HIV dan AIDS. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria.
- 2) Pendalaman materi Triad KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. Dalam kegiatan PIK Remaja, konseling atau penjelasan mengenai TRIAD KRR dan pendewasaan usia perkawinan menjadi salah satu materi yang wajib diajarkan, karena hal tersebut terkait dengan resiko-resiko yang

dimaksud dalam TRIAD KRR, merupakan kejadian-kejadian yang umum dialami remaja dewasa ini. Selain itu, tujuan dari program pendewasaan usia perkawinan adalah memberikan pengertian dan kesadaran kepada remaja agar di dalam merencanakan keluarga, mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, kesiapan fisik, mental, emosional, pendidikan, sosial, ekonomi, serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran. Implikasi dari tujuan PUP ini adalah perlunya peningkatan usia kawin yang lebih dewasa. Sehingga perlu penanaman sekaligus konseling atau pendampingan bagi remaja agar terhindar dari penyakitpenyakit remaja tersebut.

- 3) Pemahaman tentang hak-hak reproduksi. Hak reproduksi adalah hak-hak dasar setiap pasangan maupun individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab memutuskan jumlah, jarak kelahiran, dan waktu untuk memiliki anak dan mendapatkan informasi serta cara melakukannya, termasuk hak untuk mendapatkan standar tertinggi kesehatan reproduksi dan juga kesehatan seksual.

b. Kegiatan yang dilakukan:

- 1) Kegiatan dilakukan di tempat PIK Remaja
- 2) Bentuk aktivitas bersifat penyadaran (KIE) di dalam lokasi PIK Remaja berada, misalnya penyuluhan individu dan kelompok
- 3) Menggunakan media cetak
- 4) Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan formulir.

c. Dukungan dan jaringan (*resources*) yang dimiliki:

- 1) Ruang khusus
- 2) Memiliki papan nama, ukuran minimal 60cm x 90cm, dan dipasang di tempat yang mudah dilihat oleh khalayak
- 3) Struktur pengurus paling tidak memiliki: Pembina, Ketua, Bidang Administrasi, Bidang Program dan kegiatan, PS dan KS
- 4) Dua orang pendidik sebaya yang dapat diakses
- 5) Lokasi PIK Remaja mudah diakses dan disukai oleh remaja.

2. PIK Remaja Tahap Tegak

a. Materi dan isi pesan (*assets*) yang diberikan:

- 1) Triad KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. TRIAD KRR adalah tiga resiko yang dihadapi oleh remaja, yaitu resiko-resiko yang berkaitan dengan seksualitas, Napza,

HIV dan AIDS. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria.

- 2) Pendalaman materi Triad KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. Dalam kegiatan PIK Remaja, konseling atau penjelasan mengenai TRIAD KRR dan pendewasaan usia perkawinan menjadi salah satu materi yang wajib diajarkan, karena hal tersebut terkait dengan resiko-resiko yang dimaksud dalam TRIAD KRR, merupakan kejadian-kejadian yang umum dialami remaja dewasa ini. Selain itu, tujuan dari program pendewasaan usia perkawinan adalah memberikan pengertian dan kesadaran kepada remaja agar di dalam merencanakan keluarga, mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, kesiapan fisik, mental, emosional, pendidikan, sosial, ekonomi, serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran. Implikasi dari tujuan PUP ini adalah perlunya peningkatan usia kawin yang lebih dewasa. Sehingga perlu penanaman sekaligus konseling atau

pendampingan bagi remaja agar terhindar dari penyakit-penyakit remaja tersebut.

- 3) Pemahaman tentang hak-hak reproduksi. Hak reproduksi adalah hak-hak dasar setiap pasangan maupun individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab memutuskan jumlah, jarak kelahiran, dan waktu untuk memiliki anak dan mendapatkan informasi serta cara melakukannya, termasuk hak untuk mendapatkan standar tertinggi kesehatan reproduksi dan juga kesehatan seksual.
 - 4) Keterampilan hidup (*life skills*). Keterampilan hidup yang sering juga disebut kecakapan hidup adalah berbagai keterampilan atau kemampuan untuk dapat berperilaku positif dan beradaptasi dengan lingkungan, yang memungkinkan seseorang mampu menghadapi berbagai tuntutan dan tantangan dalam hidupnya sehari-hari secara efektif.
 - 5) Keterampilan advokasi. Keterampilan advokasi adalah kemampuan untuk mendapatkan dukungan dari penentu kebijakan terhadap tumbuh kembang PIK Remaja.
- b. Kegiatan yang dilakukan:
- 1) Kegiatan dilakukan di dalam dan di luar PIK Remaja

- 2) Bentuk aktifitas bersifat penyadaran (KIE) di dalam lokasi PIK Remaja berada, misalnya penyuluhan individu dan kelompok.
- c. Bentuk aktifitas bersifat penyadaran (KIE) di luar PIK Remaja antara lain:
 - 1) Sosialisasi dan dialog interaktif melalui radio/ TV
 - 2) *Press gathering*
 - 3) Pemberian Informasi PKBR dan KRR oleh Pendidik Sebaya kepada remaja seperti di pasar, jalanan, sekolah, masjid, gereja, vihara, dan banjar
 - 4) Seminar PKBR
 - 5) *Road show* PKBR ke sekolah, masjid, gereja, vihara, banjar, dan lain-lain
 - 6) Promosi PIK Remaja melalui TV, radio, majalah, surat kabar
 - 7) Pemberian informasi PKBR dalam momentum strategis (pentas seni, hari-hari besar nasional dan daerah).
 - 8) Diskusi anti kekerasan dalam rumah tangga
 - 9) Sosialisasi PKBR bagi calon pengantin
 - 10) Penyampaian informasi PKBR melalui mobil unit penerangan (Mupen).

- d. Melakukan konseling PKBR melalui sms, telepon, tatap muka, dan surat menyurat.
 - e. Menggunakan media cetak dan elektronik
 - f. Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan formulir
 - g. Melakukan advokasi dan promosi PIK Remaja untuk mengembangkan jaringan pelayanan
 - h. Melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat menarik minat remaja untuk datang ke PIK Remaja.
3. PIK Remaja Tahap Tegar
- a. Materi dan isi pesan (*assets*) yang diberikan:
 - 1) TRIAD KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. TRIAD KRR adalah tiga resiko yang dihadapi oleh remaja, yaitu resiko-resiko yang berkaitan dengan seksualitas, Napza, HIV dan AIDS. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria. Perbedaan isi pesan dalam TRIAD KRR dan PUP pada tahap ini, dibandingkan dengan tahap sebelumnya adalah bobot materi yang disampaikan lebih mendalam, sehingga

perlu penyampaian yang lebih variatif dan menarik supaya dapat diterima secara menyeluruh oleh peserta konseling.

- 2) Pendalaman materi TRIAD KRR dan Pendewasaan Usia Perkawinan. Dalam kegiatan PIK Remaja, konseling atau penjelasan mengenai TRIAD KRR dan pendewasaan usia perkawinan menjadi salah satu materi yang wajib diajarkan, karena hal tersebut terkait dengan resiko-resiko yang dimaksud dalam TRIAD KRR, merupakan kejadian-kejadian yang umum dialami remaja dewasa ini. Materi yang disampaikan dalam tahap ini memiliki kriteria dan bobot setingkat lebih tinggi daripada tahap-tahap sebelumnya. Hal ini dilakukan mengingat peserta konseling pada tahap ini telah melampaui tahap-tahap sebelumnya, yang diharapkan pada tahap ini materi yang disampaikan tidak monoton.
- 3) Pemahaman tentang hak-hak reproduksi. Pada tahap ini mulai dijelaskan mengenai hak-hak reproduksi yang menjadi hak asasi yang dimiliki setiap manusia yang menyangkut alat-alat maupun aktivitas reproduksinya.
- 4) Keterampilan hidup (*life skills*). Pada tahap ini, peserta konseling mulai dibekali mengenai jenis-jenis keterampilan hidup dan manfaat sekaligus kelemahan dan

kekurangannya, sehingga dapat menambah pengetahuan untuk diaplikasikan dalam kehidupan para peserta konseling di kemudian hari.

5) Keterampilan advokasi. Keterampilan advokasi adalah kemampuan untuk mendapatkan dukungan dari penentu kebijakan terhadap tumbuh kembang PIK Remaja.

b. Kegiatan yang dilakukan:

- 1) Kegiatan dilakukan di dalam dan di luar PIK Remaja
- 2) Bentuk aktifitas bersifat penyadaran (KIE) di dalam lokasi PIK Remaja berada, misalnya penyuluhan individu dan kelompok
- 3) Bentuk aktifitas bersifat penyadaran (KIE) di luar PIK Remaja
- 4) Melakukan konseling PKBR melalui sms, telepon, tatap muka, dan surat menyurat
- 5) Menggunakan media cetak dan elektronik
- 6) Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan formulir Panduan Pengelolaan PIK Remaja
- 7) Melakukan advokasi dan promosi PIK Remaja untuk mengembangkan jaringan pelayanan
- 8) Melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat menarik minat remaja untuk datang ke PIK Remaja.

- 9) Pengelola PIK Remaja mempunyai akses pada jaringan internet (jaringan tidak harus di dalam PIK Remaja) atau PIK Remaja telah memiliki jaringan internet sendiri.
- c. Dukungan dan jaringan (*resources*) yang dimiliki:
 - 1) Ruang sekretariat dan ruang pertemuan
 - 2) Struktur pengurus paling tidak memiliki: Pembina, Ketua, Bidang administrasi, Bidang Program dan Kegiatan, PS dan KS.
 - 3) Memiliki papan nama, ukuran minimal 60cm x 90cm dan dipasang di tempat yang mudah dilihat oleh khalayak.
 - 4) Empat orang pendidik sebaya yang dapat diakses
 - 5) Lokasi mudah diakses dan disukai oleh remaja
 - 6) Jaringan mitra kerja dengan pelayanan medis dan non medis
 - 7) Empat orang konselor sebaya yang dapat diakses
 - 8) Memiliki *hotline*/SMS konseling
 - 9) Memiliki perpustakaan sendiri
 - 10) Jaringan dengan: kelompok remaja sebaya; orang tua; guru-guru sekolah; PIK Remaja lain; dan lain-lain
 - 11) Organisasi induk pembina PIK Remaja

H. Evaluasi Keberhasilan berdasarkan Tahap Pengembangan PIK-R

1. Tahap Tumbuh

Evaluasi diarahkan untuk mengetahui sejauh mana PIK Remaja yang sudah terbentuk memiliki ciri-ciri sebagai PIK Remaja Tahap Tumbuh, baik dari segi materi isi pesan, ciri kegiatan serta dukungan dan jaringan, serta berbagai permasalahan yang dihadapi dalam proses pengembangan yang dilakukan. Evaluasi ini akan lebih efektif apabila dilakukan bersama oleh Pengelola PIK Remaja yang bersangkutan.

2. Tahap Tegak

Evaluasi diarahkan untuk mengetahui sejauh mana PIK Remaja yang sudah terbentuk memiliki ciri-ciri sebagai PIK Remaja Tahap Tegak, baik dari segi materi dan isi pesan, ciri kegiatan, dukungan dan jaringan, serta berbagai permasalahan yang dihadapi dalam proses pengembangan yang dilakukan. Evaluasi ini akan lebih efektif apabila dilakukan bersama oleh Pengelola PIK Remaja serta tenaga medis dan non medis mitra jaringan.

3. Tahap Tegar

Evaluasi diarahkan untuk mengetahui sejauh mana PIK Remaja yang sudah dikembangkan, sudah memiliki ciri-ciri

sebagai PIK Remaja Tahap Tegar baik dari segi materi dan isi pesan, ciri kegiatan, dukungan dan jaringan, serta berbagai permasalahan yang dihadapi dalam proses pengembangan yang dilakukan. Evaluasi ini akan lebih efektif apabila dilakukan bersama oleh Pengelola PIK Remaja, mitra jaringan pelayanan medis dan non medis, Ketua kelompok-kelompok remaja, orang tua dari remaja sasaran dan guru-guru sekolah sekitar PIK Remaja serta tenaga medis dan non medis mitra jaringan (Srenggani, 2013; BKKBN DIY, 2010).

BAB VIII

PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA: PROGRAM BINA KELUARGA REMAJA (BKR)

A. Pengertian BKR

BKR merupakan suatu bentuk kegiatan yang dikembangkan program GenRe yang mempunyai anggota para keluarga yang mempunyai remaja berusia 10-24 tahun. Tujuan dari kegiatan BKR adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orangtua dan anggota keluarga lainnya dalam pengasuhan, pembinaan dan pengawasan tumbuh kembang remaja, meningkatkan kesertaan para orang tua/keluarga lainnya dalam kegiatan pembinaan dan kemandirian ber KB (BKKBN, 2012; Rini & Tjadikijanto, 2018).

Program Bina Keluarga Remaja (BKR) merupakan upaya meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan orang tua dan anggota keluarga lain dalam membina tumbuh kembang anak dan remaja secara seimbang melalui komunikasi efektif antara orang tua dan anak remaja. “baik secara fisik, intelektual, kesehatan reproduksi, mental emosional, sosial dan moral spiritual. Program kelompok bina keluarga remaja adalah merupakan suatu wadah yang berupaya untuk mendapatkan

pemahaman yang tepat mengenai pengetahuan orang tua dalam mendidik anak remaja yang benar dari keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, suami, istri anak, atau ayah dan anak dan atau ibu anak, sedangkan keluarga anak dan remaja adalah keluarga yang memiliki anak usia sekolah (6-13 tahun) dan atau remaja (usia 14-21 tahun). Bina keluarga anak dan remaja adalah kegiatan yang dilakukan oleh keluarga dalam bentuk kelompok-kelompok kegiatan dimana orang tua mendapatkan informasi/pengetahuan tentang bagaimana meningkatkan bimbingan dan membina tumbuh kembang anak remaja (Mardiyono, 2016).

B. Tujuan BKR

Tujuan dari BKR adalah memberikan informasi perencanaan kehidupan berkeluarga bagi remaja dan keterampilan hidup (life skills) untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera kepada keluarga yang memiliki remaja. BKR adalah suatu program untuk memfasilitasi remaja dalam berperilaku sehat, terhindar dari TRIAD KRR (seks bebas, napza, HIV/AIDS), menunda usia pernikahan sampai kematangan lahir batin pada remaja, mempunyai perencanaan

kehidupan berkeluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera (BKKBN, 2012).

BKR diharapkan mampu menjawab permasalahan remaja di zaman globalisasi dengan perkembangan media yang sangat cepat. Mempersiapkan keluarga remaja dan remaja dalam mengembangkan kemauan serta kemampuan positif mereka. Pendekatan yang dilakukan dalam pembinaan remaja ini yaitu bisa melalui keluarga, sekolah, maupun luar sekolah atau dimanapun tempat yang mudah diakses oleh remaja di wilayah tersebut. Model pengembangan ini merata di setiap kecamatan di tempat-tempat yang cukup diminati remaja termasuk di tempat ibadah, pusat perbelanjaan, tempat olahraga, maupun tempat aktivitas remaja lainnya (Nafisah, 2017).

C. Sasaran BKR

Sasaran program Bina Keluarga Remaja adalah setiap keluarga yang memiliki anak usia sekolah dasar dan sekolah menengah atau setara dalam keluarga dan remaja yang sudah berusia 10-24 tahun. Sedangkan sasaran tidak langsung yaitu guru, pemuka agama, pemuka adat, pimpinan organisasi profesi/organisasi sosial kemasyarakatan, pemuda/wanita, para ahli dan lembaga bidang ilmu yang terkait, serta

institusi/lembaga pemerintah dan non pemerintah (BKKBN, 2012; Diska, 2016).

Kelompok BKR dikelola oleh pengurus kelompok minimal 4 orang kader, yang terdiri dari seorang ketua dan tiga anggota atau disesuaikan dengan kebutuhan. Adapun materi-materi yang disampaikan pada kegiatan penyuluhan kelompok adalah tentang gerakan pembangunan keluarga sejahtera, konsep dasar BKR, pemantauan 8 fungsi keluarga, tumbuh kembang anak dan remaja, reproduksi sehat, pembinaan anak dan remaja serta pengelolaan program BKR. Hal-hal yang diperlukan dalam penyuluhan (Mulyaningsih, 2017):

1. Menciptakan suasana akrab, agar pesan yang disampaikan dapat dengan mudah diterima sasaran.
2. Memiliki waktu yang tepat/dengan kondisi situasi.
3. Menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah diterima oleh sasaran.
4. Isi pesan yang disampaikan tidak bertentangan dan tidak menyimpang dari norma adat istiadat kelompok.
5. Mampu membantu memecahkan masalah yang dihadapi.

Kader BKR adalah anggota masyarakat yang secara sukarela bersedia mendukung kegiatan bina keluarga anak dan remaja. Tugas kader BKR adalah mendata keluarga yang

memiliki anak dan remaja, memberikan penyuluhan kepada keluarga anak dan remaja yang ada di desa untuk ikut aktif menjadi anggota BKR, menyusun jadwal kegiatan, menyelenggarakan pertemuan berkala dengan orang tua.

D. Kegiatan BKR

Pengelolaan kegiatan BKR dilaksanakan dengan acuan pada pedoman operasional program ketahanan keluarga. Pengembangan kegiatan, materi, dan muatan lokal di setiap daerah. Pokok-pokok kegiatan dalam pengelolaan kegiatan BKR berdasarkan Buku Pengelolaan BKR (2012: 25-31) meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan Kegiatan Bina Keluarga Remaja

Kegiatan BKR bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan orang tua dalam melakukan pembinaan terhadap remaja. Kegiatan ini juga diarahkan untuk meningkatkan kesertaan orang tua, pembinaan dan kemandirian ber-KB bagi Pasangan Usia Subur (PUS) anggota BKR. Penyelenggaraan BKR dapat dilaksanakan secara efektif yaitu meliputi pembentukan kelompok, peningkatan kapasitas pengelola dan pelaksana serta pelayanan kegiatan BKR seperti berikut:

a. Pembentukan Kelompok BKR

- 1) Identifikasi potensi dan permasalahan. Identifikasi potensi dilakukan untuk memetakan potensi yang dimiliki suatu daerah yang meliputi; jumlah kader, jumlah remaja, jumlah pasangan usia subur yang memiliki anak remaja (ber-KB dan tidak ber-KB), jumlah ibu hamil, ketersediaan ruangan untuk kegiatan pertemuan, sarana dan prasarana BKR. Sedangkan identifikasi masalah yaitu penghambat dalam pembentukan kelompok BKR misalnya; keterbatasan kader, kurangnya keterampilan kader, kurangnya kesadaran orang tua atau anggota keluarga yang memiliki anak remaja dan kurangnya kepedulian tokoh masyarakat tentang pentingnya kelompok BKR. Langkah selanjutnya yaitu bersosialisasi dan menentukan prioritas masalah dari berbagai masalah yang ditemukan dan harus segera ditangani.
- 2) Menggalang kesepakatan. Memberikan pemahaman berupa sosialisasi kepada masyarakat, selanjutnya pengelola menggalang kesepakatan untuk membentuk kelompok BKR sesuai kebutuhan masyarakat. Hal yang perlu disepakati antara lain menentukan model kegiatan BKR baru atau dipadukan dengan kegiatan yang sudah ada dan kegiatan yang mampu menunjang adanya kesinambungan kegiatan.

- 3) Pelaksanaan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE). Berdasarkan hasil identifikasi dan prioritas masalah, selanjutnya pengelola melakukan KIE atau sosialisasi kepada tokoh formal dan informal (tokoh agama dan tokoh masyarakat) setempat tentang adanya permasalahan yang berkaitan dengan pertumbuhan dan pembinaan anak remaja di wilayah setempat serta pentingnya kegiatan kelompok BKR. Kegiatan ini bertujuan agar para tokoh dimaksud dapat memberikan dukungan sepenuhnya, baik dalam pembentukan kelompok BKR maupun dalam kegiatan operasional sekaligus menjaring tokoh-tokoh atau masyarakat setempat yang bersedia menjadi pengelola kelompok BKR.
- 4) Menyiapkan sumber daya Kegiatan BKR dapat berjalan lancar jika didukung dengan sumber daya yang memadai. Sumber daya yang perlu dipersiapkan oleh pengelola program yaitu tenaga pengelola BKR dan jumlah kader yang akan bertugas pada kelompok BKR dan memberikan penyuluhan kepada orang tua atau remaja. Kader diambil dari anggota masyarakat setempat yang bersedia secara sukarela membina dan memberikan penyuluhan kepada

orang tua dan remaja. Jumlah kader dalam setiap kelompok minimal 3 orang.

b. Peningkatan Kapasitas dan Pengelola Pelaksana

Meningkatkan kapasitas pengelola dan pelaksana perlu dilakukan kegiatan sebagai berikut:

- 1) *Training of Trainer* (TOT). TOT bertujuan untuk meningkatkan wawasan pengelola dalam meningkatkan kualitas kelompok BKR. Sasaran TOT adalah mitra kerja, fungsional, pengelola program GenRe, pelatih, dll.
- 2) *Workshop/Orientasi*. *Workshop/orientasi* ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam membina dan mengelola kelompok BKR. Sasaran *workshop/orientasi* adalah tim penggerak PKK dan lintas sektor.

c. Pelayanan Kegiatan Kelompok BKR

Rangkaian pelayanan kegiatan kelompok BKR adalah seperti berikut ini:

- 1) Pertemuan penyuluhan. Pertemuan penyuluhan dapat dilakukan minimal 1 bulan sekali dengan waktu dan tempat penyuluhan disepakati bersama sesuai kesepakatan anggota kelompok.

- 2) Tata cara penyuluhan. Seperti kegiatan pada umumnya, dimana dalam serangkaian acara diawali dengan pembukaan, inti, dan penutup. Pembukaan dapat diisi dengan *intermezzo* untuk mengisi waktu sampai dengan 60% kehadiran peserta, memperkaya pengalaman peserta dengan kegiatan menarik misalnya membahas topik aktual berkaitan dengan remaja, media sosial, dan sebagainya. Membahas kembali materi dan pekerjaan rumah sebelum pertemuan, menanyakan keikutsertaan ber-KB, memberi kesempatan kepada orang tua yang kurang berani atau lancar berpartisipasi. Pada kegiatan inti yaitu pemberian informasi atau materi baru untuk para orang tua yang disesuaikan dengan topik kebutuhan atau isu-isu remaja kekinian. Setelah penyampaian materi dilakukan selanjutnya berdiskusi mengenai materi yang dilihat berdasarkan pengalaman antara orang tua tentang permasalahan dan cara menghadapi remaja. Gunakan gambar atau alat bantu dalam membahas materi tertentu. Kegiatan selanjutnya yaitu penutup. Penutup dilakukan dengan memberikan kesimpulan hasil pertemuan yaitu penegasan informasi untuk pementapan pengetahuan dan mempraktekkan serta mendiskusikan dengan remajanya

tentang materi yang telah diperoleh dari pertemuan. Pengisian laporan hasil diskusi atas pertemuan. Apabila terdapat permasalahan orang tua yang membutuhkan pertemuan yang bersifat pribadi, maka diberikan kesempatan pertemuan orang tua secara khusus dengan kader BKR sehingga mampu membantu orang tua dalam menyelesaikan masalah dengan merujuk ke tempat rujukan yang sesuai dengan permasalahan.

- 3) Kunjungan rumah. Kunjungan rumah dilakukan apabila anggota kelompok BKR dua kali berturut-turut tidak hadir dalam pertemuan kelompok BKR.
- 4) Rujukan. Rujukan dilakukan apabila kader tidak mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi orang tua anggota kelompok BKR. Adapun tempat rujukannya bisa ke psikolog, Pusat Pelayanan Keluarga Sejahtera (PPKS), Puskesmas, Rumah Sakit, dll.

E. Pengembangan Kegiatan BKR

Pengembangan kegiatan kelompok BKR dilakukan berdasarkan stratifikasi kelompok yaitu (BKKBN, 2012):

1. Stratifikasi dasar. Stratifikasi dasar yaitu ditandai dengan belum ada aspek legalitas, pengurus 1 orang, kader 2 orang,

- kader terlatih 1 orang, penyuluhan 1 kali setiap bulan, memiliki buku pedoman, memiliki buku registrasi anggota, memiliki buku kegiatan kelompok.
2. Stratifikasi Berkembang. Stratifikasi berkembang yaitu yang ditandai dengan memiliki papan nama dengan ukuran minimal 60X90 cm, memiliki jadwal pertemuan, sudah ada aspek legalitas, pengurus minimal 2 orang, kader 3 orang, kader terlatih 2 orang, penyuluhan 2 kali dalam sebulan, memiliki buku pedoman, memiliki buku kegiatan kelompok, memiliki media penyuluhan, memanfaatkan media BKR, dan memiliki sumber dana.
 3. Stratifikasi Paripurna. Stratifikasi paripurna yaitu ditandai dengan memilikinya papan nama dengan ukuran minimal 60X90 cm, memiliki jadwal pertemuan, sudah ada aspek legalitas, pengurus 3 orang, kader 4 orang, kader terlatih 3 orang, penyuluhan 2 kali dalam sebulan, memiliki dan mengembangkan buku pedoman, memiliki buku registrasi anggota, memiliki buku kegiatan kelompok, memiliki media penyuluhan, memanfaatkan media BKR, mengembangkan media penyuluhan, mengembangkan media BKR, memiliki keterpaduan dengan kegiatan

lainnya, memiliki kegiatan yang terintegrasi terhadap PIK Remaja, dan memiliki sumber dana tetap.

F. Pendekatan dalam Pengembangan Kegiatan Kelompok BKR

Berdasarkan buku Pedoman BKR oleh BKKBN (2012) Pengembangan kegiatan kelompok BKR dapat dilakukan dengan pendekatan sebagai berikut:

1. Promosi kegiatan kelompok BKR

Pemahaman tentang pentingnya kegiatan BKR perlu dimiliki oleh setiap pengelola dan pelaksana program KB, lintas sektor terkait, kader serta seluruh keluarga yang memiliki anak remaja. Mengingat pentingnya penyebarluasan pemahaman tentang kegiatan BKR, maka perlu dilakukan kegiatan promosi atau sosialisasi.

2. Pengembangan model keterpaduan kegiatan BKR

Penyelenggaraan kegiatan BKR yang telah berjalan selama ini dapat dikembangkan dengan berbagai model penyelenggaraan. Bentuk pengembangan yang dilakukan antara lain dapat berupa penambahan atau pengembangan materi, pelayanan terpadu dengan institusi yang menangani remaja, pelayanan terpadu dengan institusi serta integrasi dengan

kegiatan yang ada pada organisasi wanita, keagamaan, Lembaga Semi Otonom (LSO) masyarakat lainnya.

G. Pemantapan Kegiatan BKR

Kegiatan kelompok BKR yang belum dilaksanakan secara merata di berbagai tingkatan dapat memberikan kontribusi terhadap upaya pencapaian kualitas pembinaan anak remaja yang belum optimal. Berdasarkan hal tersebut, diperlukan upaya pemantapan kegiatan BKR yang dapat dilaksanakan dalam bentuk kegiatan sebagai berikut (Nafisah, 2017):

1. Pemantapan jejaring kerja
2. Pemantapan kelompok BKR
3. Peningkatan kualitas kegiatan kelompok BKR

BAB IX

PERNIKAHAN DINI DAN UPAYA PENCEGAHAN

A. Pernikahan Dini

Pernikahan dini menurut BKKBN merupakan pernikahan yang dilakukan oleh remaja perempuan dibawah usia 21 tahun dan laki-laki dibawah usia 25 tahun (BKKBN, 2010). Di negara berkembang termasuk Indonesia kawin muda pada wanita masih banyak terjadi (biasanya di bawah usia 18 tahun). Hal ini banyak kebudayaan yang menganggap kalau belum menikah di usia tertentu dianggap tidak laku. Ada juga karena faktor kemiskinan, orang tua cepat-cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya dan diserahkan anak wanita tersebut kepada suaminya. Ini berarti wanita muda hamil mempunyai resiko tinggi pada saat persalinan. Di samping itu resiko tingkat kematian dua kali lebih besar dari wanita yang menikah di usia 20 tahunan. Dampak lain, mereka putus sekolah, pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan (Wilujeng, 2013).

Risiko dari pernikahan usia dini berbeda-beda antara satu wilayah dengan wilayah lainnya. Dampak pernikahan usia dini akan lebih nyata terlihat pada remaja putri dibandingkan dengan

remaja laki-laki. Pernikahan usia dini menyebabkan kehamilan dan persalinan dini pula, yang akan berhubungan dengan angka kematian yang tinggi dan keadaan tidak normal bagi ibu karena organ tubuh perempuan belum sepenuhnya matang untuk melahirkan. Risiko kematian ibu dan bayi saat persalinan serta permasalahan selama kehamilan merupakan dampak lanjutan dari pernikahan usia dini. Sedangkan terhadap pembangunan sendiri, selain mendorong tingginya fertilitas (TFR) juga berdampak terhadap pembangunan ekonomi dan kesejahteraan (BPS, 2016).

Pernikahan di usia muda juga dapat menyebabkan gangguan perkembangan kepribadian dan menempatkan anak yang dilahirkan berisiko terhadap kejadian kekerasan, keterlantaran, keterlambatan perkembangan, kesulitan belajar, gangguan perilaku, dan cenderung menjadi orangtua pula di usia dini. Pernikahan di usia muda membebani anak perempuan dengan tanggung jawab menjadi seorang istri, pasangan seks, dan ibu, peran-peran yang seharusnya dilakukan orang dewasa, yang belum siap untuk dilakukan oleh anak perempuan. Pernikahan ini juga menimbulkan beban psikologis dan emosional yang hebat bagi mereka (Nurjanah dkk, 2013).

Pernikahan dini juga menjadi salah satu faktor penyebab meningkatnya kasus perceraian karena belum matangnya keadaan psikologis pada pasangan usia muda, sehingga masih labil dalam menghadapi masalah yang timbul dalam pernikahannya. Ditinjau dari masalah sosial ekonomi pernikahan usia dini biasanya tidak diikuti dengan kesiapan keadaan ekonomi (Romauli dan Vindari, 2012).

Adanya konsekuensi psikososial dan emosional yang dialami perempuan dalam pernikahan di usia muda karena mereka harus berada di rumah dan menjalani peran sebagai ibu rumah tangga (UNICEF, 2001). Menurut penelitian Sudarto (2014) perempuan yang menjalani pernikahan di usia muda akan mengalami kesulitan dalam mengembangkan cara perawatan dan perhatian kepada anak mereka nantinya. Hal ini akan berpengaruh pada kehidupan dan kepuasan pasangan suami istri dalam pernikahannya.

B. Upaya Pencegahan Pernikahan Dini

Program yang dibuat untuk mencegah pernikahan dini salah satunya adalah program ketahanan remaja yang dirancang oleh BKKBN. Program ini terdiri dari dua kegiatan yaitu bina keluarga remaja (BKR) dan pusat informasi dan konseling

remaja (PIK Remaja). Ikon dari program ketahanan remaja Generasi Berencana (GenRe). Program ketahanan remaja bertujuan untuk menciptakan generasi yang mampu melewati 5 masa transisi kehidupan dengan baik (BKKBN, 2010).



Gambar 9.1 masa transisi kehidupan yang baik

Program GenRe tersebut dilaksanakan berkaitan dengan bidang kehidupan yang kelima dari transisi kehidupan remaja dimaksud, yakni mempraktikkan hidup secara sehat (practice healthy life). Empat bidang kehidupan lainnya yang akan dimasuki oleh remaja sangat ditentukan oleh berhasil tidaknya remaja mempraktikkan kehidupan yang sehat. Dengan kata lain apabila remaja gagal berperilaku sehat, kemungkinan besar remaja yang bersangkutan akan gagal pada empat bidang kehidupan yang lain. Program GenRe ditujukan kepada remaja/mahasiswa melalui wadah PIK Remaja/Mahasiswa (PIK

R/M) dan keluarga yang memiliki remaja melalui wadah Bina Keluarga Remaja (BKR).

1. Bina Keluarga Remaja (BKR)

Bina Keluarga Remaja (BKR) adalah wadah kegiatan yang beranggotakan keluarga yang mempunyai remaja usia 10 – 24 tahun. Kegiatan ini dilakukan oleh kelompok pembinaan dengan sasaran keluarga yang mempunyai remaja untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam membina tumbuh kembang remaja. Adanya kelompok BKR, orang tua diharapkan memiliki pengetahuan sebagai bahan informasi remaja dalam menyiapkan sumber daya manusia yang berperilaku sehat secara jasmani, rohani, dan sosial serta terhindar dari resiko Triad KRR (Nafisah, 2017).

Disamping itu kegiatan ini diarahkanpula untuk dapat meningkatkan kesertaan, pembinaan dan kemandirian ber-KB bagi PUS anggota BKR. Pengembangan kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR) dapat membantu orangtua dalam memahami remaja, permasalahan remaja, dan cara berkomunikasi dengan remaja. Melalui kelompok BKR setiap keluarga yang memiliki remaja dapat saling bertukar informasi dan berdiskusi bersama tentang hal-hal yang berkaitan dengan remaja, meliputi Kebijakan Program GenRe, Penanaman Nilai-

Nilai Moral Melalui 8 Fungsi Keluarga, Pendewasaan Usia Perkawinan, Seksualitas, NAPZA, HIV dan AIDS, Keterampilan Hidup, Ketahanan Keluarga Berwawasan Gender, Komunikasi Efektif Orangtua terhadap Remaja, Peran Orangtua Dalam Pembinaan Tumbuh Kembang Remaja, Kebersihan dan Kesehatan Diri Remaja, dan Pemenuhan Gizi Remaja.

Perlu adanya kolaborasi yang baik antara lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat dengan harapan terbentuknya tumbuh kembang yang baik pada remaja. Fungsi keluarga sejatinya mampu memunculkan jati diri pada anak atau remaja. Meskipun pada perkembangan remaja mereka lebih percaya pada orang di sekitar mereka, namun keluarga harus tetap sebagai pengontrol dimana pun mereka berada. Mampu membantu dalam memecahkan permasalahan dan konflik pada diri mereka. Penerang kehidupan anak, adanya kedekatan yang hangat antara keluarga dan anak sehingga ada ikatan intuisi satu sama lain (Nafisah, 2017).

Oleh karena itu, mengapa sasaran utama pada pembinaan BKR adalah orang tua yang memiliki remaja dikarenakan orang tua merupakan orang terdekat remaja pada kehidupan sosial remaja. Orang tua mempunyai hubungan yang sangat erat terhadap anggota keluarga, keterlibatan keluarga mampu

mempengaruhi kestabilan anggota keluarga dan interaksi antar anggota keluarga. Perlu adanya komunikasi yang baik antar keluarga. Komunikasi yang baik di dalam keluarga bisa dilakukan oleh suami dengan isteri, orang tua dengan orang tua, antar anak di dalam keluarga, dan antara orang tua dan anak-anak di dalam keluarga. Sehingga, perlu adanya pemahaman oleh keluarga dalam menjaga pola interaksi atau komunikasi dengan keluarga (Nafisah, 2017).

Salah satu kegiatan yang mampu dilakukan dalam menjaga komunikasi keluarga yaitu dengan adanya konseling keluarga. Konseling keluarga tidak harus dilaksanakan berdasarkan permasalahan atau perpecahan dalam keluarga, yang perlu dipahami bersama yaitu akan pentingnya konseling keluarga dalam menjaga keharmonisan keluarga. Tanpa disadari konseling merupakan kegiatan komunikasi biasa yang dilakukan dalam keluarga, hanya ada perbedaan mengenai keterstrukturannya dalam sebuah interaksi. Harapannya dengan adanya konseling di dalam keluarga mampu menjadikan keterbukaan satu sama lain, saling memahami, tidak adanya kerahasiaan di dalam keluarga. Pola komunikasi antara orang tua dan remaja harus dilakukan secara intens, oleh karena itu dengan sasaran orang tua mampu mentransformasikan informasi

yang diberikan dari kegiatan-kegiatan yang ada di BKR kepada para remaja mereka sehingga mampu menguatkan orang tua dalam membentuk dan menyiapkan remaja menyongsong masa depan yang lebih baik seperti tujuan dari program GenRe yaitu tercapainya kualitas remaja dan terbentuknya keluarga kecil sejahtera (Nafisah, 2017).

Teknis fasilitas yang dapat dimanfaatkan dalam kegiatan BKR yaitu dengan membekali kader dan pengurus BKR untuk menemukan sendiri masalah-masalah penting yang berhubungan dengan remaja dalam bentuk penyampaian informasi. Setelah ditemukan permasalahan, dipertemukan dengan narasumber ahli pada bidangnya. Narasumber yang bersangkutan misalnya seorang guru, psikolog, tenaga kesehatan, tokoh agama, atau melalui testimoni dari orang tua yang telah terbukti mampu membesarkan anak-anaknya dengan baik. Selain narasumber langsung yang bisa diajak diskusi, penjelasan tambahan juga bisa melalui buku panduan atau artikel BKKBN yang membahas tentang masalah remaja sekarang oleh kader BKR. Pola pendekatan yang dilakukan harus secara serius, agar permasalahan remaja dapat ditemukan sesuai dengan kondisi di wilayah tersebut (Nafisah, 2017).

2. Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja)

PIK Remaja adalah salah satu wadah yang dikembangkan dalam program GenRe, yang dikelola dari, oleh dan untuk Remaja/Mahasiswa guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, delapan fungsi keluarga, TRIAD KRR (seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), keterampilan hidup (*life skills*), gender dan keterampilan advokasi dan KIE. Keberadaan dan peranan PIK R/M dilingkungan remaja/ mahasiswa sangat penting artinya dalam membantu remaja/mahasiswa untuk memperoleh informasi dan pelayanan konseling yang cukup dan benar tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja/mahasiswa. Fungsi utama kegiatan PIK Remaja adalah berbagi informasi, aktivitas yang inovatif, konseling dan rujukan (BKKBN, 2010).

Keberadaan dan peranan PIK R/M dilingkungan remaja/ mahasiswa sangat penting artinya dalam membantu remaja/mahasiswa untuk memperoleh informasi dan pelayanan konseling yang cukup dan benar tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja/mahasiswa. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menjelaskan bahwa program dari PIK Remaja. Diantaranya adalah *Peer to peer* atau biasa disebut dengan konselor sebaya. Konselor sebaya adalah

pendidik sebaya (tutor sebaya) yang secara fungsional punya komitmen dan motivasi yang tinggi untuk memberikan konseling bagi kelompok remaja/mahasiswa sebayanya, telah mengikuti pelatihan/orientasi konseling (BKKBN, 2012). Selain itu, ada program GenRe (Generasi Berencana), Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), Triad KRR, life skill untuk remaja, serta pertemuan PIK Remaja, baik antar sesama anggota PIK Remaja dalam sebuah kelompok maupun antar kelompok lain (BKKBN, 2010).

a) Konselor sebaya

Konselor sebaya adalah sebuah layanan bimbingan konseling yang diberikan oleh teman sebayanya atau yang memiliki usia dan tingkat pendidikan yang hampir sama dimana sudah dilatih untuk menjadi konselor sebaya, dan diharapkan dapat memberikan bantuan baik secara individu maupun kelompok kepada teman mereka yang mengalami masalah atau berbagai kendala dalam perkembangannya. Dengan adanya permasalahan yang ditangani oleh teman sebayanya, individu diharapkan bisa lebih terbuka dengan permasalahan yang sedang dialami karena dianggap lebih mengerti dengan keadaan. Selain itu, dengan adanya konselor sebaya dapat meningkatkan

efektivitas pelaksanaan binbingan dan konseling, khususnya remaja (BKKBN, 2010).

b) Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP)

Program pendewasaan usia pernikahan merupakan salah satu program yang dilakukan sebagai upaya pencegahan pernikahan dini. Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia ideal pada saat perkawinan. Usia perkawinan pertama yang diatur menurut BKKBN adalah 20 tahun bagi perempuan dan 25 tahun bagi laki-laki. PUP bukan sekedar menunda sampai usia tertentu saja tetapi mengusahakan agar pernikahan dilakukan pada pasangan yang sudah siap/dewasa dari ekonomi, kesehatan, mental/psikologi. Badan koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (BKKBN, 2010).

Program Pendewasaan Usia kawin dalam program KB bertujuan meningkatkan usia kawin perempuan pada umur 21 tahun serta menurunkan kelahiran pertama pada usia ibu di bawah 21 tahun. Pendewasaan Usia Perkawinan dan Perencanaan Keluarga merupakan kerangka dari program pendewasaan usia perkawinan. Kerangka ini terdiri dari empat masa reproduksi, yaitu: 1) Masa menunda perkawinan dan

kehamilan, 2) Masa mencegah kehamilan dan 3) Masa menjarangkan kehamilan, 4) Masa mengakhiri kehamilan (Fadjar, 2020).

c) TRIAD KRR

Remaja memiliki masalah yang sangat kompleks karena usia remaja merupakan masa peralihan. Masalah yang sangat menonjol di kalangan remaja adalah masalah mengenai TRIAD KRR. TRIAD KRR merupakan tiga ancaman dasar kesehatan reproduksi remaja yang meliputi seksualitas, HIV dan AIDS, serta Napza (Sebayang dkk, 2018).

d) *Life Skill*

Menurut Suminar dan Razak (2016), life skill atau keterampilan hidup merupakan kemampuan seseorang untuk menempuh kehidupan yang bermartabat di dalam tatanan masyarakat. Selain itu, life skill juga merupakan kemampuan yang diperlukan seumur hidup, kepemilikan kemampuan berpikir yang kompleks, kemampuan melakukan kerja sama, berkomunikasi efektif, mampu melakukan peran sebagai warga negara yang dapat bertanggung jawab, memiliki kesiapan kerja, dan karakter serta etika untuk masuk ke dunia kerja.

Sementara itu, kementerian kesehatan memiliki program kesehatan reproduksi remaja yang memasukkan isu-isu

mengenai usia ideal untuk menikah. Program tersebut disinergikan ke dalam kegiatan-kegiatan yang ada di sekolah melalui unit kesehatan sekolah. Selain itu, kementerian kesehatan juga menyediakan Puskesmas Ramah Remaja. Kementerian kesehatan tidak dapat mencegah terjadinya pernikahan usia anak, akan tetapi Kementerian Kesehatan memberikan saran kepada calon pengantin usia anak untuk menunda kehamilan karena kehamilan pertama diharapkan terjadi pada usia di atas 20 tahun. Kementerian kesehatan tengah menginisiasi Modul Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk guru sebagai bagian dari kurikulum pendidikan di sekolah (Djaja, 2016).

Program yang telah dilaksanakan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak terkait pendewasaan usia pernikahan yaitu advokasi kepada beberapa kementerian/lembaga seperti kementerian ekonomi, kementerian pariwisata, dan kementerian kehutanan mengenai faktor-faktor penyebab pernikahan usia anak yang secara tidak langsung berkaitan dengan berbagai sisi kehidupan seperti sektor ekonomi, kegiatan pariwisata, dan pembukaan lahan hutan. Program lain yang dilakukan oleh KPPPA adalah program Kabupaten Kota Layak Anak yang didalamnya memasukkan indikator wajib

belajar 12 tahun yang secara tidak langsung dapat menurunkan pernikahan usia anak. KPPPA juga sudah menyusun sebuah modul fasilitator pencegahan perkawinan anak yang ditujukan kepada fasilitator orang tua sebagai salah satu cara pencegahan pernikahan usia anak. Program lain yang dilakukan yaitu membangun Pusat Pembelajaran Keluarga yang berperan sebagai sekolah pengasuhan bagi orang tua yang dikelola oleh profesional.

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan RI sedang menyusun penyelenggaraan Wajib Belajar 12 Tahun sebagai upaya pencegahan pernikahan usia anak. Pelaksanaan Wajib Belajar 12 Tahun ini akan menurunkan pernikahan usia anak karena anak akan berusia 18 tahun ketika lulus Sekolah Menengah Atas dan sudah cukup matang untuk menikah.

Menurut Djaja dkk (2016) program-program yang sudah ada masih belum mampu mnejangkau seluruh lapisan masyarakat. Program tersebut masih bersifat sektoral dan belum ada lembaga yang mengkoordinasikan bagaimana upaya pencegahan secara holistik.

DAFTAR PUSTAKA

- Afritayeni, A, Penti, DY dan Rizka, A. Analisis perilaku seksual berisiko pada remaja terinfeksi HIV dan AIDS. *Jurnal Endurance*, 2018; 3(1): 69-81.
- Ahmadi A, Munawar S. 2005. Psikologi perkembangan. Jakarta: Rineka Cipta.
- American Congress of Obstetricians and Gynaecologists. Premenstrual Syndrome (PMS). 2016.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Dysmenorrhea: Painful Periods. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015.
- Anas, SH. Sketsa kesehatan reproduksi remaja. *Jurnal Studi Gender & Anak*, 2010; 5(1): 199-214.
- Andarmoyo, Sulisty. (2012). Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu Baso ZA, Judi R. 1999. Kesehatan reproduksi panduan bagi perempuan. Sulawesi Selatan: Pustaka Belajar.
- Arsani, NLKA, dkk. Peranan program PKPR (pelayanan kesehatan peduli remaja) terhadap kesehatan reproduksi remaja di kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, 2019; 2(1).

- Appulembang, YA, Nur AF dan Angeline, HZT. Peran Keluarga dalam Upaya Pencegahan Perilaku Seks Pranikah Remaja di Palembang. *ANALITIKA*, 2019; 11(2): 151-158.
- Badan Narkotika Nasional. Penggunaan narkotika kalangan remaja meningkat. 2019; Jakarta: Website, www.bnn.go.id.
- Bobak, IM. 2004. Keperawatan Maternitas. Alih Bahasa Maria A. Wijaya Rini. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- BKKBN. 2008. Modul kesehatan reproduksi remaja. Yogyakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2010. Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-hak Reproduksi bagi Remaja Indonesia. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi.
- BKKBN. 2012. Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK Remaja/Mahasiswa). Jakarta.
- BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional). 2012. Pedoman pengelolaan Bina Keluarga Remaja (BKR). Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja BKKBN.
- Badan Pusat Statistik. 2016. Analisis data perkawinan usia anak di Indonesia. Jakarta: BPS.

Chandran, L. (2008). Menstruation Disorder: Overview. E-medicine Obstetric and Gynecology.

Depkes RI. (2010). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Depkes RI.

Depsos RI. Perilaku Seksual Remaja. Sabili Nomor 14 Tahun XIV, 24 Januari 2008.

Diska, A.I. 2016. Efektivitas program Bina Keluarga Remaja dalam upaya Pendewasaan Usia Pernikahan (studi kasus di Desa Karang Anyar Kecamatan Jati Agung Lampung Selatan). *Skripsi*. Bandar Lampung: Universitas Lampung.

Djaja, M., Gyamitri B., Alfiasari dan Novita L. 2016. Telaah kebijakan kajian pendewasaan usia perkawinan anak di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Fadjar, Mulyadi . Bapelkes Prov. NTB. Diakses tanggal 31 Mei 2020. (<https://dinkes.ntbprov.go.id/jurnal/jurnal-pendewasaan-usia-perkawinan/>).

Gustina, E.. Komunikasi Orangtua-Remaja dan Pendidikan Orangtua Dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Remaja. *Unnes Journal Of Public Health*, 2017; 6(2).

Guyton, A.C., E.J. Hall. 2006. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Ed ke-9. Setiawan I., Tengadi K.A.,

Santoso A, penerjemah; Setiawan I, editor. Jakarta: EGC. Terjemahan dari *Textbook of Medical Physiology*.

Heffner, L dan Schust, D, 2006. *At a Glance Sistem Reproduksi*, Edisi 2, Alih Bahasa Vidhia Umami. Jakarta: Erlangga.

Heffner, L dan Schust, D, 2006. *At a Glance Sistem Reproduksi*, Edisi 2, Alih Bahasa Vidhia Umami. Jakarta: Erlangga

Hurlock, E.B. 2011. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga

Kemkes RI. *Rapor Kesehatanku Buku Informasi Kesehatan Peserta Didik Tingkat SMP/MTS dan SMA/SMK/MA*. Jakarta: Kemkes RI Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2017.

Kemkes Kementerian Kesehatan RI. *Laporan HIV AIDS 2016*.

Kintoko, R. *Studi Kasus Perilaku Beresiko Remaja Kota Medan (Pola Makan, Aktivitas Fisik, Konsumsi Alkohol dan Narkoba Serta Perilaku Seksual)*. *Jurnal Pembangunan Perkotaan*, 2019; 7(1): 7-12.

Kusmiran, E. (2011). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika

- Kusmiran, E. (2012). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta: Salemba Medika.
- Mahfina L, Elfi YR, Retno W. 2009. Remaja dan kesehatan reproduksi. Yogyakarta: STAIN Ponorogo.
- Magdalena, AB. 2010. *An Analysis of Donor Motivations*. Makalah disampaikan dalam Global Management Conference. Bali, April-May 2010.
- M, Manan, EL. (2011). Miss V. Yogyakarta: Buku Biru.
- Manuaba, I. B. G. 2009. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta: EGC.
- Manuaba dkk. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Bidan. Jakarta: EGC, 2011.
- Mardiyono. 2016. Pola pengelolaan Bina Keluarga Remaja (BKR) di Provinsi Jawa Timur (studi kasus di Kabupaten Jombang dan Kota Madiun). *Jurnal Cakrawala*, 10(1): 49-55.
- Maryanti D, dkk. 2009. Kesehatan reproduksi teori dan praktikum. Yogyakarta: Nuha Medica.
- Mastuti, Meirina Mega dkk. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Sikap Remaja Putri Dalam Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan Di SMK 1 Karangjambu. Semarang. 2016. Diunduh

tanggal 27 Oktober 2017 dari:
<http://perpuswu.web.id/karyailmiah/documents/5172.pdf>

- Mulyaningsih, S.N. 2017. Pembinaan remaja pada Bina Keluarga Remaja di Desa Gladagsari Kecamatan Ampel Kabupaten Boyolali. *Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Mukhatib MD. 2009. *Problem Kesehatan Reproduksi Remaja: Tawaran Solusi*, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Moore, KL. 2002. *Anatomi Klinis Dasar*. Jakarta: Hipokrates: 109-111.
- Nafisah, Z. 2017. Strategi pengelolaan Bina Keluarga Remaja (BKR) Pasopati Kutorejo Desa Kebondalem Kecamatan Gringsing Kabupaten Batang. *Skripsi*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Negara MO. 2005. Mengurangi persoalan kehidupan seksual dan reproduksi perempuan. Jakarta: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Nurjanah R, Estiwidani D dan Purnamaningrum YE. Penyuluhan dan pengetahuan tentang pernikahan usia muda. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 2013; 8 (2): 56-60.

- Pinem, Saroha. 2009. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Trans Info Media. Jakarta.
- Prawirohardjo, S. (2008). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Proverawati & Misaroh. (2009). *Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Potter, Patricia A. & Anne G. Perry. 2009. *Fundamental of Nursing*. Jakarta: Salemba Medika.
- Putra, AP, Kusyogo, C dan Laksmono, W. Identifikasi Perilaku Seks Bebas Akibat Konsumsi Minuman Beralkohol Pada Pengunjung Remaja Kelab Malam “X” Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 2018; 6(1): 715-723.
- Rachmawati, C. D dan Devi, S.R. Dukungan Sosial Yang Mendorong Perilaku Pencegahan Seks Pranikah Pada Remaja SMA X Di Kota Surabaya. *Jurnal Promkes*, 2016; 4(2): 129-139.
- Rahayu A, Meitria S, Rahman F, dkk. 2016. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*. Surabaya: Airlangga University Press
- Rochaniningsih, N. S. Dampak Pergeseran Peran dan Fungsi Keluarga Pada Perilaku Menyimpang

- Remaja. *Jurnal Pembangunan Pendidikan: Fondasi dan Aplikasi*, 2014; 2(1).
- Romauli S dan Vindari AV. 2012 . Kesehatan reproduksi untuk mahasiswi kebidanan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rini, I.M., dan Tjadikijanto, Y.D. 2018. Gambaran program Generasi Berencana (GenRe) di Indonesia dan di Provinsi Jawa Timur tahun 2017. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 7(2): 168-177.
- Sarwono SW. 2001. Psikologi remaja. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Sarwono, S. 2011. Psikologi Remaja. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Sarwono. 2011. Psikologi Remaja.Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Saryono. 2008. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press.Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sherwood. 2004. *Human Physiology : From Cells to Systems. 5th Edition*. USA : Brooks/Cole – Thomson Learning. p. 146, 157, 159
- Simanjutak, P. (2008). Gangguan Haid dan Siklusnya. Dalam: Prawirohardjo, Sarono, Wiknjastro,

Hanifa. Ilmu Kandungan. 2nd ed. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, pp: 229-232.

Sinaga Ernawati, Saribanon Nonon, Suprihatin, Nailus Sa'adah, Salamah Ummu, Murtia Yulia Andani. (2017). *Menejemen Kesehatan Menstruasi*. Universitas Nasional IWWASH Global One, Jakarta.

Soetjiningsih, dkk. Buku Ajar 1, Tumbuh Kembang Anak dan Remaja: Gizi Untuk Tumbuh Kembang Anak, ed 1. Jakarta: Sagung Seto. 2008

Soetjiningsih. (2004). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: PT. Rhineka Cipta.

Sudarto A. Studi deskriptif kepuasan perkawinan pada perempuan yang menikah dini. *Jurnal ilmiah mahasiswa Universitas Surabaya*, 2014; 3(1): 1-15.

Suminar, dkk. 2016. Model of Learning Development on Program Life Skills Education for Rural Communities. *International Journal of Information and Education Technology*. 6, (6). Hal 496

Susanto, T dan Iis, R. Pojok remaja: upaya peningkatan ketrampilan kesehatan reproduksi. *Jurnal Keperawatan*, 2015; 3(2).

Syahrum, M. H. 1994. *Reproduksi dan Embriologi Dari Satu Sel Menjadi Organisme*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta: 9-11.

- UNICEF. 2001. Early marriage: child spouse. Florence: Innocenti Research Center.
- Widiansyah M. 2014. Faktor-faktor penyebab perilaku remaja perokok di desa sidorejo kabupaten penajam paser utara. *eJournal Sosiologi* 2(4): 1-12.
- Widyastuti, Yani dkk. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitramaya.
- World Health Organization. 2006. Defining Sexual Health: Report of technical consultation on sexual health, Sexual health document series. Geneva.
- Wong, D.L, Hockenberry, M, et al. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Alih bahasa, Monica Ester; (6th.ed). vol 2. Jakarta: EGC.
- Wulandari, S. Perilaku Seksual Pranikah Berisiko Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja SMKN Tandun Kabupaten Rokan Hulu. *Jurnal Martenity and Neonatal*, 2016; 2(2): 74-84.
- Yusuf S. 2006. Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: Rosdakarya.

RIWAYAT PENULIS



Meitria Syahadatina Noor lahir di Surabaya tanggal 19 Mei 1979. Jenjang pendidikan dasar tamat tahun 1991 di SDN Rantau Kiwa 1 Rantau, dan tahun 1994 di SMPN 2 Banjarmasin. Jenjang pendidikan menengah tamat tahun 1997 di SMAN 1 Banjarmasin. Kemudian

melanjutkan kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus profesi dokter tahun 2005. Pada tahun 2006, diangkat sebagai PNS dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat hingga sekarang. Pada tahun 2008, melanjutkan pendidikan magister di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, lulus tahun 2010. Jenjang pendidikan S3 ditempuh pada tahun 2013-2017 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Topik penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta artikel ilmiah dan buku yang ditulis lebih banyak mengenai kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.



Prof. Dr. Husaini, SKM., M.Kes lahir di Tanjung-Tabalong, 16 Juni 1966 dari 6 bersaudara. Pendidikan terakhir lulusan Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada-Yogyakarta dan lulus tahun 2014, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2

Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Provinsi Kalimantan Selatan, juga aktif mengajar di beberapa Perguruan Tinggi Swasta. Dikukuhkan menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh Rektor Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 18 Agustus 2017 di Banjarmasin.



Andini Octaviana Putri Andini Octaviana Putri lahir di Banjarbaru pada 4 Oktober 1993. Lulus dari SMAN 1 Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas

Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018. Saat ini ia bekerja sebagai staf pengajar di Departemen KIA dan Kesehatan Reproduksi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan kesehatan reproduksi. Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan yang digunakan sebagai acuan mahasiswa dalam proses belajar mengajar tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional baik sebagai peserta oral presentation maupun peserta poster.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan Magister tahun 2011 di Fakultas Kedokteran

Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program (FETP/EL)*. Bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam hal penelitian dan pengabdian sering terlibat tentang penyakit menular dan tidak menular, dasar dan prinsip epidemiologi, surveilans penyakit, metodologi penelitian, manajemen data dan kejadian luar biasa.



Vina Yulia Anhar, Vina Yulia Anhar, lahir di Banjarmasin 11 Oktober 1993, merupakan salah satu tenaga dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Fokus keilmuan yang digeluti yaitu perilaku dan promosi

kesehatan. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 2015 di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Pada tahun 2018, pendidikan S2 diselesaikan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Beberapa buku ajar yang telah diterbitkan yaitu Dasar-dasar Promosi Kesehatan, Dasar-dasar Manajemen Kesehatan, dan berbagai

modul perkuliahan terkait dengan administrasi dan kebijakan kesehatan serta promosi kesehatan. Pernah terlibat pada berbagai penelitian terkait dengan rokok, kesehatan remaja, kesehatan lingkungan dan lainnya.



Nur Laily Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN I Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas

Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNLAM dan lulus pada tahun 2017. Saat ini ia bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku Ajar Dasar-Dasar Promosi Kesehatan, Buku Ajar Pengantar Kominikasi Kesehatan, Buku ajar Komunikasi Kesehatan, Perilaku Organisas, Manajemen Pemasaran Pelayanan Kesehatan, Manajemen Mutu, Manajemen Logistik Kesehatan, BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit.



Fahrini Yulidasari lahir di Martapura 15 Februari 1985. Pada tahun 2003, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2007. Pada tahun 2011 melanjutkan

pendidikan pada peminatan Gizi Kesehatan konsentrasi Gizi Masyarakat Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health (MPH)* pada tahun 2014.

Saat ini, bekerja sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, juga dipercaya dan diamanahi sebagai Kepala Departemen Gizi dan Ketua Unit KTI dan P2M. Selain itu, aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan yang digunakan sebagai acuan mahasiswa dalam proses belajar mengajar, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya yang terkait dengan Gizi Masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional baik sebagai peserta oral presentation maupun peserta poster.



Ayu Riana Sari dilahirkan di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di

Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011. Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan pada tahun 2018. Dia bekerja sebagai tenaga pengajar pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat pada awal tahun 2012. Dia pernah menjadi enumerator *preparation plan (master plan) survey of health care needs of Banjarbaru City 2011-2015* dan pernah menjadi enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja) di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman karya tulis ilmiah adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi intraorganizational terhadap kinerja puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar).



Fauzie Rahman lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun

2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat ULM serta Auditor Internal pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Aktif sebagai Pengurus Pusat dan Regional Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia (AIPTKM), Organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta

Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dalam bidang kegiatan kemahasiswaan, dia pernah mengikuti *Global Health True Leader (GHTL)*, Ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional serta *Reviewer Nasional* Program Kreatifitas Mahasiswa (PKM) Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan dan telah mendapatkan sertifikasi sebagai penulis buku. Keaktifan lain dilihat dari kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta produktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai *reviewer* Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.



Muhammad Irwan Setiawan

Lahir di Pelaihari 23 Juli 1993. Pada tahun 2011 memulai pendidikan sarjana di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) dan mendapatkan gelar S.Gz pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan pascasarjana di

Magister Ilmu Gizi Universitas Diponegoro dengan konsentrasi Gizi Masyarakat dan mendapatkan gelar M.Gz pada tahun 2018. Sejak bulan Juni 2019 dinyatakan aktif sebagai dosen pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM). Beberapa mata kuliah yang pernah diajar yaitu: Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat, Ekologi Pangan dan Gizi, Gizi 1000 HPK, Program Gizi dan Evaluasi, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Belajar Berbasis Masalah Program Gizi, BBM Faktor Risiko di Wilayah Penyakit Lahan Basah, Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat, Current Issue Kesehatan Masyarakat dan Gizi Kerja. Hingga saat ini masih aktif mengajar, ikut serta dalam kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya yang terkait dengan Gizi Masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional sebagai peserta *oral*

presenter.



Lia Anggraini lahir di Buntok pada tanggal 27 Juni 1996 dari pasangan Bapak Novi Hertawan dan Ibu Sufiem. Beragama Islam dan bertempat tinggal di Banjarbaru. Adapun riwayat pendidikan yaitu pada tahun 2008 lulus dari SDN 3 Buntok. Kemudian

melanjutkan pendidikan di SMPN 2 Buntok dan lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2014 lulus dari SMAN 1 Buntok pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Februari 2014. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Gizi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mengenai stunting pada balita.



Hadianor lahir di Amuntai pada 20 Mei 1995. Lulus MAN I Amuntai Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2013. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas

Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2017. Saat ini ia bekerja sebagai staf di Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Semasa kuliah, ia aktif diberbagai organisasi kemahasiswaan seperti Himpunan Mahasiswa Kesehatan Masyarakat (HIMA KESMAS) FK UNLAM dan Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) FK UNLAM. Selain aktif di kegiatan organisasi mahasiswa, semasa kuliah ia juga aktif sebagai asisten peneliti di berbagai penelitian dan pengabdian yang dilakukan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat FK UNLAM. Selain itu, ia juga aktif sebagai tim penyusun bahan ajar/modul kegiatan seperti Buku ajar Komunikasi Kesehatan (2016), Perilaku Organisasi (2016), Buku Ajar Metode Kontarsepsi Jangka Panjang (2017), Manajemen Pemasara Pelayanan Kesehatan (2017), BBM-Pelayanan Kesehatan II Manajemen Rumah sakit (2017). Pengalaman penulisan karya tulis

ilmiah adalah tentang Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura Tahun 2016.



Husnul Fatimah lahir di Kampung Baru 6 April 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat ULM dengan mengambil peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, kemudian ia menyelesaikan studi S1 pada tahun 2020 dengan predikat wisudawati terbaik se Universitas Lambung Mangkurat. Saat ini, ia merupakan *freshgraduate* yang aktif dalam melakukan penelitian dan berwirausaha, serta menjadi relawan kegiatan sosial.

EDITOR

Atikah Rahayu lahir di Marabahan tanggal 20 April 1978. Jenjang perkuliahan pertama di tempuh di Akademi Gizi Banjarmasin dengan konsentrasi gizi klinik. Jenjang pendidikan strata 1 di FKM (Fakultas Kesehatan



Masyarakat) Universitas Airlangga di Surabaya (2000-2002) dengan topic skripsi bidang gizi. Pada tahun 2010 kembali melanjutkan pendidikan magister ilmu kesehatan masyarakat, peminatan gizi kesehatan dengan konsentrasi gizi masyarakat pada FK (Fakultas Kedokteran) Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta (2010-2012). Mendapat bekal ilmu dan pengetahuan serta didukung dengan diperolehnya sertifikat ahli gizi dan kesehatan masyarakat, topik-topik penelitian maupun pengabdian masyarakat terkait dengan gizi masyarakat hingga mengaitkan beberapa metode pendidikan untuk mencegah dan menanggulangi masalah gizi khususnya kejadian pada balita maupun remaja. Beberapa produk ajar telah dihasilkannya dan aktif pula dalam penulisan jurnal bereputasi nasional maupun internasional serta aktif sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional serta aktif dalam organisasi profesi Perkumpulan Ahli dan Dosen Republik Indonesia



Farid Ilham Muddin lahir di Alabio pada tanggal 13 Oktober 1998. Pada tahun 2016, memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) peminatan Adminstrasi dan Kebijakan Kesehatan. Saat ini aktif

sebagai asisten peneliti dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, ia juga aktif dalam kegiatan sosial seperti pengabdian masyarakat dan bakti sosial. Selain itu juga beberapa kali mengikuti lomba non akademik yang diadakan oleh internal maupun eksternal kampus, dan pernah terpilih sebagai Juara 3 Duta Generasi Berencana (GenRe) Provinsi Kalsel tahun 2017.