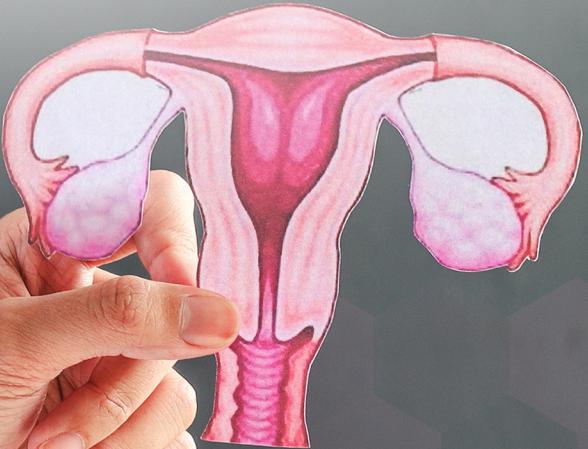


Bunga Rampai

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Wahyuni Alinengsih • Cynthia Puspariny • Rosita Khaerina • Rosmawati
Yuliyanik • Yulita Nengsih • Nina Hidayatunnikmah
Susilawati • Lea Ingne Reffita

Editor : Wulida Litaqia



BUNGA RAMPAI

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Penulis:

Bd. Wahyuni Alinengsih, S.ST., M.Keb.
Cynthia Puspariny, S.ST, Bdn., M.Kes.
Rosita Khaerina, S.S.T., M.Keb.
Bdn. Rosmawati.S.Si.T., M.Keb.
Yuliyanik, AMd.Keb., S.KM., M.Biomed.
Bdn. Yulita Nengsih, S.SiT., M.Kes.
Nina Hidayatunnikmah, S.Keb., Bd. M.Kes.
Susilawati, SST., M. Kes.
Bdn. Lea Ingne Reffita, S.ST.Keb., M.Kes.

Editor:

Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep.



Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja

Penulis: Bd. Wahyuni Alinengsih, S.ST., M.Keb.

Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes.

Rosita Khaerina, S.S.T., M.Keb.

Bdn. Rosmawati.S.Si.T., M.Keb.

Yuliyanik, AMd.Keb., S.KM., M.Biomed.

Bdn. Yulita Nengsih, S.SiT., M.Kes.

Nina Hidayatunnikmah, S.Keb., Bd. M.Kes.

Susilawati, SST., M. Kes.

Bdn. Lea Ingne Reffita, S.ST.Keb., M.Kes.

Editor: Wulida Litaqia, S.Kep., Ners., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7139-83-2

Cetakan Pertama: Maret, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IAKPI (624/DKI/2022)



PRAKATA



Kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu dimensi penting dalam pembangunan generasi muda yang sehat, cerdas, dan bertanggung jawab. Masa remaja adalah periode penuh perubahan, baik fisik, psikologis, maupun sosial. Perubahan-perubahan yang terjadi sering kali membingungkan dan membawa dampak besar pada cara remaja memandang dirinya sendiri, tubuhnya, serta hubungan sosial dan seksualnya. Oleh karena itu, pendidikan tentang kesehatan reproduksi menjadi sangat penting untuk membantu mereka memahami perubahan tersebut secara positif, mengelola tantangan yang muncul, dan menjaga keseimbangan emosional dan fisik yang sehat.

Buku **Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja** hadir sebagai sebuah karya yang menyatukan berbagai pandangan, riset, dan pengalaman seputar isu kesehatan reproduksi yang relevan bagi remaja. Dalam buku ini, kami ingin menyampaikan bahwa pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi bukan hanya soal pengetahuan teknis, tetapi juga tentang membentuk sikap yang sehat dan penuh penghargaan terhadap tubuh dan diri sendiri. Kami percaya bahwa setiap individu, terutama remaja, berhak mendapatkan informasi yang benar, berbasis fakta ilmiah, dan mudah dipahami, agar mereka bisa membuat keputusan yang bijak mengenai tubuh dan kehidupan mereka.

Buku ini disusun dengan pendekatan yang komprehensif dan inklusif, menggabungkan berbagai aspek penting tentang kesehatan reproduksi, mulai dari perubahan fisik yang dialami tubuh remaja, pengelolaan emosi yang muncul selama masa pubertas, hingga isu-isu sosial dan psikologis yang berhubungan dengan hubungan seksual, kehamilan, dan pencegahan penyakit menular seksual. Setiap babnya mengandung informasi yang tidak hanya disusun berdasarkan riset terbaru, tetapi juga mempertimbangkan konteks budaya, agama, dan sosial yang beragam, karena kami memahami bahwa setiap individu berasal dari latar belakang yang unik, dan hal ini mempengaruhi cara mereka memahami dan menghadapi isu-isu kesehatan reproduksi.

Kami berharap buku ini tidak hanya menjadi bahan bacaan, tetapi juga menjadi alat diskusi yang mendorong pembaca untuk lebih terbuka dalam membicarakan topik-topik yang sering dianggap tabu. Pembahasan tentang kesehatan reproduksi seharusnya tidak lagi dianggap sebagai topik yang memalukan atau tabu, melainkan sebagai bagian penting dari pendidikan kehidupan yang harus diberikan kepada setiap individu sejak dulu. Dalam era informasi yang begitu cepat berkembang, keterbukaan terhadap pengetahuan yang sehat dan tepat sangat penting agar para remaja bisa terhindar dari kesalahpahaman yang bisa berujung pada risiko kesehatan, baik fisik maupun mental.

Penting untuk dicatat bahwa pendidikan kesehatan reproduksi bukan hanya tanggung jawab pemerintah atau lembaga pendidikan saja, tetapi juga keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Orang tua, guru, serta tokoh masyarakat memiliki peran penting dalam memberikan contoh, menciptakan ruang aman untuk diskusi,

serta memberikan informasi yang akurat kepada remaja tentang tubuh mereka. Buku ini, dengan segala kesederhanaan dan keterbukaannya, bertujuan untuk mengisi kekosongan informasi yang ada, dan memberikan sumber yang dapat dipercaya untuk membantu orang tua dan pendidik dalam mendampingi remaja mereka.

Harapan kami, buku ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi siapa saja yang berkomitmen untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan reproduksi di kalangan remaja, serta menjadi langkah awal dalam menciptakan masyarakat yang lebih peduli, lebih cerdas, dan lebih bertanggung jawab dalam menghadapi tantangan masa depan. Mari kita bersama-sama mendukung pendidikan yang mengutamakan kesejahteraan remaja, agar mereka tumbuh menjadi pribadi yang tidak hanya sehat secara fisik, tetapi juga seimbang secara mental dan emosional.

Akhir kata, semoga buku ini memberikan manfaat yang luas dan mendalam, serta menginspirasi kita semua untuk terus meningkatkan kesadaran dan pengetahuan seputar kesehatan reproduksi, sehingga generasi muda dapat tumbuh dalam lingkungan yang mendukung perkembangan yang sehat, seimbang, dan penuh kasih sayang.

Februari, 2025

Penulis



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
CHAPTER 1 PENGENALAN MENSTRUASI DAN GANGGUAN	
MENSTRUASI PADA REMAJA	1
Bd. Wahyuni Alinengsih, S.ST., M.Keb.	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Defenisi Menstruasi	2
C. Siklus Menstruasi.....	3
D. Proses Menstruasi	3
E. Hormon-hormon yang memengaruhi siklus menstruasi.....	5
F. Faktor yang Mempengaruhi Siklus Menstruasi	6
G. Gangguan – Gangguan Siklus Menstruasi	7
H. Kesimpulan	13
I. Refrensi	14
CHAPTER 2 TANTANGAN DAN STIGMA SEPUTAR KESEHATAN	
REPRODUKSI PADA REMAJA.....	15
Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes.	15
A. Pendahuluan/Prolog	15
B. Pengertian Tantangan dan Stigma	16
C. Macam-Macam Tantangan Kesehatan Reproduksi Remaja	17
D. Faktor Penyebab Tantangan dan Stigma Kesehatan Reproduksi Remaja.....	18
E. Dampak Stigma pada Remaja	19
F. Cara Mengatasi Tantangan dan Stigma Kesehatan Reproduksi Remaja.....	20
G. Kesimpulan	24
H. Referensi	24
CHAPTER 3 PERAN TEKNOLOGI DAN MEDIA SOSIAL DALAM	
PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA	27
Rosita Khaerina, S.S.T., M.Keb.....	27
A. Pendahuluan/Prolog	27
B. Kesehatan Reproduksi Remaja: Tantangan dan Kebutuhan Pendidikan	28
C. Peran Teknologi dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja	30
D. Media Sosial sebagai Platform Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja	32

E. Efektivitas Teknologi dan Media Sosial dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi	34
F. Etika dan Kebijakan dalam Pemanfaatan Teknologi dan Media Sosial untuk Pendidikan Kesehatan Reproduksi	35
G. Strategi Implementasi Teknologi dan Media Sosial untuk Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja	36
H. Kesimpulan	38
I. Referensi	38
J. Glosarium	42
CHAPTER 4 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA REMAJA DAN PENCEGAHANNYA.....	45
Bdn. Rosmawati.S.Si.T., M. Keb.	45
A. Pendahuluan/Prolog	45
B. Jenis-Jenis Penyakit Menular Seksual pada Remaja	46
C. Faktor Risiko pada Remaja.....	51
D. Pencegahan Penyakit Menular Seksual pada Remaja:.....	52
E. Dampak Tidak Mencegah Penyakit Menular Seksual	53
F. Penanganan Penyakit Menular Seksual pada Remaja	54
G. Kesimpulan dan Rekomendasi	55
H. Kesimpulan	56
I. Referensi	57
J. Glosarium	58
CHAPTER 5 PUBERTAS DAN PERUBAHAN FISIK PADA REMAJA	60
Yuliyanik, AMD.Keb., S.KM., M.Biomed.	60
A. Pendahuluan/Prolog	60
B. Pubertas	60
C. Perubahan Fisik pada Remaja.....	63
D. Kesimpulan	67
E. Referensi	69
CHAPTER 6 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA LAKI – LAKI: EDUKASI DAN PENCEGAHAN	70
Bdn. Yulita Nengsih, S.SiT., M.Kes.	70
A. Pendahuluan/Prolog	70
B. Pengenalan Kesehatan Reproduksi Laki - laki	71
C. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Reproduksi Laki – Laki	71
D. Edukasi Kesehatan Reproduksi Laki – Laki	75
E. Pencegahan Masalah Dalam Kesehatan Reproduksi Laki – Laki.....	79
F. Kesimpulan	86
G. Referensi	86

CHAPTER 7 PERENCANAAN KELUARGA UNTUK REMAJA: KONTRASEPSI DAN EDUKASI.....	90
Nina Hidayatunnikmah, S.Keb., Bd. M.Kes.	90
A. Pendahuluan/Prolog	90
B. Kontrasepsi: Perencanaan Keluarga untuk Remaja.....	91
C. Edukasi Family Planning pada Remaja	128
D. Kesimpulan	132
E. Referensi.....	138
F. Glosarium	143
CHAPTER 8 PERAN ORANG TUA DAN PENDIDIKAN SEKSUAL DIRUMAH	144
Susilawati, SST., M. Kes.	144
A. Pendahuluan/Prolog	144
B. Remaja.....	146
C. Penyebab Perilaku Kekerasan Seksual di Kalangan Remaja	148
D. Pentingnya Komunikasi Keluarga dalam Pencegahan Kasus Kekerasan Seksual.....	148
E. Pendidikan Seksual Pada Remaja	149
F. Peran Orang tua dalam memberikan Pendidikan seksual.....	150
G. Pentingnya Peran Orang Tua Dalam Memberikan Pendidikan Seksual Yang Tepat Dan Terbuka Kepada Remaja	152
H. Dampak Minimnya Pendidikan Seksual yang diberikan Orang Tua.....	154
I. Cara Orang Tua Dapat Mendukung Kesehatan Reproduksi Remaja.....	154
J. Kesimpulan	155
K. Referensi.....	156
L. Glosarium	159
CHAPTER 9 KESEHATAN MENTAL REMAJA DAN DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI	160
Bdn. Lea Ingne Reffita, S.ST.Keb., M.Kes.	160
A. Pendahuluan/Prolog	160
B. Kesehatan Mental Remaja.....	161
C. Kesimpulan	166
D. Referensi.....	166
E. Glosarium	167
PROFIL PENULIS	168

CHAPTER 1

PENGENALAN MENSTRUASI DAN GANGGUAN MENSTRUASI PADA REMAJA

Bd. Wahyuni Alinengsih, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi remaja adalah kondisi kesehatan organ reproduksi yang meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial. Kesehatan reproduksi remaja ditandai dengan haid pertama kali pada remaja perempuan atau mimpi basah pada remaja laki-laki. Masa remaja merupakan salah satu dari periode perkembangan manusia, Masa ini merupakan masa perubahan atau peralihan dari masa kanak – kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, psikologis, dan social. Usia remaja biasanya dimulai pada usia 10 -13 tahun dan berakhir pada usia 18 – 22 tahun. Sedangkan menurut WHO remaja merupakan individu yang sedang mengalami masa peralihan yang secara berangsur – angsur mencapai kematangan seksual, mengalami perubahan jiwa dari jiwa anak – anak menjadi dewasa, dan mengalami perubahan keadaan ekonomi dari ketergantungan menjadi relative mandiri. Ada dua aspek pokok dalam perubahan pada remaja, yakni perubahan fisik atau biologis dan perubahan psikologis (Kemenkes 2022).

Menurut WHO (World Health Organisation) remaja merupakan individu yang mengalami pubertas dimana terjadi perubahan-perubahan dari kecil menuju masa dewasa., masa remaja dicirikan dengan berubahnya bentuk fisik, psikolog serta sudah matangnya reproduksi. Dimasa remaja seorang wanita, salah satu tanda primer adalah pubertas yakni terjadinya mens yang pertama kali keluar (Menarche). Pada kali pertama sehabis darah mens keluar untuk pertama kalinya, siklus dan waktu menstruasi tidak sepenuhnya akan teratur. Pada masa pubertas kebanyakan dimulai pada umur (8 sampai 10 tahun) dan akan berenti pada usia dibawah 16 tahun (WHO,2015).

Menjaga kesehatan reproduksi adalah hal yang sangat penting terutama bagi para remaja karena pada masa remaja adalah waktu terbaik untuk membangun kebiasaan baik terutama dalam menjaga kebersihan yang menjadi aset sangat penting dalam jangka panjang khususnya remaja putri. Pengetahuan masalah reproduksi tidak hanya wajib bagi remaja putri saja tetapi juga bagi remaja laki-laki juga harus mengetahui dan mengerti cara hidup dengan reproduksi yang sehat agar tidak terjerumus ke pergaulan yang salah yang merugikan bagi remaja (Yuni Purwati, 2020). Gangguan menstruasi merupakan gangguan kesehatan reproduksi yang

sering dikeluhkan oleh banyak wanita, terutama remaja putri. Gangguan tersebut dapat terjadi mulai dari tingkat yang ringan sampai berat, dan akan berdampak pada aktivitas sehari-hari, sehingga dapat mengganggu produktifitas remaja seperti sekolah.

B. Defenisi Menstruasi

Menstruasi adalah proses keluarnya darah dari dalam rahim yang terjadi karena luruhnya dinding rahim bagian dalam yang mengandung banyak pembuluh darah dan sel telur yang tidak dibuahi. Proses menstruasi dapat terjadi dikarenakan sel telur pada organ wanita tidak dibuahi, hal ini menyebabkan endometrium atau lapisan dinding rahim menebal dan menjadi luruh yang kemudian akan mengeluarkan darah melalui saluran reproduksi wanita. Normal siklus menstruasi adalah 21 hari sampai 35 hari yang ditandai dengan keluarnya darah sebanyak 10 hingga 80 ml perhari. Menstruasi atau haid yang terjadi dengan siklus lebih dari 35 hari termasuk kategori siklus yang tidak normal, hal ini terjadi karena banyak penyebab seperti keadaan hormon yang tidak seimbang, stres, penggunaan KB, atau karena tumor.

Haid atau menstruasi adalah perubahan fisiologis dalam tubuh perempuan yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Periode ini penting dalam reproduksi. Pada manusia, hal ini bisa terjadi setiap bulan antara usia pubertas dan menopause. Cairan menstruasi terdiri dari darah dan berbagai bagian jaringan lain yang membentuk lapisan dinding rahim, bagian dari jaringan ini terkadang dapat dilihat dalam darah menstruasi sebagai jaringan yang kecil-kecil. Darah menstruasi tidak selalu encer, kadang-kadang terbentuk gumpalan kecil dari darah. Darah menstruasi tidak berbau, dan bebas hama penyakit jika cairan menstruasi terkena udara, dapat menimbulkan bau yang tidak enak karena darah menstruasi sangat rentan terhadap berbagai kuman.

Warna darah menstruasi dapat dibedakan menjadi:

1. Merah muda atau merah samar-samar

Darah merah muda, encer menunjukkan rendahnya hormon estrogen terutama jika aktif berolahraga atau jika darahnya semakin samar maka menunjukkan terjadinya anemia berat dan defisiensi nutrisi.

2. Merah terang

Keadaan yang menandakan normal dan sehat meski kondisi menstruasi setiap wanita berbeda.

3. Merah pekat

Darah merah pekat atau kehitam-hitaman menunjukkan terlalu banyak hormon estrogen.

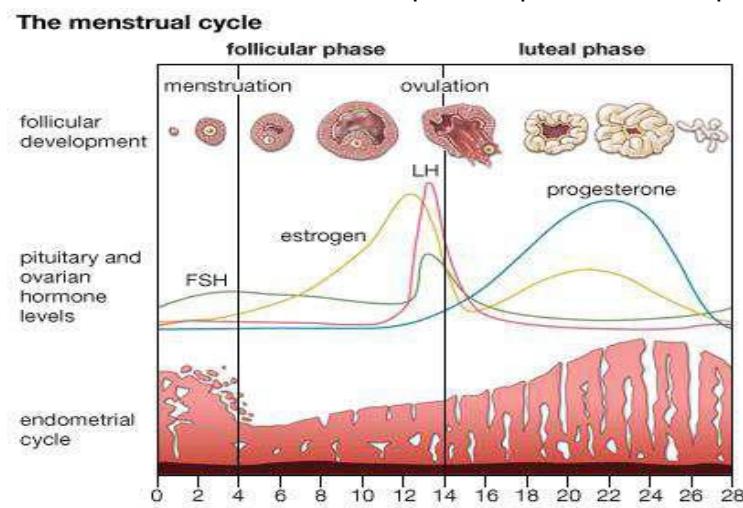
4. Bercak kecoklatan

Keadaan ini menandakan darah sudah tersimpan dalam rahim untuk waktu jangka lama atau kekurangan hormon progesterone.

C. Siklus Menstruasi

Siklus Menstruasi ialah jarak antara tanggal mulainya menstruasi yang lalu dan mulainya menstruasi berikutnya. Hari mulainya perdarahan dinamakan hari pertama siklus. Karena jam mulainya menstruasi tidak diperhitungkan dan tepatnya waktu keluar menstruasi dari ostiumuteri eksternum tidak dapat diketahui, maka panjang siklus mengandung kesalahan kurang lebih 1 hari.

Pada siklus menstruasi normal, terdapat reproduksi hormon-hormon yang pararel dengan pertumbuhan lapisan Rahim untuk mempersiapkan implantasi dari janin (proses kehamilan). Gangguan-gangguan dari siklus menstruasi merupakan alasan salah satu wanita berobat ke dokter. Siklus menstruasi normal berlangsung selama 21-35 hari, 2-8 hari adalah keluarnya darah haid yang berkisar 20-60ml per hari. Penelitian menunjukkan wanita dengan siklus menstruasi normal hanya terdapat pada 2/3 wanita dewasa, sedangkan pada usia reproduksi yang ekstrim (setelah menarche pertama kali terjadinya menstruasi dan manopause) lebih banyak yang mengalami siklus yang tidak teratur atau siklus yang tidak mengandung sel telur. Siklus menstruasi melibatkan kompleks hipotalamus- hipofisi- varium.



Gambar 1.1 Siklus Menstruasi

D. Proses Menstruasi

Siklus menstruasi diregulasi oleh hormon. Luteinizing Hormon (LH) dan Follicle Stimulating Hormone (FSH), yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis, mencetuskan ovulasi dan menstimulasi ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron.

Estrogen dan progesteron akan menstimulus uterus dan kelenjar payudara agar kompeten untuk memungkinkan terjadinya pembuahan (Sinaga et al., 2017).

Menstruasi terdiri dari tiga fase yaitu fase folikuler (sebelum telur dilepaskan), fase ovulasi (pelepasan telur) dan fase luteal (setelah sel telur dilepaskan). Menstruasi sangat berhubungan dengan faktor-faktor yang memengaruhi ovulasi, jika proses ovulasi teratur maka siklus menstruasi akan teratur. Fase-fase yang terjadi selama siklus menstruasi :

1. *Fase folikuler yang dimulai pada hari pertama periode menstruasi. Berikut ini hal-hal yang terjadi selama fase folikuler:*

- a. Follicle stimulating hormone (FSH, hormon perangsang folikel) dan luteinizing hormone (LH, hormon pelutein) dilepaskan oleh otak menuju ke ovarium untuk merangsang perkembangan sekitar 15-20 sel telur di dalam ovarium. Telur-telur itu berada di dalam kantungnya masing-masing yang disebut folikel
- b. Hormon FSH dan LH juga memicu peningkatan produksi estrogen
- c. Peningkatan level estrogen menghentikan produksi FSH. Keseimbangan hormon ini membuat tubuh bisa membatasi jumlah folikel yang matang
- d. Saat fase folikuler berkembang, satu buah folikel di dalam salah satu ovarium menjadi dominan dan terus matang. Folikel dominan ini menekan seluruh folikel lain kelompoknya sehingga yang lain berhenti tumbuh dan mati. Folikel dominan akan terus memproduksi estrogen.

2. *Fase ovulasi biasanya dimulai sekitar 14 hari setelah fase folikuler. Fase ini adalah titik tengah dari siklus menstruasi, dengan periode menstruasi berikutnya akan dimulai sekitar 2 minggu kemudian. Peristiwa di bawah ini terjadi di fase ovulasi:*

- a. Peningkatan estrogen dari folikel dominan memicu lonjakan jumlah LH yang diproduksi oleh otak sehingga menyebabkan folikel dominan melepaskan sel telur dari dalam ovarium
- b. Sel telur dilepaskan (proses ini disebut sebagai ovulasi) dan ditangkap oleh ujung-ujung tuba fallopi yang mirip dengan tangan (fimbria). Fimbria kemudian menyapu telur masuk ke dalam tuba fallopi. Sel telur akan melewati tuba Fallopi selama 2-3 hari setelah ovulasi
- c. Selama tahap ini terjadi pula peningkatan jumlah dan kekentalan lendir serviks. Jika seorang wanita melakukan hubungan intim pada masa ini, lendir yang kental akan menangkap sperma pria, memeliharanya, dan membantunya bergerak ke atas menuju sel telur untuk melakukan fertilisasi.

3. Fase luteal dimulai tepat setelah ovulasi dan melibatkan proses-proses di bawah ini:

- a. Setelah sel telur dilepaskan, folikel yang kosong berkembang menjadi struktur baru yang disebut dengan corpus luteum
- b. Corpus luteum mengeluarkan hormon progesteron. Hormon inilah yang mempersiapkan uterus agar siap ditempati oleh embrio
- c. Jika sperma telah memfertilisasi sel telur (proses pembuahan), telur yang telah dibuahi (embrio) akan melewati tuba fallopi kemudian turun ke uterus untuk melakukan proses implantasi. Pada tahap ini, si wanita sudah dianggap hamil
- d. Jika pembuahan tidak terjadi, sel telur akan melewati uterus, mengering, dan meninggalkan tubuh sekitar 2 minggu kemudian melalui vagina. Oleh karena dinding uterus tidak dibutuhkan untuk menopang kehamilan, maka lapisannya rusak dan luruh. Darah dan jaringan dari dinding uterus pun (endometrium) bergabung untuk membentuk aliran menstruasi yang umumnya berlangsung selama 4-7 hari (Sinaga et al., 2017).

Selama menstruasi, arteri yang memasok dinding uterus mengerut dan kapilernya melemah. Darah mengalir dari pembuluh yang rusak, melepaskan lapisan-lapisan dinding uterus. Pelepasan bagian-bagian ini tidak semuanya sekaligus, tapi secara acak. Lendir endometrium dan darah turun dari uterus berupa cairan (Sinaga et al., 2017).

E. Hormon-hormon yang memengaruhi siklus menstruasi

Ada empat hormon yang menegendalikan siklus menstruasi yakni estrogen, progesteron, FSH, dan SH. Berikut adalah penjelasan masing-masing hormon tersebut :

1. Estrogen adalah hormon yang secara terus menerus meningkat sepanjang dua minggu pertama siklus menstruasi. Estrogen mendorong penebalan dinding rahim atau endometrium. Estrogen juga menyebabkan perubahan sifat dan jumlah lendir serviks
2. Progesteron adalah hormon yang diproduksi selama pertengahan akhir siklus menstruasi. Progesteron menyiapkan uterus sehingga memungkinkan telur yang telah dibuahi untuk melekat dan berkembang. Jika kehamilan tidak terjadi, level progesteron akan turun dan uterus akan meluruhkan dindingnya, menyebabkan terjadinya pendarahan menstruasi
3. Hormon pelepas gonadotropin (*gonadotrophin-releasing hormone/GnRh*)

Hormon ini diproduksi di dalam otak dan berfungsi merangsang tubuh untuk menghasilkan hormon perangsang folikel dan hormon pelutein

4. Follicle stimulating hormone (FSH) terutama berfungsi untuk merangsang pertumbuhan folikel ovarium, sebuah kista kecil di dalam ovarium yang mencengkram sel telur
5. Luteinizing hormone (LH) adalah hormon yang dilepaskan oleh otak dan bertanggung jawab atas pelepasan sel telur dari ovarium, atau ovulasi. Ovulasi biasanya terjadi sekitar 36 jam setelah peningkatan LH. Alat prediksi-ovulasi mengetes peningkatan level LH.

F. Faktor yang Mempengaruhi Siklus Menstruasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi siklus menstruasi sebagai berikut:

1. Berat badan

Berat badan dan perubahan berat badan dapat memengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan menyebabkan gangguan pada fungsi ovarium. Kondisi patologis seperti berat badan yang kurang/kurus dan anorexia nervosa dapat menimbulkan amenorrhea

2. Aktivitas fisik

Tingkat aktivitas fisik yang sedang dan berat dapat membatasi fungsi menstruasi seperti olahraga yang berlebihan

3. Stress

Stress menyebabkan perubahan sistemik dalam tubuh, khususnya sistem persarafan dalam hipotalamus melalui perubahan proklatin atau endogen opiat yang dapat memengaruhi elevasi kortisol basal dan menurunkan hormone lutein (LH) yang menyebabkan amenorrhea

4. Gangguan endokrin

Adanya penyakit-penyakit endokrin seperti diabetes, hipotiroid, serta hipertiroid yang berhubungan dengan gangguan menstruasi. Penyakit polystic ovarium berhubungan dengan obesitas, resistensi insulin, dan *oligomenorrhea*. *Amenorrhea* dan *oligomenorrhea* pada perempuan dengan penyakit polystic ovarium berhubungan dengan insensitivitas hormone insulin dan menjadikan perempuan tersebut obesitas. Hipertiroid berhubungan dengan *oligomenorrhea* dan lebih lanjut menjadi *amenorrhea*. Hipotiroid berhubungan dengan *polymenorrhea* dan *menorrhagia*

5. Durasi tidur

Durasi tidur yang pendek dapat mengganggu irama sirkadian dan mempengaruhi siklus menstruasi, juga dapat menghambat sekresi *hormone lutein* (LH), (Nam, 2017)

6. Mengkonsumsi Obat- obatan Tertentu

Banyak obat yang tidak ada hubungannya dengan organ reproduksi seperti obat-obatan antidepresan dan antipsikotik, obat tekanan darah, kemoterapi, dan obat-obatan alergi dapat menjadi alasan untuk berhentinya menstruasi

7. Penyakit kronis

Faktor lainnya adalah kegagalan pelepasan oleh rahim yang disebabkan oleh operasi, kemoterapi, atau menggunakan terapi radiasi di pinggul wanita. Para ahli juga mengatakan, penyimpangan siklus juga terjadi karena penyakit seperti tuberkulosis, hati, dan diabetes.

G. Gangguan – Gangguan Siklus Menstruasi

Gangguan menstruasi pada remaja dapat disebabkan oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internalnya adalah ketidakseimbangan hormon, sedangkan faktor eksternalnya adalah gaya hidup dan stres.

1. *Premenstrual syndrome (PMS)*

Premenstrual syndrome (PMS) atau sindrom pramenstruasi adalah gejala-gejala yang dialami wanita sebelum memasuki masa menstruasi. Gejala tersebut dapat berupa perubahan fisik, perilaku, dan emosi. Umumnya, gejala PMS terjadi sekitar 1–2 minggu sebelum hari pertama menstruasi setiap bulannya. Tingkat keparahan gejalanya bisa bervariasi, mulai dari yang ringan, seperti perut kembung, sakit kepala, hingga gejala yang lebih berat, yaitu depresi.

PMS merupakan masalah yang umum terjadi pada wanita usia produktif. Sekitar 48% wanita diketahui pernah mengalami kondisi ini. Penyebab *Premenstrual Syndrome* belum diketahui secara pasti. Akan tetapi, ada faktor-faktor yang diduga dapat memicu terjadinya PMS, di antaranya :

a. Perubahan hormon

Peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron pada wanita dapat memicu terjadinya PMS. Keluhan akibat perubahan hormon ini biasanya akan hilang ketika wanita sedang hamil atau telah menopause

b. Perubahan zat kimia di otak

Perubahan serotonin, yaitu zat kimia di otak yang mengatur suasana hati, juga dapat memicu terjadinya PMS. Jumlah serotonin yang kurang di otak dapat menyebabkan perubahan emosi, seperti rasa gelisah yang berlebihan.

2. Gejala Premenstrual Syndrome

Gejala PMS dapat meliputi perubahan fisik, perilaku, dan emosi. Gejala tersebut biasanya terjadi sekitar 1–2 minggu sebelum haid dan dapat berlangsung hingga beberapa hari setelah haid dimulai. Gejala perubahan fisik saat PMS dapat meliputi:

- a. Nyeri payudara
- b. Berat badan bertambah
- c. Sakit kepala
- d. Tangan atau kaki membengkak
- e. Nyeri otot
- f. Kram perut
- g. Perut kembung
- h. Muncul jerawat
- i. Diare atau malah sembelit

Beberapa gejala perubahan perilaku yang dialami saat PMS adalah :

- a. Mudah lupa
- b. Kelelahan
- c. Sulit konsentrasi
- d. Nafsu makan meningkat

Sementara itu, perubahan emosi yang dapat terjadi ketika PMS, yaitu :

- a. Mudah marah
- b. Menangis tanpa penyebab
- c. Gelisah yang berlebihan
- d. Insomnia
- e. Gairah seks meningkat
- f. Depresi

Untuk mendiagnosis *premenstrual syndrome*, dokter akan melakukan tanya jawab seputar keluhan yang dialami pasien, sejak kapan keluhan tersebut dirasakan, dan bagaimana siklus menstruasi pasien. Penting untuk diingat bahwa catatan siklus menstruasi pasien sangat dibutuhkan untuk mendiagnosis *premenstrual syndrome*. Selanjutnya, dokter akan melakukan pemeriksaan fisik, terutama di bagian tubuh yang mengalami keluhan, seperti payudara atau perut. Diagnosis *premenstrual syndrome* umumnya tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang apa pun. Namun, pada kasus tertentu, dokter mungkin perlu melakukan tes fungsi tiroid untuk memastikan bahwa gejala yang dialami bukan disebabkan oleh kondisi medis lain.

Pencegahan *Premenstrual Syndrome* Mengingat penyebab PMS tidak diketahui secara pasti, maka kondisi ini pun sulit untuk dicegah. Cara terbaik yang bisa dilakukan untuk mengurangi risiko terjadinya PMS adalah menerapkan gaya hidup sehat. Beberapa upaya yang bisa dilakukan antara lain :

- a. Melakukan aktivitas fisik atau berolahraga secara rutin

- b. Mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang, termasuk memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan
- c. Membiasakan tidur 7–9 jam per hari
- d. Tidak merokok dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol
- e. Melakukan relaksasi
- f. Membatasi makanan tinggi gula dan garam, terutama 1–2 minggu sebelum haid
- g. Membatasi minuman berkefein, khususnya kopi
- h. Mengelola stres dengan baik

Kelainan dalam Banyaknya Darah dan Lamanya Perdarahan pada Menstruasi

1. Hipermenoreia atau Menoragia

a. Pengertian

Perdarahan haid lebih banyak dari normal atau lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari), kadang disertai dengan bekuan darah sewaktu menstruasi

b. Penyebab

- 1) Hipoplasia uteri, dapat mengakibatkan amenorea, hipomenoreia, menoragia. Terapi: uterotonika
- 2) Asthenia, terjadi karena tonus otot kurang. Terapi: uterotonika, roborantia
- 3) Myoma uteri, disebabkan oleh kontraksi otot Rahim kurang, cavum uteri luas, kandungan pembuluh darah balik
- 4) Hipertensi
- 5) Dekompensio cordis
- 6) Infeksi, misalnya endometritis, salpingitis
- 7) Retofleks uteri, dikarenakan bendungan pembuluh darah balik
- 8) Penyakit darah, misalnya werlhofg, hemofili

c. Tindakan bidan

- 1) Memberikan anti perdarahan seperti ergometrin tablet/injeksi
- 2) KIE (Kondeling, Informasi, Edukasi) untuk pemeriksaan selanjutnya
- 3) Merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi dan lengkap

2. Hipermenoreia

a. Pengertian

Hipermenoreia adalah perdarahan haid yang lebih pendek dan atau lebih kurang dari biasa

b. Penyebab

Hipermenoreia disebabkan oleh karena kesuburan endometrium kurang aktif dan kurang gizi, penyakit menahun maupun gangguan hormonal

c. Tindakan Biasa

Merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi dan lengkap.

Kelainan Siklus

1. Polimenorea atau Epimenoragia

a. Pengertian

Polimenoreea adalah siklus haid yang lebih memendek dari biasa kurang dari 21 hari, sedangkan jumlah perdarahan relative sama atau lebih banyak dari biasa

b. Penyebab

Polimenoreea merupakan gangguan hormonal dengan umur korpus luteum memendek sehingga siklus menstruasi juga lebih pendek atau bisa disebabkan akibat stadium poliferasi pendek atau stadium sekresi pendek atau karena keduanya

c. Terapi

Stadium poliferasi dapat diperpanjang dengan hormon kombinasi estrogen dan progesterone

2. Oligomenorea

a. Pengertian

Oligomenoreea adalah siklus menstruasi memanjang lebih dari 35 hari, sedangkan jumlah perdarahan berkurang

b. Penyebab

Perpanjangan stadium folikuler, perpanjangan stadium luteal, kedua stadium menjadi panjang, pengaruh psikis, pengaruh penyakit (TBC)

c. Terapi

Oligomenoreea yang disebabkan ovulator tidak memerlukan terapi, sedangkan bila mendekati amenorea diusahakan dengan ovulasi

3. Aminorea

a. Pengertian

Amenorea adalah keadaan tidak datang haid untuk sedikitnya 3 bulan berturut-turut

b. Klasifikasi

- 1) Aminoreaprimer, apabila belum pernah datang haid sampai umur 18 tahun
- 2) Amenorea sekunder, apabila berhenti haid setelah menarche atau pernah mengalami haid tetapi berhenti berturut-turut selama 3 bulan

c. Penyebab

Fisiologis terjadi selama pubertas, dalam kehamilan, dalam masa laktasi maupun dalam masa menopause, gangguan pada aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium, kelainan congenital, gangguan sistem hormonal, penyakit-penyakit

lain, ketidakstabilan emosi, kurang zat makanan yang mempunyai nilai gizi lebih

d. Terapi

Terapi pada amenore, tergantung etiologinya. Secara umum dapat diberikan hormon-hormon yang merangsang ovulasi, iradiasi dari ovarium dan pengambilan keadaan umum, menyeimbangkan antara kerja rekreasi atau istirahat

Perdarahan Diluar Menstruasi

1. Metroragia

a. Pengertian

Metroragia adalah perdarahan yang tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid

b. Klasifikasi

- 1) Metroragia oleh karena adanya kehamilan, seperti abortus dan kehamilan ektopik
- 2) Metroragia di luar kehamilan

c. Penyebab

Metroragia di luar kehamilan dapat di sebabkan oleh luka yang tidak sembuh, carcinoma corpus uteri, caecinoma cervicitis, peradangan dari haemorrhagis (seperti kolpitis haemorrhagis, endometritis haemorrhagia)

d. Perdarahan fungsional:

- 1) Perdarahan Anovulator, disebabkan oleh psikis, neurogen, hypofiser, ovarial (tumor atau ovarium yang polikistik) dan kelainan gizi, metabolism, penyakit akut maupun kronis
- 2) Perdarahan ovulator, akibat korpus luteum persisten, kelainan pelepasan endometrium, hipertensi, kelainan darah dan penyakit akut maupun kronis.

e. Terapi

Kuretase dan hormonal

2. Disminorea

a. Pengertian

Dismenorea adalah nyeri sewaktu menstruasi. Dismenorea terjadi pada 30-75% wanita dan memerlukan pengobatan

b. Klasifikasi

1) Disminorea primer

(disminorea sejati, intrinsik, esensial atau fungsional) adalah nyeri haid yang terjadi sejak menarche dan tidak terdapat kelainan pada alat kandungan

a) Sebab:

- Psikis atau konstitusional: anemia, kelelahan, TBC

- Obstetrik: cervicsempit, hyperanteflexio, retroflexion
- Endokri: peningkatan kadar prostaglandin, hormon steroid seks, kadar vasopressin tinggi

b) Gejala:

Nyeri haid dari bagian perut menjalar ke daerah pinggang dan paha, terkadang disertai dengan mual muntah, diare, sakit kepala dan emosi labil

c) Terapi:

Psikoterapi, analgetika dan hormonal

2) Disminorea sekunder

Terjadi pada wanita yang sebelumnya tidak mengalami disminorea. Hal ini terjadi pada kasus infeksi, mioma submucosa, polip corpus uteri, endometriosis, retroflexion uteri fixata, gynatresi, stenosis kanalis servikalis, adanya AKDR, tumor ovarium.

a) Terapi:

Causal (mencari dan menghilangkan penyebab).

3. Poliminorea

a. Pengertian

Polimenoreea adalah siklus haid yang lebih memendek dari biasa yaitu kurang dari 21 hari, swdangkan jumlah perdarahan relatif sama atau lebih banyak dari biasa (Marmi, 2015)

b. Penyebab

1) Gangguan hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi atau korpus luteum memendek sehingga siklus menstruasi lebih pendek. Penyebab perdarahan yang tidak normal umumnya adalah ketidakseimbangan hormon. Menstruasi terjadi karena adanya hormon FSH, LH, estrogen, progesterone, prolaktin dan testosterone. Hormon FSH dan LH itu keluar atas perintah hipotalamus dan hipotalamus memerintahkan indung telur untuk mengeluarkan estrogen dan progesteron. Estrogen dan progesteron memiliki pengaruh terhadap selaput dalam rahim untuk mengeluarkan menstruasi. Seandainya regulasi ini bermasalah, outputnya jadi bermasalah juga. Perubahan pola haid dipengaruhi oleh stres, pemakaian kontrasepsi, dan gangguan sistem saraf pusat HipotalamusHipofisis

2) Stadium proliferasi pendek. Dimana fase ini berlangsung antara hari ke-4 sampai hari ke-7. Fase ini dapat dikenal dari epitel permukaan yang tipis dan adanya regenerasi epitel, terutama dari mulut kelenjar. Bentuk kelenjar ini merupakan ciri khas fase proliferasi, sel-sel kelenjar mengalami mitosis. Sebagian sediaan masih menunjukkan suasana fase menstruasi dimana

terlihat perubahan-perubahan involusi dari epitel kelenjar yang bentuk kuboid.

3) Stadium sekresi pendek. Dalam fase ini endometrium lebih tipis daripada fase sebelumnya karena kehilangan cairan. pada saat ini dapat dibedakan beberapa lapisan, yaitu:

- Startum balase, yaitu lapisan endometrium bagian dalam yang berbatasan dengan lapisan memometrium, lapisan ini tidak aktif, kecuali mitosis pada kelenjar
- Startum spongiosum, yaitu lapisan tengah berbentuk anyaman seperti spons. Ini disebabkan oleh banyaknya kelenjar yang melebar, berkeluk-keluk dan hanya sedikit stroma di antaranya
- Startum kompaktum, yaitu lapisan atas yang padat. Saluran-saluran kelenjar sempit, lumennya berisi secret dan stromanya edema
- Kongesti pada ovarium (peradangan, endometriosis dan sebagainya)

c. Manifestasi Klinik

- 1) Haid yang tidak teratur dengan jumlah yang tidak tentu
- 2) Periode siklus menstruasi yang kurang dari 21 hari
- 3) Pada beberapa wanita yang mengalami polimenorea mengalami kesulitan hamil atau infertilitas

d. Penatalaksanaan

- 1) Pada stadium poliferasi pendek dapat diperpanjang dengan hormon ekstrogen
- 2) Pada stadium sekresi pendek menggunakan hormon kombinasi estrogen dan progesterone.

H. Kesimpulan

- Haid atau menstruasi adalah perubahan fisiologis dalam tubuh perempuan yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi dimana proses keluarnya darah dari dalam rahim yang terjadi karena luruhnya dinding rahim bagian dalam yang mengandung banyak pembuluh darah dan sel telur yang tidak di buahi.
- Siklus Menstruasi ialah jarak antara tanggal mulainya menstruasi yang lalu dan mulainya menstruasi berikutnya. Siklus menstruasi normal berlangsung selama 21-35 hari, 2-8 hari adalah keluarnya darah haid yang berkisar 20-60ml per hari.
- Siklus menstruasi diregulasi oleh hormon. Luteinizing Hormon (LH) dan Follicle Stimulating Hormone (FSH), yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis, mencetuskan ovulasi dan menstimulasi ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron. Estrogen dan progesteron akan menstimulus uterus dan kelenjar

payudara agar kompeten untuk memungkinkan terjadinya pembuahan. Menstruasi terdiri dari tiga fase yaitu fase folikuler (sebelum telur dilepaskan), fase ovulasi (pelepasan telur) dan fase luteal (setelah sel telur dilepaskan).

- Ada empat hormon yang menegendalikan siklus menstruasi yakni estrogen, progesteron, FSH, dan SH.
- Faktor-faktor yang mempengaruhi siklus menstruasi yaitu : Berat badan, Aktivitas fisik, stress, Gangguan endokrin, durasi tidur, mengkomsumsi obat-obatan tertentu, penyakit kronis.
- Gangguan – Gangguan Siklus Menstruasi yaitu : Premenstrual syndrome (PMS), Hipermenorhea, hipomenorhea, polimenorhea, oligomenorrhea, metorargia, amenorea, dan dismenorhea.

I. Refrensi

- Azis, A. A. (2018). enstral Cycle Length in Women Ages 20-30 years. Journal of Physics: Conference Series, 1028(1) (<https://doi.org/10.1088/1742-6596/1028/1/012019>).
- Ernawati Sinaga, N. S. (2017). Manajemen Kesehatan Menstruasi. Jakarta.
- Foster C, A.-Z. H. (2018). Menstrual Irregularities. Pediatr Ann.(<https://doi.org/10.3928/19382359-20171219-01>), 47(1):e23–e28.
- Islamy, A. (2019). Faktor - Faktor Yang mempengaruhi Siklus Menstruasi Pada Remaja Putri Tingkat III. Jurnal Keperawatan Jiwa,, lume 7 No 1 , Hal 13- 18.
- Laras Sitoayu, D. A. (2017). Kecukupan zat gizi makro, status gizi, stres, dan siklus menstruasi pada remaja. Jurnal Gizi Klinik Indonesia, Vol 13 No 3 , 121-128.
- Maulia, D. (2021). Faktor - Faktor yang Berhubungan Dengan Siklus menstruasi Pada Remaja Putri Di Kelurahan Warnasari Kota Cilegon Banten.
- Muhammad Arifin Ilham, N. d. (2023). Gangguan Siklus Menstruasi Pada Remaja. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>, Volume 5 Nomor 1.
- Villasari, A. (2021). Fisiologi Menstruasi. Kediri.
- Vriska Roro Sekar Arum, A. Y. (2019). The Relationship of Nutritional Status, Physical Activity, Stress, and Menarche to Menstrual Disorder (Oligomenorrhea). Public Health Perspectives Journal, Volume 4 (1), Hal 37-47.
- Yuni Purwati, A. M. (2020). Gangguan Siklus Menstruasi Akibat Aktivitas Fisik dan Kecemasan. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan 'Aisyiyah, Available online at <https://ejournal.unisyogya.ac.id/ejournal/index.php/jkk>, Volume 16 (2), Hal 217-228.

CHAPTER 2

TANTANGAN DAN STIGMA SEPUTAR KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA

Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu aspek penting dalam perkembangan remaja, karena berhubungan langsung dengan kemampuan mereka untuk menjalani kehidupan yang sehat dan produktif. Namun, dalam kenyataannya, kesehatan reproduksi remaja sering diabaikan karena berbagai tantangan dan stigma yang melekat di masyarakat. Tantangan ini meliputi akses yang terbatas terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi, kurangnya pendidikan kesehatan seksual yang komprehensif, serta stigma sosial yang membuat remaja enggan mencari bantuan atau informasi terkait kesehatan reproduksi remaja.

Remaja sering menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Menurut laporan dari (BKKBN, 2023) hanya 35% remaja di Indonesia yang memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. Hambatan ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kurangnya fasilitas yang ramah remaja, jarak geografis yang jauh, serta ketakutan akan stigma dan diskriminasi dari petugas kesehatan. Studi menunjukkan bahwa remaja sering merasa malu atau takut untuk berkonsultasi tentang masalah reproduksi karena khawatir dianggap melakukan perilaku seksual yang tidak sesuai norma. Akibatnya, banyak remaja mencari informasi dari sumber yang tidak terpercaya, seperti internet atau teman sebaya, yang dapat meningkatkan risiko misinformasi. (Setiawan, 2022)

Stigma sosial menjadi salah satu penghalang utama bagi remaja dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi. Budaya yang tabu membahas isu-isu seksual di banyak komunitas membuat remaja cenderung menghindari pembicaraan tentang kesehatan reproduksi. Hal ini diperparah dengan persepsi masyarakat yang sering kali menyalahkan korban dalam kasus kehamilan remaja atau perilaku seksual berisiko. Data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI, 2017) menunjukkan bahwa 60% remaja perempuan yang mengalami kehamilan di luar nikah merasa dikucilkan oleh masyarakatnya. Kondisi ini membuat mereka enggan mencari dukungan medis atau psikologis, yang akhirnya memperburuk kesehatan fisik dan mental mereka.

Pendidikan kesehatan reproduksi yang memadai masih menjadi tantangan di banyak sekolah. Berdasarkan penelitian oleh Putri dan Handayani (2023), hanya 40% sekolah di Indonesia yang mengintegrasikan pendidikan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum mereka. Pendidikan yang diberikan pun sering kali hanya berfokus pada aspek biologis, tanpa membahas aspek emosional, sosial, dan psikologis yang relevan. (Putri, L., & Handayani, 2023) Kurangnya pendidikan ini berkontribusi pada rendahnya pemahaman remaja tentang pentingnya menjaga kesehatan reproduksi. Data (WHO, 2023) menunjukkan bahwa sekitar 30% remaja di Indonesia tidak memahami cara mencegah infeksi menular seksual (IMS) atau kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini meningkatkan risiko mereka terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi, termasuk HIV/AIDS.

Banyaknya dampak yang akan terjadi jika tantangan seputar kesehatan reproduksi pada remaja ini tidak menjadi perhatian banyak pihak. Maka pada bab ini kita akan membahas terkait tantangan dan stigma seputar kesehatan reproduksi remaja. Beberapa metode untuk mengatasi tantangan dan stigma seputar kesehatan reproduksi remaja memerlukan pendekatan holistik yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, pendidik, dan masyarakat. Program edukasi yang komprehensif dan berbasis komunitas dapat menjadi langkah awal untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja tentang pentingnya kesehatan reproduksi.

Selain itu, perlu adanya pelatihan bagi tenaga kesehatan untuk meningkatkan sensitivitas dan keterampilan mereka dalam memberikan layanan kepada remaja. Kampanye publik untuk mengurangi stigma dan menciptakan lingkungan yang mendukung juga penting untuk memastikan remaja merasa nyaman membicarakan masalah kesehatan reproduksi mereka tanpa takut dihakimi.

B. Pengertian Tantangan dan Stigma

Tantangan kesehatan reproduksi remaja mengacu pada berbagai hambatan yang dihadapi oleh remaja dalam menjaga kesehatan fisik, mental, dan sosial terkait fungsi reproduksi mereka. Menurut (WHO, 2020) kesehatan reproduksi adalah keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya ketiadaan penyakit atau gangguan, dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsinya. Tantangan kesehatan reproduksi remaja mencakup isu-isu seperti kurangnya akses informasi, stigma sosial, kehamilan tidak direncanakan, infeksi menular seksual (IMS), serta ketidaksetaraan gender.

Dalam buku *Adolescent Health: Challenges and Solutions* (Connell, R., & Pearse, 2021) disebutkan bahwa tantangan kesehatan reproduksi pada remaja muncul akibat perubahan fisiologis dan psikologis yang kompleks selama masa

pubertas. Remaja sering kali menghadapi kesulitan untuk memahami perubahan tubuh mereka, mengelola emosinya, serta membuat keputusan yang sehat terkait reproduksi. Hal ini menjelaskan bahwa tantangan ini diperburuk oleh kurangnya pendidikan seksual yang komprehensif, minimnya akses terhadap layanan kesehatan yang ramah remaja, serta norma budaya dan agama yang membatasi diskusi tentang kesehatan reproduksi. Hal ini menyebabkan banyak remaja mengalami risiko kesehatan yang dapat dicegah, seperti kehamilan dini, IMS, dan kekerasan seksual.

Stigma adalah ketidaksetujuan seseorang maupun sekelompok orang berdasarkan karakteristik tertentu yang membedakan atau keberadaan mereka menjadi tidak diinginkan di lingkungan masyarakat. Stigma juga merupakan keyakinan negatif yang dimiliki seseorang untuk mendasari ketidakadilan yang dimiliki sekelompok orang tentang sesuatu. (Merriam-Webster, 2019)

Stigma adalah persepsi negatif yang melekat pada individu atau kelompok akibat suatu karakteristik tertentu. Dalam konteks kesehatan reproduksi remaja, stigma sering muncul karena adanya norma budaya, sosial, dan agama yang membatasi pembicaraan tentang seksualitas. Buku *Sexual Health and Adolescence* (Connell, R., & Pearse, 2021) menyebutkan bahwa stigma ini dapat memengaruhi akses remaja terhadap layanan kesehatan reproduksi.

C. Macam-Macam Tantangan Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja merupakan isu penting yang diakui oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Remaja sering menghadapi berbagai tantangan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi mereka. Berikut adalah beberapa tantangan utama yang diidentifikasi oleh WHO:

1. Kurangnya Pendidikan Seksual Komprehensif: Banyak remaja tidak menerima informasi yang memadai tentang kesehatan reproduksi, yang dapat menyebabkan perilaku seksual berisiko. Pendidikan yang tidak memadai dapat mengakibatkan kurangnya pemahaman tentang kontrasepsi dan pencegahan penyakit menular seksual (PMS).
2. Akses Terbatas ke Layanan Kesehatan: Remaja sering menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. Stigma sosial, kurangnya privasi, dan ketakutan akan penilaian negatif dapat menghalangi mereka untuk mencari bantuan medis yang diperlukan.
3. Tekanan Sosial dan Budaya: Norma budaya dan tekanan dari teman sebaya dapat mempengaruhi keputusan remaja terkait kesehatan reproduksi. Misalnya, tekanan untuk menikah dini atau tabu seputar diskusi tentang seksualitas dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi remaja.

4. Kekerasan Berbasis Gender: Remaja, terutama perempuan, rentan terhadap kekerasan seksual dan bentuk kekerasan berbasis gender lainnya. Pengalaman ini dapat memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan fisik dan mental mereka.
5. Kurangnya Dukungan Psikososial: Remaja yang mengalami masalah kesehatan reproduksi sering kali tidak memiliki akses ke dukungan psikososial yang memadai, yang penting untuk pemulihan dan kesejahteraan mereka.
6. Pengaruh Media dan Teknologi: Paparan terhadap informasi yang tidak akurat atau konten pornografi melalui media digital dapat membentuk persepsi yang salah tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi di kalangan remaja.
7. Keterbatasan Kebijakan dan Layanan: Beberapa negara mungkin tidak memiliki kebijakan atau layanan yang mendukung kesehatan reproduksi remaja, sehingga membatasi akses mereka terhadap informasi dan perawatan yang diperlukan.

D. Faktor Penyebab Tantangan dan Stigma Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja sering menghadapi tantangan dan stigma yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berikut adalah beberapa faktor utama yang menyebabkan tantangan dan stigma tersebut:

1. Kurangnya Pendidikan Seksual yang Komprehensif

Di banyak negara, pendidikan seksual yang diberikan kepada remaja masih terbatas pada aspek biologis, tanpa membahas aspek sosial, emosional, dan psikologis. Hal ini menyebabkan rendahnya pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi, sehingga menciptakan ketidakpastian dan stigma dalam membicarakannya.

2. Norma Budaya dan Sosial

Norma budaya yang konservatif sering kali menganggap pembahasan tentang kesehatan reproduksi sebagai hal yang tabu. Hal ini membuat remaja enggan membicarakan atau mencari informasi, karena takut dianggap melanggar nilai-nilai budaya atau agama.

3. Kurangnya Dukungan dari Keluarga

Beberapa keluarga merasa tidak nyaman atau tidak memiliki pengetahuan yang cukup untuk membahas kesehatan reproduksi dengan anak-anak mereka. Hal ini menyebabkan remaja mencari informasi dari sumber yang tidak terpercaya atau bahkan tidak mencari informasi sama sekali.

4. Ketakutan akan Stigma Sosial

Remaja sering takut untuk mencari layanan kesehatan reproduksi karena khawatir akan dihakimi oleh masyarakat atau petugas kesehatan. Stigma ini dapat menghalangi mereka untuk mendapatkan bantuan yang diperlukan.

5. Kurangnya Layanan Kesehatan Ramah Remaja

Banyak fasilitas kesehatan belum dirancang untuk memenuhi kebutuhan remaja. Kurangnya privasi, sikap petugas kesehatan yang menghakimi, dan jam layanan yang tidak fleksibel adalah beberapa tantangan yang dihadapi remaja ketika mencoba mengakses layanan kesehatan reproduksi.

6. Pengaruh Media Sosial dan Teknologi

Media sosial dan internet sering menjadi sumber informasi utama bagi remaja. Namun, banyak informasi yang tidak akurat atau bahkan berbahaya terkait kesehatan reproduksi. Selain itu, media sosial juga dapat menjadi sumber stigma melalui komentar atau konten yang menghakimi.

7. Kurangnya Kebijakan yang Mendukung

Ketidakhadiran kebijakan yang jelas dan terimplementasi dengan baik terkait pendidikan dan layanan kesehatan reproduksi remaja dapat memperburuk stigma. Hanya sebagian kecil sekolah dan fasilitas kesehatan yang menyediakan program khusus untuk remaja.

8. Pengaruh Teman Sebaya

Remaja sering dipengaruhi oleh teman sebaya dalam cara mereka memandang kesehatan reproduksi. Jika lingkungan sebaya mereka memandang topik ini secara negatif, remaja cenderung menghindari diskusi atau mencari informasi.

9. Ketimpangan Gender

Di beberapa masyarakat, perempuan sering menghadapi lebih banyak stigma terkait kesehatan reproduksi dibandingkan laki-laki. Hal ini disebabkan oleh pandangan gender yang tidak seimbang, yang memperburuk tantangan bagi remaja perempuan.

10. Minimnya Akses ke Layanan Kontrasepsi

Banyak remaja tidak memiliki akses yang memadai ke alat kontrasepsi karena berbagai alasan, termasuk kebijakan yang membatasi akses untuk remaja, biaya yang tinggi, atau kurangnya informasi tentang penggunaannya.

E. Dampak Stigma pada Remaja

Stigma yang melekat pada kesehatan reproduksi remaja memiliki berbagai dampak negatif yang signifikan terhadap aspek fisik, mental, dan sosial. Berikut ini adalah penjabaran dampaknya stigma pada remaja:

1. Risiko Kehamilan Remaja

Stigma terhadap penggunaan kontrasepsi menyebabkan remaja enggan menggunakan alat kontrasepsi. Hal ini meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Menurut laporan (WHO, 2020), 21 juta kehamilan remaja terjadi setiap tahun,

sebagian besar karena kurangnya akses ke kontrasepsi yang disebabkan oleh stigma.

2. Diskriminasi dalam Lingkungan Sosial

Remaja yang mengakses layanan kesehatan reproduksi sering kali menghadapi diskriminasi dari teman sebaya, keluarga, atau komunitas mereka. Studi mencatat bahwa diskriminasi ini dapat menyebabkan penurunan rasa percaya diri dan perasaan terasing. (YouthandSociety, 2020)

3. Hambatan dalam Pendidikan

Remaja yang menghadapi stigma sering kali mengalami kesulitan untuk melanjutkan pendidikan. Buku *Adolescents and Education* (Goldfarb, E., & Constantine, 2022) menyebutkan bahwa kehamilan akibat kurangnya akses informasi kesehatan reproduksi dapat menyebabkan putus sekolah pada remaja perempuan.

4. Kesulitan Membangun Hubungan Sehat

Stigma dapat menghambat remaja dalam membangun hubungan yang sehat dan saling menghormati. Ketidaktahuan akibat stigma membuat mereka kurang memahami batasan dan hak-hak reproduksi, sehingga rentan terhadap kekerasan berbasis gender.

5. Penurunan Kesejahteraan Umum

Stigma menyebabkan dampak kumulatif pada kesehatan fisik, mental, dan sosial remaja, yang secara keseluruhan menurunkan kesejahteraan mereka. (UNICEF, WHO, 2021) menekankan bahwa stigma adalah hambatan struktural yang harus diatasi untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja.

6. Penguatan Stereotip Gender Negatif

Stigma sering kali memperkuat stereotip gender yang merugikan, seperti menganggap perempuan yang berbicara tentang kesehatan reproduksi sebagai tidak bermoral. Hal ini menghambat pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender, sebagaimana dicatat dalam *Gender and Adolescent Health*. (Ellis, M., Cline, L., & Turner, 2020)

F. Cara Mengatasi Tantangan dan Stigma Kesehatan Reproduksi Remaja

Mengatasi tantangan dan stigma kesehatan reproduksi remaja memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai strategi, WHO juga menyoroti pentingnya pemenuhan hak-hak remaja dalam mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Tantangan dan Stigma ini sering kali berkaitan dengan hambatan struktural, seperti kebijakan yang diskriminatif, kurangnya tenaga kesehatan terlatih, dan stigma sosial. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang

holistik untuk mengatasi tantangan ini, termasuk melalui pendidikan, dukungan komunitas, dan kebijakan yang mendukung. beberapa langkah yang dapat diambil:

1. Pendidikan Seksual Komprehensif

Pendidikan seksual komprehensif diperlukan untuk meningkatkan pemahaman remaja tentang tubuh mereka, fungsi reproduksi, dan perilaku seksual yang sehat. Menurut buku *Sexuality Education Theory and Practice* (Goldfarb, E., & Constantine, 2022) pendekatan berbasis kurikulum yang mencakup aspek biologis, emosional, sosial, dan etika dapat membantu mencegah perilaku berisiko. Materi pendidikan ini harus disampaikan dengan cara yang sesuai budaya dan usia. Menurut Putri dan Handayani (2023), integrasi pendidikan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum sekolah sangat penting untuk memberikan pemahaman yang benar dan menghilangkan pandangan negatif.

2. Akses Layanan Kesehatan yang Ramah Remaja

Menciptakan layanan kesehatan yang ramah remaja dapat mengurangi rasa malu atau takut saat mencari bantuan. Pelatihan tenaga medis untuk bersikap tidak menghakimi dan menjaga kerahasiaan pasien adalah langkah penting. Layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja harus mudah diakses dan memberikan privasi serta kenyamanan. Artikel di *Journal of Adolescent Health* (Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, 2018) pentingnya pelatihan tenaga kesehatan untuk berinteraksi secara positif dengan remaja, serta penghapusan stigma sosial.

3. Kampanye Kesadaran baik langsung maupun melalui Media Digital

Literasi kesehatan dapat ditingkatkan melalui kampanye publik, seminar, dan diskusi kelompok. Informasi yang akurat dan berbasis bukti dapat mengubah persepsi negatif tentang kesehatan reproduksi. WHO (2023) mencatat bahwa penyediaan informasi berbasis digital, seperti aplikasi dan media sosial, efektif untuk menjangkau remaja yang menarik dan menyesuaikan trend dan minat remaja sehingga edukasi yang diberikan dapat lebih mudah diterima.

Teknologi dapat dimanfaatkan untuk memberikan edukasi kesehatan reproduksi kepada remaja. Studi (BMC, 2021) menunjukkan bahwa aplikasi dan media sosial efektif dalam meningkatkan pengetahuan remaja tentang kontrasepsi dan pencegahan penyakit menular seksual (PMS). Media sosial dapat digunakan untuk menyebarkan informasi positif dan melawan stigma. Kampanye dengan narasi yang inklusif dan menarik dapat menjangkau lebih banyak remaja. Buku *Adolescent Media Consumption* (Goldfarb, E., & Constantine, 2022) mencatat bahwa media sosial adalah platform yang efektif untuk membangun kesadaran di kalangan remaja.

4. Pengembangan Keterampilan Hidup (Life Skills)

Program pelatihan keterampilan hidup seperti manajemen emosi, pengambilan keputusan, dan komunikasi efektif dapat membantu remaja menghindari tekanan sosial yang negatif (WHO, 2020) merekomendasikan integrasi pelatihan ini ke dalam kurikulum sekolah. Upaya yang dapat dilakukan dengan meningkatkan keterampilan berfikir kritis dalam pemecahan masalah, melatih keterampilan komunikasi efektif, pengembangan keterampilan pengambilan keputusan, pengelolaan emosi dan stress, menumbuhkan kesadaran social empati, keterampilan menolak tekanan social (refusal skills) dan keterampilan membentuk hubungan yang sehat.

5. Pendekatan Gender dan Kesetaraan

Pendidikan tentang kesetaraan gender dapat mendorong remaja untuk menghormati hak reproduksi diri sendiri dan orang lain. Buku *Gender and Sexuality in Adolescence* (Connell, R., & Pearse, 2021) menyatakan bahwa pengarusutamaan gender dalam pendidikan dapat mengurangi kekerasan berbasis gender. Stereotip gender yang menganggap diskusi kesehatan reproduksi sebagai hal yang tidak pantas, terutama bagi perempuan, perlu diubah. Kampanye kesetaraan gender yang mengajarkan pentingnya hak reproduksi bagi semua gender dapat mengurangi stigma ini.

6. Peningkatan Pengetahuan melalui Pelatihan Sebaya (Peer Education)

Remaja lebih cenderung menerima informasi dari teman sebaya. Oleh karena itu, program peer education dapat efektif (Ellis, M., Cline, L., & Turner, 2020) pelibatan peer educators terbukti berhasil meningkatkan pemahaman dan mengurangi stigma di kalangan remaja.

Pendekatan pelatihan sebaya efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan reproduksi. Remaja cenderung lebih mudah menerima informasi dari teman sebayanya. Studi (YouthandSociety, 2020) menemukan bahwa peer education meningkatkan penggunaan kontrasepsi hingga 25%.

7. Penyuluhan melalui Program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

Penyuluhan tentang pentingnya kebersihan dan kesehatan reproduksi, terutama bagi remaja perempuan, dapat mencegah infeksi saluran reproduksi (ISR). Selain ISR umumnya anak dan remaja yang berhadapan dengan masalah kesehatan yang biasanya terkait dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) antara lain merokok, penyakit kulit dan masalah kesehatan jiwa seperti stres atau depresi, gangguan perilaku serta penyakit infeksi lainnya

8. Pelibatan Komunitas dan Tokoh Masyarakat

Tokoh masyarakat, pemimpin agama, dan figur publik dapat diajak untuk mendukung inisiatif yang mengatasi stigma. Dalam jurnal *Reproductive Health*

(2022), disebutkan bahwa keterlibatan komunitas dapat mengurangi resistensi budaya terhadap diskusi tentang kesehatan reproduksi. Dalam pelibatan Komunitas dan Tokoh masyarakat ini dapat dilakukan pemberian edukasi pada tokoh masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi remaja, mengadakan dialog terbuka bersama tokoh masyarakat tersebut.

9. Kebijakan yang Mendukung Pendidikan dan Layanan Reproduksi

Pemerintah harus menyediakan kebijakan yang mendukung kesehatan reproduksi remaja, termasuk layanan kesehatan gratis dan program edukasi. Selain itu kebijakan yang mendukung pendidikan seksual dan layanan kesehatan reproduksi yang inklusif. Pendidikan Seksual Komprehensif (Comprehensive Sexuality Education - CSE) adalah kebijakan yang bertujuan memberikan informasi yang akurat, ilmiah, dan sesuai usia tentang kesehatan reproduksi mencakup aspek biologis, emosional, sosial, dan psikologis. Kebijakan ini juga harus diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah untuk memastikan semua remaja memiliki akses yang setara. Ini termasuk pemerintah melalui kebijakan dapat memastikan akses ke alat kontrasepsi dan layanan konseling tanpa rasa takut akan stigma. Kebijakan nasional yang kuat berdampak langsung pada peningkatan akses remaja terhadap layanan kesehatan.

10. Meningkatkan Kesadaran Keluarga

Orang tua dan tokoh masyarakat memiliki peran penting dalam memberikan informasi dan mendukung remaja. Buku *Parenting and Adolescent Reproductive Health* (Ellis, M., Cline, L., & Turner, 2020) menggarisbawahi pentingnya komunikasi yang terbuka antara orang tua dan anak terkait isu reproduksi. Edukasi kepada orang tua mengenai cara mendukung anak-anak mereka dalam memahami isu ini sangat penting.

Upaya peningkatan kesadaran keluarga tentang pentingnya kesehatan reproduksi remaja dapat dilakukan dengan: memberikan edukasi pada orang tua mengenai kesehatan reproduksi remaja, mendorong komunikasi yang terbuka dalam keluarga, mengintegrasikan nilai budaya dan agama, melibatkan peran ayah dalam proses pengasuhan dan mengadakan program konseling keluarga.

11. Monitoring dan Evaluasi Program

Program-program yang diterapkan harus dievaluasi secara berkala untuk memastikan efektivitasnya sehingga dapat meningkatkan dampak program kesehatan reproduksi. Meningkatkan penggunaan teknologi dalam melakukan monitoring evaluasi (monev) lalu mengintegrasikan dalam data kualitatif maupun kuantitatif setelah terevaluasi melakukan mekanisme umpan balik yang cepat dan hasil evaluasi dijadikan dasar dalam perbaikan program.

G. Kesimpulan

Tantangan dan stigma terkait kesehatan reproduksi remaja merupakan isu kompleks yang membutuhkan pendekatan komprehensif untuk mengatasinya. Berbagai upaya dapat dilakukan, termasuk pengembangan keterampilan hidup (life skills), pelibatan komunitas, dukungan kebijakan, pendidikan komprehensif, serta monitoring dan evaluasi program. Pengembangan Keterampilan Hidup: Membekali remaja dengan kemampuan berpikir kritis, komunikasi, pengambilan keputusan, dan pengelolaan emosi dapat membantu mereka menghadapi stigma dan menjaga kesehatan reproduksi mereka dengan lebih baik. Pelibatan Komunitas dan Tokoh Masyarakat: Mengajak komunitas dan tokoh masyarakat berperan aktif dapat mengurangi stigma serta meningkatkan akses remaja terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Dukungan Kebijakan: Kebijakan yang mendukung pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah dan layanan kesehatan yang ramah remaja sangat penting untuk memberikan perlindungan dan informasi yang memadai. Kesadaran Keluarga: Keluarga sebagai lingkungan terdekat remaja harus dilibatkan secara aktif untuk menciptakan dukungan emosional dan lingkungan yang kondusif dalam menghadapi tantangan kesehatan reproduksi. Monitoring dan Evaluasi Program: Monitoring dan evaluasi adalah langkah krusial untuk memastikan efektivitas program. Dengan indikator kinerja yang jelas, pelibatan pemangku kepentingan, dan penggunaan data yang valid, program dapat terus diperbaiki dan disesuaikan dengan kebutuhan remaja.

H. Referensi

- BKKBN. (2023). 'Kampung Keluarga Belrkulitas.' <https://kampungkb.bkkbn.go.id>
- BMC. (2021). The impact of digital tools on adolescent reproductive health knowledge.
- Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2018). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: A review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 53–62.
- Connell, R., & Pearse, R. (2021). *Gender and Sexuality in Adolescence*. Routledge.
- Ellis, M., Cline, L., & Turner, H. (2020). *Parenting and Adolescent Reproductive Health*. Routledge.

- Goldfarb, E., & Constantine, N. (2022). Sexuality Education Theory and Practice. Jones & Bartlett Learning.
- Putri, L., & Handayani, T. (2023). Integrasi Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Sekolah: Tantangan dan Peluang. Penerbit Edupress.
- SDKI. (2017). Survei Demografi Dan Kesehatan : Kesehatan Reproduksi Remaja.
- Setiawan. (2022). Remaja dan Tantangan Kesehatan Reproduksi: Pendekatan Sosial dan Budaya. Pustaka Medika.
- UNICEF, WHO, W. B. G. (2021). Joint Child Malnutrition Estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>
- WHO. (2020). Sexual and Reproductive Health: Key Definitions and Concepts. World Health Organization Press.
- WHO. (2023). Adolescent Sexual and Reproductive Health: Global and Regional Perspectives. World Health Organization Press.
- YouthandSociety. (2020). Peer education: Effectiveness in increasing adolescent contraceptive use.

CHAPTER 3

PERAN TEKNOLOGI DAN MEDIA SOSIAL DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Rosita Khaerina, S.S.T., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Di era digital saat ini, kemajuan teknologi dan media sosial memengaruhi hampir seluruh aspek kehidupan, termasuk di bidang pendidikan kesehatan. Salah satu hal yang sangat penting untuk dipahami oleh remaja adalah kesehatan reproduksi. Teknologi dan media sosial memiliki peran besar dalam menyebarkan informasi, menyediakan akses yang lebih luas, serta menciptakan platform diskusi yang dapat meningkatkan pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi mereka. Dengan kemudahan mengakses informasi melalui perangkat digital, remaja dapat memperoleh edukasi yang lebih komprehensif dan interaktif, yang dapat membantu mereka membuat keputusan lebih baik terkait kesehatan tubuh dan hak-hak reproduksi mereka. Namun, meskipun teknologi dan media sosial menawarkan potensi besar untuk pendidikan kesehatan, terdapat beberapa tantangan yang perlu dihadapi. Salah satu masalah utama adalah kualitas dan akurasi informasi yang tersebar di internet, yang sering kali tidak terverifikasi dan bisa menyesatkan remaja. Selain itu, penyalahgunaan media sosial dan adanya konten yang tidak relevan atau bahkan berbahaya dapat menambah kesulitan dalam memberikan pendidikan yang efektif.

Banyak remaja yang masih kurang mendapatkan pendampingan dari orang dewasa atau tenaga kesehatan yang kompeten dalam memanfaatkan teknologi untuk tujuan yang positif. Oleh karena itu, penting untuk memahami cara memanfaatkan teknologi dan media sosial secara efektif untuk pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Tulisan ini bertujuan untuk menggambarkan peran dan potensi teknologi serta media sosial dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi di kalangan remaja. Teknologi dan media sosial tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga menciptakan ruang bagi remaja untuk berdiskusi, bertanya, dan berbagi pengalaman dengan teman sebaya. Dengan pemanfaatan yang tepat, diharapkan remaja dapat mengakses informasi yang valid, memahami hak-hak reproduksi mereka, dan membuat keputusan yang sehat tentang tubuh serta kesehatan mereka.

B. Kesehatan Reproduksi Remaja: Tantangan dan Kebutuhan Pendidikan

Kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu bidang penting dalam kesehatan masyarakat, yang dapat memengaruhi masa depan remaja. Namun, Kesehatan reproduksi saat ini menghadapi berbagai tantangan yang kompleks, seperti kurangnya pemahaman, hambatan budaya, dan akses yang terbatas ke layanan kesehatan reproduksi. Tantangan ini dapat berdampak negatif pada kesehatan remaja, sehingga memerlukan intervensi pendidikan yang tepat sasaran dan pendekatan berbagai aspek.

1. Tantangan dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

a. Kurangnya Pengetahuan dan Kesadaran

Banyak remaja tidak memiliki pengetahuan yang memadai mengenai kesehatan reproduksi. Hal ini sering kali disebabkan oleh kurangnya pendidikan seksual di sekolah maupun di rumah. Akibatnya, remaja menjadi lebih rentan terhadap risiko seperti:

1) Pernikahan dini

Remaja yang tidak memahami pentingnya kesehatan reproduksi sering kali terjebak dalam pernikahan di usia muda, yang berdampak buruk pada kesehatan fisik dan mental.

2) Kehamilan yang tidak diinginkan

Kurangnya informasi tentang kontrasepsi dan perencanaan kehamilan menyebabkan tingginya angka kehamilan yang tidak direncanakan di kalangan remaja.

3) Infeksi Menular Seksual (IMS)

Pengetahuan yang minim tentang cara pencegahan IMS, seperti HIV/AIDS, membuat remaja lebih mudah tertular penyakit ini (Suryana et al., 2024; Holtman et al., 2024).

b. Hambatan Budaya dan Sosial

Di masyarakat, norma budaya dan sosial menjadi penghalang utama untuk melakukan diskusi secara terbuka mengenai kesehatan reproduksi. Stigma terhadap topik ini sering kali membuat remaja malu atau takut untuk mencari informasi atau layanan yang mereka butuhkan (Boti et al., 2024). Contohnya:

1) Tabu budaya

Pembicaraan tentang seksualitas sering dianggap tabu, sehingga informasi tentang kesehatan reproduksi sulit diakses.

2) Diskriminasi gender

Remaja perempuan sering kali lebih terhambat untuk mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dibandingkan remaja laki-laki.

- c. Akses yang Terbatas ke Layanan Kesehatan Remaja sering menghadapi kesulitan dalam mendapatkan layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. Hambatan-hambatan ini meliputi:
 - 1) Biaya transportasi yang tinggi
Banyak remaja yang tinggal di daerah terpencil kesulitan mengakses fasilitas kesehatan karena biaya transportasi yang mahal.
 - 2) Kurangnya privasi
Ketakutan bahwa informasi pribadi mereka akan disebarluaskan membuat remaja enggan mengakses layanan kesehatan.
 - 3) Infrastruktur yang tidak memadai
Fasilitas kesehatan di beberapa daerah tidak dirancang untuk melayani kebutuhan spesifik remaja (Ngobua et al., 2024).

2. Kebutuhan dan Intervensi Pendidikan

a. Program Pendidikan Komprehensif

Program pendidikan yang komprehensif, seperti yang diimplementasikan di Yogyakarta dan SMA Yapim Biru-Biru, telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah sikap remaja terhadap kesehatan reproduksi. Program ini mencakup:

- 1) Edukasi tentang siklus reproduksi, kontrasepsi, dan pencegahan IMS.
- 2) Pendekatan berbasis sekolah untuk menjangkau remaja secara langsung (Suryana et al., 2024; Fahdi et al., 2024).

b. Pendekatan Interaktif dan Inklusif

Program yang menggunakan metode seperti media interaktif, diskusi kelompok, dan sesi konseling menunjukkan hasil yang signifikan dalam meningkatkan pemahaman dan sikap siswa. Pendekatan ini memberikan ruang bagi remaja untuk bertanya dan berbagi pengalaman tanpa rasa takut (Fahdi et al., 2024).

c. Keterlibatan Komunitas dan Orangtua

Melibatkan keluarga dan komunitas dalam program Pendidikan dapat membantu mengurangi stigma yang melekat pada topik kesehatan reproduksi. Hal ini juga mendorong dukungan emosional dan praktis bagi remaja dalam membuat keputusan yang sehat dan bertanggung jawab (Boti et al., 2024).

3. Perspektif yang Lebih Luas

Meskipun intervensi pendidikan telah menunjukkan hasil yang positif, tantangan yang ada menekankan perlu adanya pendekatan yang lebih luas. Beberapa langkah yang dapat diambil meliputi:

a. Reformasi kebijakan

Pemerintah perlu mengembangkan kebijakan yang mendukung akses remaja ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi.

b. Peningkatan layanan Kesehatan

Fasilitas kesehatan perlu ditingkatkan agar lebih ramah remaja dan dapat diakses dengan mudah.

c. Keterlibatan masyarakat

Kolaborasi antara pemerintah, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung remaja dalam membuat pilihan reproduksi yang sehat.

Mengatasi tantangan kesehatan reproduksi remaja memerlukan intervensi pendidikan yang terarah, reformasi kebijakan, dan kolaborasi antar-sektor. Dengan meningkatkan pengetahuan, menghapus stigma, dan memperluas akses ke layanan, kesehatan reproduksi remaja dapat ditingkatkan secara signifikan. Hal ini tidak hanya akan memberikan manfaat bagi individu remaja tetapi juga bagi masyarakat secara keseluruhan.

C. Peran Teknologi dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja

Teknologi memainkan peran penting dalam meningkatkan pendidikan kesehatan reproduksi remaja dengan menyediakan pengalaman belajar yang mudah diakses, menarik, dan sesuai kebutuhan. Aplikasi kesehatan digital, platform e-learning, dan kecerdasan buatan (AI) adalah alat teknologi utama yang mendukung upaya pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja. Teknologi ini tidak hanya memfasilitasi penyebaran informasi yang akurat tetapi juga memberdayakan remaja untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang kesehatan reproduksi mereka. Berikut adalah peran khusus teknologi dalam mendukung pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

1. Aplikasi Kesehatan Digital

a. Aplikasi Seluler untuk Kesehatan Reproduksi

Aplikasi seluler semakin banyak digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif. Misalnya, Aplikasi Seluler Healthy Teens menyediakan informasi berbasis bukti tentang kesehatan seksual, termasuk infeksi menular seksual (IMS), kehamilan, dan kontrasepsi. Ini telah diterima dengan baik oleh remaja, dewasa muda, dan pendidik karena kegunaan dan kontennya yang menarik (Rosenberger et al., 2024).

b. Aplikasi Berbasis Android

Penelitian menunjukkan bahwa remaja lebih menyukai media pendidikan yang cepat dan mudah diakses, menjadikan aplikasi berbasis Android sebagai solusi

efektif untuk memberikan informasi yang tepat dan akurat tentang nutrisi dan kesehatan reproduksi (Kusumaningrum et al., 2024).

c. Aplikasi Pendidikan Seksual Komprehensif

Aplikasi SEMAR, yang dikembangkan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja, mencakup fitur mulai dari pendidikan kesehatan mental hingga hubungan manusia. Aplikasi ini efektif dalam meningkatkan pendidikan kesehatan dan mengurangi stigma seputar kesehatan seksual (Supriyadi et al., 2024).

2. E-Learning dan Webinar

a. Platform Pembelajaran Online

Platform e-Learning dan webinar digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada remaja dan terbukti menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi melalui seminar dan diskusi (Sholikhah et al., 2024).

b. Metode Pendidikan Interaktif

Kegiatan seperti seminar kuis pintar dan permainan peran pendidikan telah digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Metode ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman siswa tentang masalah kesehatan reproduksi (Hadi et al., 2024).

3. Kecerdasan Buatan (AI)

a. Pengiriman Informasi yang disesuaikan dengan Kebutuhan

Teknologi AI dapat memberikan informasi kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan remaja, dengan memperhatikan preferensi dan keinginan mereka. Meskipun aplikasi AI yang spesifik tidak dijelaskan secara rinci, potensi AI untuk menyesuaikan materi pendidikan dan memberikan umpan balik langsung sangat besar.

b. Teknologi Cerdas untuk Pendidikan Kesehatan

Integrasi teknologi pintar dalam pendidikan kesehatan dapat memfasilitasi penyampaian pengalaman belajar yang disesuaikan dengan kebutuhan dan interaktif, meskipun penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi potensi penuh remaja dalam pendidikan kesehatan reproduksi.

Meskipun teknologi memberikan banyak keuntungan dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja, ada beberapa tantangan yang perlu diatasi, seperti kemampuan literasi digital, akses terhadap teknologi, dan perbedaan budaya, agar pendidikan ini bisa efektif dan merata. Selain itu, metode pendidikan tradisional dan keterlibatan masyarakat tetap sangat penting untuk mendukung penggunaan teknologi. Oleh karena itu, kita perlu pendekatan yang seimbang, yang

menggabungkan strategi teknologi dan non-teknologi untuk meningkatkan pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

D. Media Sosial sebagai Platform Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja

Media sosial kini menjadi alat yang sangat penting dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja, karena memberikan banyak kesempatan untuk belajar dan berinteraksi. Platform seperti Instagram, TikTok, YouTube, dan WhatsApp sangat digemari oleh remaja, menjadikannya media yang mudah diakses untuk berbagi informasi kesehatan. Untuk pendidikan yang efektif, cara yang digunakan di platform ini termasuk konten kreatif, video edukasi, dan infografis, yang bisa membuat topik yang sulit dipahami menjadi lebih sederhana dan menarik bagi remaja. Namun, penting juga untuk memperhatikan peran influencer dan komunitas online, serta tantangan dan risiko yang ada, agar manfaat dari media sosial dapat dimaksimalkan untuk pendidikan kesehatan reproduksi.

1. Jenis Platform Media Sosial

a. Instagram dan TikTok

Platform ini sangat berbasis visual, efektif untuk membagikan infografis dan video pendek yang dapat langsung menarik perhatian remaja (Gillellamudi et al., 2024).

b. YouTube

Dikenal dengan konten video yang lebih panjang, YouTube sangat cocok untuk memberikan informasi mendalam tentang topik kesehatan reproduksi melalui video yang komprehensif (Mukhamediyarov & Bekaryssova, 2024).

c. WhatsApp dan Facebook Messenger

Kedua platform ini memungkinkan diskusi kelompok dan komunikasi langsung, menjadikannya pilihan yang baik untuk intervensi pendidikan yang lebih interaktif dan untuk membangun jaringan dukungan sesama remaja (Bhandari et al., 2024).

2. Strategi Pendidikan yang Efektif

a. Konten Kreatif

Menggunakan format menarik seperti meme, cerita, dan tantangan bisa membuat pendidikan kesehatan reproduksi lebih relevan dan mudah diingat oleh remaja (Cilubai & Maheswari, 2024).

b. Video Edukasi

Video yang menjelaskan topik kesehatan reproduksi dengan cara yang menarik dan jelas bisa membantu remaja memahami dan mengingat informasi dengan lebih baik (Delbaere et al., 2024).

c. Infografik

Infografik sangat efektif untuk menyampaikan data dan informasi yang kompleks dalam bentuk visual yang menarik dan mudah dipahami (Gillellamudi et al., 2024).

3. Peran Influencer dan Komunitas Online

a. Influencer

Influencer memiliki peran besar dalam membentuk sikap dan perilaku terkait kesehatan reproduksi. Kepercayaan dan keahlian yang mereka miliki bisa sangat mempengaruhi keputusan remaja dalam mengadopsi perilaku kesehatan tertentu (Pfender & Caplan, 2024).

b. Komunitas Online

Komunitas online memberikan platform bagi remaja untuk berbagi pengalaman dan mendapatkan dukungan, yang sangat berguna bagi mereka yang mencari informasi dan kepastian tentang masalah kesehatan reproduksi (Gillellamudi et al., 2024).

4. Kendala dan Risiko

a. Misinformasi

Penyebaran informasi yang tidak terverifikasi di media sosial bisa menimbulkan kebingungannya, bahkan berisiko memicu perilaku kesehatan yang salah (Vigneswaran et al., 2024).

b. Cyberbullying

Remaja bisa mengalami perundungan daring saat membahas topik sensitif seperti kesehatan reproduksi, yang bisa membuat mereka enggan mencari informasi online (Zhang et al., 2024).

c. Privasi Remaja

Menjaga privasi remaja sangat penting, karena pelanggaran terhadap hal ini bisa mengakibatkan stigma dan diskriminasi (Cilubai & Maheswari, 2024).

Meskipun media sosial memberikan cara yang inovatif dan efektif untuk mengedukasi remaja tentang kesehatan reproduksi, ada tantangan yang perlu dihadapi. Penyebaran informasi yang tidak benar dan masalah privasi menunjukkan betapa pentingnya memilih konten dengan hati-hati, serta peran tenaga medis dalam membantu remaja mencari informasi yang dapat dipercaya. Selain itu, dampak media sosial terhadap perilaku kesehatan menunjukkan bahwa penting untuk memasukkan pendidikan kesehatan yang lengkap dan akurat di platform digital ini.

E. Efektivitas Teknologi dan Media Sosial dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Efektivitas teknologi dan media sosial dalam pendidikan kesehatan reproduksi semakin diakui, terutama bagi remaja yang sangat akrab dengan dunia digital. Media sosial dan alat digital menawarkan cara-cara yang menarik dan inovatif untuk menyampaikan pendidikan kesehatan reproduksi yang sesuai dengan gaya hidup dan preferensi digital mereka. Penelitian menunjukkan bahwa pendekatan ini dapat secara signifikan meningkatkan pengetahuan serta memengaruhi sikap dan perilaku remaja secara positif terhadap kesehatan reproduksi.

1. Intervensi Berbasis Media Sosial

Media sosial seperti Instagram, Twitter, dan Facebook telah menjadi bagian penting dari aktivitas online remaja, sehingga efektif digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi (Cilubai & Maheswari, 2024). Intervensi yang dirancang khusus untuk platform ini terbukti dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi secara signifikan di kalangan remaja (Cilubai & Maheswari, 2024). Selama pandemi COVID-19, Instagram menjadi media yang efektif untuk mempromosikan kesehatan reproduksi, dengan dampak positif terhadap pengetahuan dan sikap remaja (Mediastuti & Revika, 2023).

2. Program Pendidikan Digital

Tinjauan terhadap program pendidikan digital menunjukkan bahwa 90,4% dari intervensi berhasil meningkatkan pengetahuan, sikap, atau perilaku terkait kesehatan reproduksi (Muhlisa et al., 2023). Keberhasilan program ini sering bergantung pada dukungan pemerintah serta keterlibatan pembuat kebijakan dan tenaga profesional dalam proses perencanaan dan pelaksanaannya (Muhlisa et al., 2023).

3. Pendidikan Berbasis Video dan Game

Pendidikan kesehatan melalui video terbukti dapat secara signifikan meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja, sehingga menjadi alat pendidikan yang efektif (Wahyudi & Raharjo, 2023). Media pendidikan yang menggabungkan elemen permainan dan fitur interaktif juga diterima dengan baik oleh remaja, memberikan cara belajar yang menyenangkan dan mudah diakses tentang kesehatan reproduksi.

Meskipun teknologi dan media sosial memberikan peluang besar untuk pendidikan kesehatan reproduksi, ada beberapa tantangan yang harus diatasi, seperti menjaga privasi, memastikan adanya persetujuan, dan membuat konten yang bertanggung jawab. Selain itu, efektivitas intervensi ini dapat berbeda-beda tergantung pada platform yang digunakan serta kebutuhan spesifik audiens,

sehingga perencanaan dan evaluasi program pendidikan yang teliti sangat diperlukan (Cilubai & Maheswari, 2024; Muhlisa et al., 2023).

F. Etika dan Kebijakan dalam Pemanfaatan Teknologi dan Media Sosial untuk Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Penggunaan teknologi dan media sosial dalam pendidikan kesehatan reproduksi memberikan peluang besar sekaligus tantangan, terutama dalam hal etika dan kebijakan. Media sosial kini semakin banyak digunakan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi di kalangan remaja, sesuai dengan kebiasaan dan preferensi digital mereka. Namun, penerapan ini harus memperhatikan isu-isu etis seperti privasi, persetujuan, dan tanggung jawab atas konten. Bagian berikut membahas aspek-aspek tersebut secara lebih mendalam.

1. Pertimbangan Etis

a. Privasi dan Persetujuan

Intervensi melalui media sosial harus mengutamakan privasi pengguna dan memastikan adanya persetujuan, khususnya ketika targetnya adalah remaja. Mengingat platform digital bersifat luas dan mudah diakses, diperlukan langkah-langkah ketat untuk melindungi informasi sensitif (Cilubai & Maheswari, 2024).

b. Tanggung Jawab Konten

Menyajikan konten yang akurat dan sesuai sangatlah penting. Kesalahan informasi dapat berdampak negatif pada kesehatan, sehingga pemangku kepentingan harus memastikan bahwa informasi yang disampaikan adalah informasi yang benar (Cilubai & Maheswari, 2024; Bacchus et al., 2019).

2. Implikasi Kebijakan

a. Pengaruh terhadap Kebijakan

Aktivitas di media sosial memiliki potensi besar untuk memengaruhi kebijakan kesehatan reproduksi. Contohnya, analisis di tingkat nasional menunjukkan adanya hubungan antara diskusi daring dan arah kebijakan, yang menunjukkan bagaimana media sosial dapat membentuk agenda kesehatan masyarakat (Morgan et al., 2016).

b. Komunikasi Partisipatif

Mengajak remaja untuk terlibat melalui teknologi media baru dapat meningkatkan komunikasi yang lebih aktif dan membantu mereka membuat keputusan kesehatan yang lebih baik. Pendekatan ini juga dapat membuka ruang diskusi antara pembuat kebijakan dan remaja, sehingga menghasilkan kebijakan yang lebih inklusif (Iwokwagh, 2017).

3. Risiko dan Mitigasi

a. Potensi Risiko

Intervensi digital dapat membawa risiko seperti paparan konten yang tidak sesuai atau pelanggaran data. Oleh karena itu, program-program ini harus mencakup penilaian risiko dan strategi mitigasi sejak tahap perencanaan hingga pelaksanaannya (Bacchus et al., 2019).

b. Sistem Pendukung: Penting untuk menyediakan bantuan atau sumber daya bagi individu yang mengalami dampak negatif akibat penggunaan intervensi kesehatan digital. Bantuan ini dapat membantu mereka mengatasi pengalaman buruk yang mungkin muncul (Bacchus et al., 2019).

Meskipun teknologi dan media sosial memiliki potensi besar untuk meningkatkan pendidikan kesehatan reproduksi, pendekatan yang seimbang tetap diperlukan. Dengan mengatasi tantangan etika dan kebijakan, para pemangku kepentingan dapat memanfaatkan keuntungan platform digital sembari tetap menjaga keamanan dan kesejahteraan penggunanya.

G. Strategi Implementasi Teknologi dan Media Sosial untuk Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja

Menggunakan teknologi dan media sosial dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja sangat penting untuk menjangkau lebih banyak orang dan meningkatkan pemahaman. Dengan memanfaatkan platform digital, strategi ini dapat menyediakan konten yang mudah diakses, menarik, dan informatif, yang sesuai dengan kebutuhan remaja. Bagian berikut akan menjelaskan strategi-strategi efektif yang didasarkan pada temuan dari penelitian terkini.

1. Pengembangan Konten Video Pendidikan

a. Video Pendek

Membuat video pendek dan menarik tentang topik kesehatan reproduksi dapat secara signifikan meningkatkan pemahaman di kalangan remaja. Platform seperti YouTube, Instagram, dan TikTok sangat ideal untuk menyebarkan video ini karena popularitasnya di kalangan remaja (Heni et al., 2024) (Wulandare et al., 2024).

b. Infografis dan Poster

Alat bantu visual seperti infografis dapat secara efektif menyampaikan informasi kompleks tentang topik seperti siklus menstruasi, kontrasepsi, dan hak reproduksi. Ini dapat dibagikan di platform media sosial seperti Instagram, Twitter, dan Facebook untuk menjangkau khalayak yang luas (Delbaere et al., 2024).

2. Kolaborasi dengan Influencer dan Tokoh Publik

a. Kemitraan Influencer

Berkolaborasi dengan influencer yang memiliki banyak pengikut remaja dapat membantu menyebarkan pesan penting tentang kesehatan reproduksi dengan cara yang relevan dan menarik. Influencer dapat menggunakan platform mereka untuk mendiskusikan topik Kesehatan reproduksi remaja untuk mendorong perilaku remaja yang sehat (Fahdi et al., 2024).

b. Sesi Tanya Jawab Langsung

Hosting sesi langsung di platform seperti Instagram Live atau YouTube Live memungkinkan remaja untuk mengajukan pertanyaan tentang kesehatan reproduksi di lingkungan yang aman dan anonim. Cara ini dapat membantu mempermudah pemahaman tentang topik tersebut dan memberikan dukungan secara langsung (Delbaere et al., 2024).

3. Penggunaan Aplikasi Kesehatan

a. Aplikasi Seluler

Mengembangkan aplikasi seluler yang menyediakan informasi kesehatan reproduksi yang komprehensif adalah strategi yang efektif. Aplikasi seperti "Aplikasi Seluler Remaja Sehat" dan "SEHATI" telah terbukti meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan reproduksi di kalangan remaja (Rosenberger et al., 2024) (Kumalasari & Jaya, 2024).

b. Fitur dan Penggunaan

Aplikasi yang efektif biasanya memiliki fitur seperti konten edukatif, kuis, dan alat untuk melacak siklus menstruasi dan ovulasi. Aplikasi ini dirancang agar mudah digunakan dan menarik, sehingga remaja dapat dengan mudah mengakses dan memahami informasi yang disediakan (Supriyadi et al., 2024).

4. Artikel Blog dan Situs Web

a. Informasi yang Dapat Diakses

Membuat situs web atau blog yang menawarkan artikel dan materi pendidikan tentang kesehatan reproduksi remaja dapat memberikan sumber informasi yang dapat diandalkan. Platform ini harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dapat diakses kapan saja, melayani literasi digital remaja (Kusumaningrum et al., 2024).

b. Sumber Daya Komprehensif

Situs web dapat berfungsi sebagai sumber daya yang komprehensif, menawarkan berbagai materi mulai dari informasi dasar hingga artikel mendalam tentang topik tertentu, sehingga mendukung beragam kebutuhan belajar (Delbaere et al., 2024).

Meskipun strategi ini efektif, penting untuk mempertimbangkan tantangan potensial seperti perbedaan literasi digital dan kebutuhan akan konten yang sensitif secara budaya. Selain itu, integrasi alat digital ini ke dalam kerangka pendidikan yang ada membutuhkan perencanaan dan kolaborasi yang cermat dengan pendidik dan profesional kesehatan untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat dan selaras dengan tujuan pendidikan. Dengan mengatasi tantangan ini, teknologi dan media sosial dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

H. Kesimpulan

Teknologi dan media sosial memegang peranan yang sangat signifikan dalam proses pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Teknologi menyediakan kemudahan bagi remaja untuk mengakses informasi yang lebih luas dan dapat diakses secara interaktif, sementara media sosial menawarkan ruang untuk berdiskusi dan bertukar pengalaman, yang pada akhirnya dapat memperkaya pemahaman mereka. Meskipun demikian, masih ada berbagai tantangan yang harus dihadapi, seperti kualitas informasi yang tidak selalu akurat, potensi penyalahgunaan media sosial, serta keterbatasan dalam pendampingan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Walaupun begitu, potensi besar yang dimiliki oleh teknologi dan media sosial untuk mendidik remaja mengenai kesehatan reproduksi tetap tidak bisa diabaikan. Agar hasil yang diperoleh lebih optimal, sangat penting untuk memanfaatkan teknologi dengan cara yang bijak, antara lain dengan menggunakan aplikasi kesehatan digital, platform e-learning, dan media sosial secara kreatif dan informatif, sembari tetap menjaga aspek keamanan dan privasi bagi remaja. Selain itu, peran orang tua, masyarakat, dan kebijakan yang mendukung juga sangat diperlukan untuk mengurangi stigma yang ada dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja. Dengan penerapan pendekatan yang holistik, diharapkan remaja dapat memperoleh pengetahuan yang tepat dan akurat mengenai kesehatan reproduksi, memahami hak-hak mereka, serta mampu membuat keputusan yang sehat dan tepat mengenai tubuh dan masa depan mereka.

I. Referensi

Asya, Syifa, Ahmad, Al, Hadi., Aryana, Eka, Dewandria., Indah, Anggraini., Ayu, Putri, Nabilah, Qohar., Domas, Nurchandra, Pramudianti., Ashila, Nur, Aulia, R. (2024). The Health Education on Adolescent Reproductive Health Through a Festival Competition for Indonesia's Independence Day Celebration. Jurnal

ABDIMAS-HIP Pengabdian Kepada Masyarakat, 5(2):68-76. doi: 10.37402/abdimaship.vol5.iss2.341

Corrin, Morgan., Erika, Alexander., Jerome, Watts., Aaron, Noble., Oliver, L., Haimson. (2016). #ReproHealth: a state-based investigation of reproductive health rights policy and social media activity. doi: 10.9776/16468

Dwi, Uswatun, Sholikhah., Gevi, Mellisa, Sari., Vendi, Eko, Kurniawan., Fahrur, Rozi. (2024). Sexuality education and its impact on adolescent reproductive health knowledge in mancar village. 1(2):47-54. doi: 10.60050/jiphs.v1i2.50

Dr, Abhijay, Gillellamudi., V., Vellanki., B., Panjiyar., Mbbs, Gcsrt., Binay, Kumar., Panjiyar, Mbbs., Gcsrt, Pgme. (2024). Exploring the digital landscape: A Comprehensive Analysis of Infertility Narratives on Instagram. medRxiv, doi: 10.1101/2024.04.07.24305110

Emily, Pfender., Scott, E., Caplan. (2024). The Effect of Social Media Influencer Warranting Cues on Intentions to Use Non-Hormonal Contraception.. Health Communication, 1-15. doi: 10.1080/10410236.2024.2402161

Firdaus, Fahdi., Herviani, Sari., Hengki, Frengki, Manullang., Hengki, Frengki, Manullang., Bungamari, Sembiring. (2024). Sosialisasi dan Edukasi Kesehatan Reproduksi bagi Remaja di SMA Yapim Biru-Biru. Jurnal Pengabdian Masyarakat Putri Hijau, 4(3):23-27. doi: 10.36656/jpmph.v4i3.1841

Fitriani, Mediastuti., Era, Revika. (2023). Is Instagram Effective for Reproductive Health Promotion in Adolescents during the COVID-19 Pandemic?. Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education, doi: 10.20473/jpk.v11.i2.2023.175-180

Ganesh, Bhandari., Shalik, Ram, Dhital., Dipika, Khatri., Tulsi, Ram, Bhandari. (2024). Effectiveness of Social Media-Based Intervention in Intention Change of Adolescents for Promoting Sexual Health Behavior in Western Terai of Nepal. Journal of research in health sciences, 24(2):e00613-e00613. doi: 10.34172/jrhs.2024.148

Gufron, Wahyudi., Rahmawati, Raharjo. (2023). Positive Impact Of Health Education Through Video Media to the Improvement of Adolescent Reproductive Health Knowledge. doi: 10.26699/jnk.v10i3.art.p405-411

- Hesti, Kusumaningrum., Dewi, Marhaeni, Diah, Herawati., Hadi, Susiarno. (2024). Building An Android-Based Application For Teenage Women's Reproductive Health Education. *JKM (Jurnal Kebidanan Malahayati)*, 10(10):956-963. doi: 10.33024/jkm.v10i10.18018
- Ilse, Delbaere., Heidi, Mertes., David, Pening., M., Condorelli., Mireille, Merckx., An, Bogaerts., Dominic, Stoop., Maarten, De, Vos. (2024). O-109 Reproductive health education: collaborative design of a learning platform for secondary school education involving reproductive health experts, pupils, and teachers. *Human Reproduction*, 39(Supplement_1) doi: 10.1093/humrep/deae108.120
- Intan, Kumalasari., Herawati, Jaya. (2024). Development Of "SEHATI" Application To Improve Adolescent's Understanding Of Reproductive Health. *Journal of Applied Nursing and Health*, doi: 10.55018/janh.v6i1.179
- Joseph, Cilubai., Uma, Maheswari. (2024). Comparative analysis of social media-based interventions for adolescent reproductive health education.. *African Journal of Reproductive Health*, 28(3):81-91. doi: 10.29063/ajrh2024/v28i3.9
- K, Vigneswaran., N, Elfaki., K, Devgun., Rachel, Imrie., Vasanta, Subramanian., Ippokratis, Sarris. (2024). O-161 #Infertility: a systematic review of information available on social media platforms. *Human Reproduction*, 39(Supplement_1) doi: 10.1093/humrep/deae108.180
- Kelly, D., Rosenberger., Krista, Jones., Susan, M., Walsh., Laura, Monahan., Summer, Park. (2024). An innovative mobile app for educating teens and young adults about reproductive health and wellness including sexually transmitted infections, pregnancy and contraception. *Journal of Nursing Education and Practice*, 15(1):15-15. doi: 10.5430/jnep.v15n1p15
- Lianshan, Zhang., Yujie, Dong., Chervin, Lam., Zhongwei, Huang. (2024). Engaging and (the Illusion of) Learning? Examining the Relationship Between Different Social Media Activities and Reproductive Health Knowledge.. *Journal of Health Communication*, 1-13. doi: 10.1080/10810730.2024.2339261
- Lorraine, J., Bacchus., Kate, Reiss., Kathryn, Church., Manuela, Colombini., Erin, Pearson., Ruchira, Tabassum, Naved., Chris, Smith., Kathryn, Andersen., Caroline, Free. (2019). Using Digital Technology for Sexual and Reproductive

Health: Are Programs Adequately Considering Risk?. Global health, science and practice, 7(4):507-514. doi: 10.9745/GHSP-D-19-00239

M., Mukhamediyarov., Dana, Bekaryssova. (2024). Social media and health care: a cross-sectional analysis of X (Twitter) posts using the NodeXL platform. Central Asian journal of medical hypotheses and ethics, 5(3):218-224. doi: 10.47316/cajmhe.2024.5.3.08

Muhlisa., Ridwan, Amiruddin., Apik, Indarty, Moedjiono., Suriah., Veni, Hadju., Ummu, Salmah., Healthy, Hidayanty. (2023). Effectiveness of Health Education for Teenagers in the Digital Era: A Review. doi: 10.47836/mjmhs.19.5.45

Natheerah, Holtman., Million, Bimerew., Katlego, Dumisani, Trevor, Mthimunye. (2024). Adolescent girls' sexual and reproductive health information needs and barriers in Cape Town. Health Sa Gesondheid, doi: 10.4102/hsag.v29i0.2650

Negussie, Boti., Amene, Abebe, Kerbo., Kassa, Daka, Gidebo., Yohannes, Dibaba, Wado. (2024). A policy brief: improving access and utilization of adolescent sexual and reproductive health services in Southern Ethiopia. Frontiers in Public Health, 12 doi: 10.3389/fpubh.2024.1364058

Nicholas, S., Iwokwagh. (2017). Enlarging Participatory Communicative Spaces on Adolescents Sexual and Reproductive Health in Nigeria: A Look at New Media Technologies. 37-53. doi: 10.1007/978-3-319-27786-8_5

Rika, Suryana., Muhammad, Rivaldi., Vika, Ichsania, Ninditya., Defy, Rizky, Ramadhany., Khusnul, Khatimah., Fikhri, Astina, Tasmara., Reski, Amalia. (2024). Adolescent Reproductive Health Education as an Effort to Increase Reproductive Health Knowledge and Marriage Readiness in Mancasan Kleben Village. Indonesian Journal of Community Engagement, 10(2):91-91. doi: 10.22146/jpkm.89762.

Riska, Wulandare., Ii, Solihah., Tutiany, Tutiany. (2024). The Effect of Health Education with Audiovisual on Increasing Knowledge, Attitudes, and Practices on Maintaining Reproductive Health in Vocational School Adolescent Girls. International Journal of Current Science Research and Review, 07(08) doi: 10.47191/ijcsrr/v7-i8-25

Samuel, Ngobua., Vivian, Omuemu., Adedapo, Ande., Oladipupo, S., Olaleye., N.S., Awunor., Igbaver, Isaac, Ieren. (2024). Adolescent reproductive health care services: knowledge, perspectives, and challenges among service providers in Makurdi, Benue State Nigeria. African Journal of Reproductive Health, 28(10):131-140. doi: 10.29063/ajrh2024/v28i10.13

Supriyadi, Supriyadi., Sodikin, Sodikin., Ainun, Najib, Febrya, Rahman., Ermadi, Satria, Wijaya. (2024). Development of comprehensive sexual education applications to improve adolescent reproductive health. Medisains, 22(2):104-104. doi: 10.30595/medisains.v22i2.21460

J. Glosarium

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) = Penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia, membuat tubuh rentan terhadap infeksi.

E-Learning = Pembelajaran yang dilakukan melalui media elektronik seperti internet, aplikasi, dan platform digital.

HIV (Human Immunodeficiency Virus) = Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia dengan menghancurkan sel-sel yang berperan dalam pertahanan tubuh.

Infeksi Menular Seksual (IMS) = Penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, seperti HIV, sifilis, dan gonore.

Influencer = Orang yang memiliki pengaruh besar di media sosial dan dapat memengaruhi opini atau perilaku pengikutnya.

Infografik = Informasi yang disajikan dalam bentuk grafis atau visual untuk memudahkan pemahaman.

Kesehatan Reproduksi = Keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi, termasuk kemampuan untuk memiliki hubungan seksual yang aman dan bertanggung jawab.

Kontrasepsi = Metode atau alat yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan mengatur kelahiran.

Media Sosial = Platform online yang memungkinkan pengguna untuk berbagi konten, berkomunikasi, dan berinteraksi dengan orang lain, seperti Instagram, TikTok, dan YouTube.

Tabu Budaya = Larangan atau pantangan dalam masyarakat terhadap pembahasan atau tindakan tertentu, yang dianggap tidak sesuai dengan nilai atau norma sosial.

CHAPTER 4

PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA REMAJA DAN PENCEGAHANNYA

Bdn. Rosmawati.S.Si.T., M. Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Penyakit Menular Seksual (PMS) adalah kelompok penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual, termasuk seks vaginal, anal, dan oral. Dampak pergaulan bebas mengantarkan pada kegiatan menyimpang seperti seks bebas. Tindak kriminal termasuk aborsi, narkoba serta berkembangnya Penyakit Menular Seksual (Ramlili, 2022). Beberapa PMS juga dapat menular melalui kontak darah, seperti dari ibu ke anak selama kehamilan atau persalinan, serta melalui penggunaan jarum suntik yang terkontaminasi (Wikipedia, 2007).

Penyakit ini disebabkan oleh berbagai patogen, termasuk bakteri, virus, dan parasit, dengan gejala yang bervariasi dan sering kali tidak terdeteksi pada tahap awal. Remaja banyak yang tidak sadar dari pengalaman yang tampaknya menyenangkan justru dapat menjerumuskan, salah satu problema dari kaum remaja jika kurang pengetahuan tentang seksual akan berdampak pada terjadinya penularan penyakit kelamin (Wijayanti & Puspita, 2021).

Relevansi PMS pada Remaja.

Remaja merupakan kelompok yang berisiko tinggi terhadap PMS. Faktor-faktor risiko meliputi:

1. Pergaulan bebas: Banyak remaja terlibat dalam hubungan seksual tanpa perlindungan.
2. Kurangnya pengetahuan: Banyak remaja tidak memiliki pemahaman yang memadai tentang kesehatan reproduksi dan risiko PMS.
3. Gonta-ganti pasangan: Sering berganti pasangan seksual meningkatkan kemungkinan terpapar PMS.

Data menunjukkan bahwa remaja berusia 15-24 tahun menyumbang hampir 50% dari semua kasus PMS baru. Di beberapa daerah, prevalensi infeksi seperti klamidia dan gonore cukup tinggi, dengan angka mencapai 20%-35% di kalangan populasi aktif secara seksual (Prawitasari Manuaba, 2025). Di DKI Jakarta, misalnya, prevalensi klamidia mencapai 6%.

Dampak dari PMS pada remaja dapat sangat serius:

1. Kesehatan fisik: Infeksi dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk infertilitas dan penyakit radang panggul.

2. Kesehatan mental: Stigma sosial dan masalah psikologis dapat muncul akibat diagnosis PMS.
3. Ekonomi: Biaya pengobatan dan kehilangan produktivitas dapat membebani individu dan masyarakat.

Pentingnya Edukasi dan Pencegahan

Edukasi mengenai PMS sangat penting untuk mengurangi prevalensi dan dampaknya. Beberapa langkah pencegahan meliputi:

1. Pendidikan seks yang komprehensif: Memberikan informasi yang akurat tentang kesehatan reproduksi dan risiko PMS.
2. Penggunaan alat kontrasepsi: Mendorong penggunaan kondom untuk mengurangi risiko penularan.
3. Tes rutin: Menggalakkan tes kesehatan seksual secara berkala bagi individu yang aktif secara seksual.

B. Jenis-Jenis Penyakit Menular Seksual pada Remaja

1. Infeksi Menular Seksual Bakteri:

a. Gonore

Gonore, atau kencing nanah, adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*, yaitu bakteri diplokokus Gram negatif. Penularan penyakit ini melalui kontak seksual dan bakteri ini dapat menginfeksi pada lapisan dalam uretra, leher rahim, rectum, dan tenggorokan atau konjungtiva (Casey et al., 2010). Pada umumnya terjadi karena aktivitas seksual secara genitogenital, tetapi dapat juga melalui kontak seksual secara orogenital dan anogenital, yang sering ditemukan di Indonesia. Diperkirakan >150 juta kasus di dunia setiap tahunnya. Masa inkubasi/ penyebaran kuman: 2-10 hari setelah hubungan seks.

Penyebab adalah Pria atau wanita yang sudah aktif secara seksual. Melakukan hubungan seksual di usia muda. Bergonta-ganti pasangan seksual. Tidak menggunakan alat kontrasepsi, yaitu kondom, ketika melakukan hubungan seksual. Menderita penyakit menular seksual lain seperti sifilis atau raja singa, klamidia, dan lain sebagainya. Pemeriksaan rutin dapat membantu mendeteksi tanda-tanda keberadaan infeksi meskipun tidak ada gejala.

Gejala umumnya meliputi keluarnya cairan abnormal dari alat kelamin, nyeri saat berkemih, dan nyeri di bagian perut. Vagina terasa nyeri ketika sedang berhubungan seksual. Gatal di area dubur. Testis terasa nyeri dan membengkak. Munculnya nanah atau cairan kental berwarna kuning atau hijau dari vagina. Kelenjar getah bening di leher, selangkangan, atau ketiak membengkak. Jika tidak diobati, gonore dapat menyebabkan komplikasi serius

seperti infertilitas dan penyakit radang panggul. Pada beberapa kasus, gonore tidak memiliki gejala. (Nurin, 2024).

b. Sifilis

Sifilis disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum* dan ditandai dengan munculnya luka yang tidak menyakitkan (chancre) pada tahap awal. Jika tidak diobati, sifilis dapat berkembang menjadi stadium lanjut yang mempengaruhi organ vital dan sistem saraf, berpotensi menyebabkan kerusakan permanen. Beberapa sifat dari penyakit ini adalah perjalanan penyakitnya kronis, menyerang semua organ tubuh, mempunyai masa laten, dapat tumbuh kembali (rekuren), dapat menular dari hubungan seksual, ibu ke janin sehingga menimbulkan kelainan kongenital. Dapat juga ditularkan melalui luka, transfuse, dan jarum suntik.

Gejala Sifilis (menurut Kemenkes RI)

Berikut adalah gejala sifilis atau penyakit raja singa berdasarkan tahapan perkembangan penyakitnya :

1) Sifilis Primer

Gejala muncul antara 10-90 hari setelah penderita terpapar bakteri penyebab sifilis. Awalnya, gejala yang muncul berupa luka kecil di kulit (chancre) yang tidak terasa sakit. Luka ini timbul di lokasi masuknya bakteri ke dalam tubuh, biasanya di sekitar kelamin. Luka sifilis juga dapat muncul di area mulut atau dubur. Tidak hanya di bagian luar, luka akibat sifilis juga bisa muncul di bagian dalam vagina, dubur, atau mulut sehingga tidak terlihat. Luka tersebut terkadang tidak menimbulkan rasa sakit sehingga penderita bisa tidak menyadari terkena sifilis. Luka ini dapat menghilang dalam 3-6 minggu. Namun, hal tersebut bukan berarti penderita telah pulih. Bila tidak diobati, kondisi ini justru menandakan infeksi telah berkembang dari primer menjadi sekunder. Pada tahap ini, di area selangkangan juga dapat muncul benjolan yang menandakan pembengkakan kelenjar getah bening, sebagai reaksi dari sistem kekebalan tubuh terhadap bakteri penyebab sifilis.

2) Sifilis Sekunder

Beberapa minggu setelah luka menghilang, gejala sifilis sekunder berbentuk ruam bisa muncul di bagian tubuh mana pun, terutama di telapak tangan dan kaki. Ruam tersebut dapat disertai kutil pada area kelamin atau mulut, namun tidak menimbulkan rasa gatal. Biasanya, ruam yang muncul berwarna merah atau merah kecoklatan dan terasa kasar, tetapi ruam tersebut sering terlihat samar sehingga penderita tidak menyadarinya. Selain timbul ruam, gejala sifilis (sifilis) tahap sekunder juga bisa disertai

gejala lain, seperti : demam, lemas, nyeri otot, sakit tenggorokan, pusing, pembengkakan kelenjar getah bening, rambut rontok, serta penurunan berat badan. Ruam pada tahap ini juga akan menghilang meski tidak diobati. Namun, gejala dapat muncul berulang kali setelahnya. Tanpa pengobatan yang tepat, infeksi dapat berlanjut ke tahap laten atau tahap tersier.

3) Sifilis Laten

Pada sifilis tahap ini, bakteri tetap ada, tetapi sifilis tidak menimbulkan gejala apa pun selama bertahun-tahun. Selama 12 bulan pertama tahap sifilis laten, infeksi masih bisa ditularkan. Setelah 2 tahun, infeksi masih ada di dalam tubuh, tetapi tidak bisa menular kepada orang lain lagi. Jika tidak diobati, infeksi ini dapat berkembang menjadi tahap tersier yang merupakan tahap sifilis paling berbahaya.

4) Sifilis Tersier

Infeksi pada tahap ini dapat muncul antara 10-30 tahun setelah terjadinya infeksi pertama. Sifilis pada tahap tersier ditunjukkan dengan kerusakan organ permanen sehingga bisa berakibat fatal bagi penderitanya. Pada tahap ini, sifilis bisa berdampak pada mata, otak, jantung, pembuluh darah, hati, tulang, dan sendi-sendi. Akibatnya, penderita bisa terkena kebutaan, penyakit jantung atau stroke.

5) Sifilis Kongenital

Ibu hamil yang terkena sipilis dapat menyebarkan penyakit ini kepada anaknya, baik sejak dalam kandungan maupun saat persalinan. Sifilis jenis ini disebut sifilis bawaan atau sifilis kongenital. Kondisi ini sering menimbulkan komplikasi serius saat kehamilan, seperti : keguguran, kematian janin, atau kematian bayi beberapa saat setelah dilahirkan. Bila berhasil hidup, bayi yang lahir dengan sifilis kongenital biasanya tidak menunjukkan gejala tertentu pada awalnya. Namun, beberapa bayi dapat mengalami ruam di bagian telapak tangan atau telapak kaki, serta pembengkakan kelenjar getah bening dan organ limpa.

Dampak Bagi Wanita Hamil, Melahirkan bayi dengan kecetakan fisik seperti kerusakan kulit, limpa, hati, dan keterbelakangan mental (Rizqy, 2024).

c. Klamidia

Klamidia disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*. Gejala sering kali tidak terlihat, tetapi dapat mencakup keputihan abnormal, nyeri saat berhubungan seksual, dan nyeri saat buang air kecil. Klamidia juga dapat menyebabkan komplikasi seperti infertilitas jika tidak diobati.

Factor resiko penyebab klamidia:

- 1) Pernah mengidap penyakit menular seksual
- 2) Memiliki lebih dari satu pasangan seksual/ berganti-ganti pasangan
- 3) Berhubungan sek tanpa menggunakan kondom
- 4) Aktif secara seksual sebelum usia 18 tahun.

2. Infeksi Menular Seksual Virus.

a. Human Immunodeficiency Virus (HIV).

HIV adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh secara drastis. Infeksi HIV telah menjadi suatu epidemi di dunia. tanpa ada intervensi, transmisi HIV selama kehamilan, persalinan, atau masa menyusui berkisar 15-45%. Data kementerian kesehatan indonesia pada tahun 2011 menunjukkan dari 21.103 ibu hamil yang menjalani tes HIV 534 (2,5%) diantaranya positif terinfeksi HIV. Di Indonesia, hingga 2018, pengidap HIV pada anak dan remaja (di bawah 19 tahun) makin bertambah, mencapai 2.881 orang. Jumlah tersebut meningkat dari tahun 2010, yaitu sebanyak 1.622 anak terinfeksi HIV Secara umum dan dapat berkembang menjadi AIDS jika tidak diobati.

Penyebab dari AIDS adalah virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang dapat menimbulkan AIDS. HIV akan menyerang salah satu jenis sel darah putih (penangkal infeksi) terutama limfosit yang memiliki CD4 sebagai penanda yang berada di permukaan limfosit. Pada orang dengan imun yang baik, nilai CD4 berkisar 1.400-1.500. Pada kasus orang yang terinfeksi HIV, nilai CD4 semakin menurun, bahkan beberapa kasus bisa sampai nol. Virus masuk ke tubuh melalui perantara darah, semen, sekret vagina, dan cairan tubuh lainnya. 75% penularan terjadi melalui hubungan kelamin. Penularan terjadi lewat kontak seksual, jarum suntik bekas pakai, transfuse darah/ produk darah, ibu yang mengandung/ menyusui melalui plasenta ataupun ASI.

Gejala awal mungkin mirip seperti sakit flu, tetapi infeksi ini dapat menyebabkan komplikasi serius dan meningkatkan risiko infeksi oportunistik. Dan akan terlihat 5-10 tahun kemudian, bahkan dapat lebih lama.

Sebagian memperlihatkan gejala tidak khas pada infeksi HIV akut, 3-6 minggu setelah terinfeksi. Gejala yang terjadi adalah demam, nyeri menelan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam, diare, atau batuk. Setelah infeksi akut, dimulailah infeksi HIV asimptomatis (tanpa gejala).

Masa tanpa gejala ini umumnya berlangsung selama 8-10 tahun. Tetapi ada sekelompok kecil orang yang perjalanan penyakitnya amat cepat, dapat hanya sekitar 2 tahun dan ada pula yang perjalannya lambat (non-progressor). Seiring dengan makin memburuknya kekebalan tubuh, ODHA mulai menampakkan gejala-gejala akibat infeksi oportunistik seperti berat badan

menurun, demam lama, rasa lemah, pembesaran kelenjar getah bening, diare, tuberkulosis, infeksi jamur, herpes dan lain-lain. Dua gejala yang ditunjukkan orang yang terinfeksi HIV berubah menjadi AIDS bisa dilihat dari dua gejala yaitu gejala mayor (gejala yang umum terjadi) dan gejala minor (gejala tidak umum terjadi).

Gejala mayor, Demam tinggi, tidak turun turun selama satu bulan, BB turun drastic sampai >10%, Diare berkepanjangan terus-menerus selama satu bulan. Gejala minor, Batuk menetap >1bln, Keringat pada malam hari, Badan lemah atau sariawan yang tidak sembuh-sembuh.

b. Human Papillomavirus (HPV).

HPV adalah virus yang dapat menyebabkan kutil kelamin dan meningkatkan risiko kanker serviks pada wanita. Banyak jenis HPV bersifat asimptomatis, tetapi beberapa dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius (Elise, 2023).

c. Herpes Genital.

Herpes genital disebabkan oleh virus herpes simpleks (HSV) dan ditandai dengan luka lepuh di area genital. Infeksi ini bersifat kronis dan dapat kambuh secara berkala (Elise, 2023).

d. Hepatitis B.

Hepatitis B adalah infeksi virus yang menyerang hati dan dapat menular melalui hubungan seksual. Infeksi ini dapat menyebabkan penyakit hati kronis, sirosis, dan kanker hati jika tidak ditangani dengan baik.

3. Infeksi Menular Seksual Parasit

a. Trikomoniasis:

Trikomoniasis adalah infeksi yang disebabkan oleh parasit *Trichomonas vaginalis*. Gejala mungkin termasuk keputihan berwarna hijau atau kuning dengan bau tidak sedap serta nyeri saat berhubungan seksual (Elise, 2023).

b. Scabies dan Kutu Kelamin:

Scabies adalah infeksi kulit yang disebabkan oleh tungau kecil, sedangkan kutu kelamin (kutu kemaluan) hidup di area rambut kemaluan. Kedua kondisi ini ditularkan melalui kontak seksual dan dapat menyebabkan gatal yang parah (Elise, 2023).

Gejala Umum dan Dampak Jangka Panjang dari PMS,

Gejala umum dari PMS meliputi:

1. Nyeri atau gatal pada organ intim.
2. Keputihan abnormal.
3. Pendarahan vagina yang tidak normal.

4. Nyeri saat buang air kecil.
5. Luka atau ruam pada organ intim.

Dampak jangka panjang dari PMS jika tidak diobati bisa sangat serius, termasuk:

1. Infertilitas.
2. Penyakit radang panggul.
3. Kanker serviks.
4. Komplikasi kehamilan seperti keguguran atau kelahiran bayi cacat.

C. Faktor Risiko pada Remaja

Aktivitas seksual dini di kalangan remaja menjadi perhatian serius karena dapat menimbulkan berbagai risiko kesehatan fisik dan mental. Remaja yang terlibat dalam hubungan seksual pada usia muda cenderung mengalami konsekuensi negatif, termasuk infeksi menular seksual (IMS), kehamilan yang tidak diinginkan, dan masalah psikologis.

1. Kurangnya Edukasi tentang Kesehatan Seksual

Salah satu faktor utama yang mendorong aktivitas seksual dini adalah kurangnya edukasi mengenai kesehatan seksual. Banyak remaja tidak mendapatkan informasi yang memadai tentang tubuh mereka, risiko dari hubungan seksual, dan cara melindungi diri dari IMS. Penelitian menunjukkan bahwa pendidikan seksual yang tidak memadai di rumah dan sekolah berkontribusi terhadap perilaku seksual yang berisiko (Natalia et al., 2021). Tanpa pengetahuan yang tepat, remaja lebih rentan terhadap pengaruh negatif dari lingkungan sosial dan media.

2. Tekanan dari Lingkungan Sosial dan Pasangan

Tekanan dari teman sebaya dan pasangan juga berperan signifikan dalam keputusan remaja untuk terlibat dalam aktivitas seksual. Remaja sering kali merasa tertekan untuk mengikuti perilaku teman-teman mereka atau memenuhi ekspektasi pasangan, yang dapat mendorong mereka untuk melakukan hubungan seksual meskipun mereka belum siap secara emosional atau fisik (Arlinta, 2021). Lingkungan sosial yang permisif terhadap perilaku seksual dapat memperkuat norma-norma tersebut, membuat remaja merasa bahwa aktivitas seksual adalah hal yang biasa dan diterima.

3. Penggunaan Zat Adiktif dan Pengaruhnya pada Keputusan Seksual

Penggunaan zat adiktif, seperti alkohol dan narkoba, juga dapat mempengaruhi keputusan seksual remaja. Zat-zat ini sering kali mengurangi inhibisi dan meningkatkan impulsivitas, sehingga remaja lebih cenderung melakukan hubungan seksual tanpa mempertimbangkan risiko. Penelitian

menunjukkan bahwa remaja yang terlibat dalam penyalahgunaan zat memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk terlibat dalam perilaku seksual berisiko, seperti berganti-ganti pasangan atau tidak menggunakan perlindungan saat berhubungan seks.

D. Pencegahan Penyakit Menular Seksual pada Remaja:

1. Pendidikan dan Kesadaran Kesehatan Seksual

Pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah memiliki peran penting dalam meningkatkan kesadaran remaja tentang kesehatan seksual. Melalui kurikulum yang terintegrasi, siswa dapat memperoleh pengetahuan yang diperlukan untuk memahami risiko perilaku seksual berisiko dan cara melindungi diri mereka dari infeksi menular seksual (IMS) serta kehamilan tidak diinginkan (Masfiah et al., 2013). Selain itu, dukungan dari keluarga juga sangat penting. Orang tua yang terbuka dan memberikan informasi yang akurat tentang kesehatan seksual dapat membantu remaja merasa lebih nyaman dalam membahas isu-isu tersebut.

Konseling di sekolah dan akses terhadap sumber informasi yang terpercaya sangat penting untuk mendukung pendidikan kesehatan seksual. Remaja perlu memiliki tempat untuk bertanya dan mendapatkan informasi yang benar mengenai kesehatan reproduksi. Program konseling yang efektif dapat memberikan dukungan emosional dan informasi praktis, sehingga remaja dapat membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan seksual mereka (Putra, 2023).

2. Penggunaan Kondom

Kondom merupakan salah satu metode paling efektif untuk mencegah penularan PMS dan kehamilan tidak diinginkan. Penggunaan kondom secara konsisten dapat mengurangi risiko infeksi menular seksual hingga 80% atau lebih, serta mencegah kehamilan dengan tingkat efektivitas sekitar 98% jika digunakan dengan benar (Hermawan, 2020). Ada beberapa jenis kondom, termasuk kondom lateks, poliuretan, dan lambung hewan. Setiap jenis memiliki kelebihan dan kekurangan, tetapi kondom lateks adalah yang paling umum digunakan karena efektif dalam mencegah PMS. Cara penggunaan yang benar meliputi:

- a. Memeriksa tanggal kedaluwarsa.
- b. Membuka kemasan dengan hati-hati.
- c. Memastikan kondom dipasang sebelum kontak genital.
- d. Menggunakan pelumas berbasis air atau silikon untuk mencegah robek.

Penting untuk menghilangkan stigma yang sering kali melekat pada penggunaan kondom. Edukasi publik tentang manfaat kondom dan normalisasi

penggunaannya dalam hubungan seksual dapat membantu mengubah pandangan negatif dan meningkatkan penggunaan kondom di kalangan remaja.

3. Vaksinasi

a. Vaksin HPV

Vaksin Human Papillomavirus (HPV) sangat efektif dalam mencegah infeksi HPV, yang dapat menyebabkan kanker serviks dan kutil kelamin. Vaksin ini direkomendasikan untuk diberikan kepada remaja sebelum mereka aktif secara seksual, idealnya antara usia 9 hingga 14 tahun, untuk memberikan perlindungan maksimal (Hermawan, 2020).

b. Pentingnya Imunisasi Dini

Imunisasi dini sangat penting untuk melindungi remaja dari penyakit menular seksual yang dapat berdampak jangka panjang pada kesehatan mereka. Dengan vaksinasi yang tepat, remaja dapat mengurangi risiko terkena penyakit serius di kemudian hari.

4. Praktik Hubungan Seksual yang Aman dan Bertanggung Jawab

Abstinensi sebagai Langkah Preventif Utama.

Abstinensi adalah pilihan untuk tidak melakukan hubungan seksual sebagai langkah preventif utama terhadap PMS dan kehamilan tidak diinginkan. Ini adalah strategi yang sangat efektif bagi remaja yang ingin menghindari risiko tersebut (Putra, 2023).

Monogami dan Kesetiaan Pasangan

Praktik monogami dan kesetiaan pasangan juga merupakan cara penting untuk menjaga kesehatan seksual. Hubungan yang setia dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko terpapar PMS. Perilaku seksual sehat mencakup komunikasi terbuka antara pasangan mengenai kesehatan seksual, penggunaan alat kontrasepsi, serta pengujian rutin untuk IMS. Dengan menerapkan praktik-praktik ini, remaja dapat menjaga kesehatan reproduksi mereka dengan lebih baik. Melalui pendidikan yang tepat, akses informasi, penggunaan kondom, vaksinasi, serta praktik hubungan seksual yang aman, remaja dapat dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan untuk membuat keputusan yang sehat terkait kehidupan seksual mereka.

E. Dampak Tidak Mencegah Penyakit Menular Seksual

Aktivitas seksual yang tidak aman dan perilaku seks berisiko dapat memiliki implikasi serius bagi kesehatan fisik dan mental individu, terutama di kalangan remaja. Secara fisik, risiko utama termasuk infeksi menular seksual (IMS) seperti gonore, sifilis, dan klamidia, yang dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut jika

tidak diobati. Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan dapat memicu masalah kesehatan seperti anemia dan tekanan darah tinggi pada ibu muda, serta meningkatkan risiko kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah pada bayi (Rompies, 2021).

Dari segi kesehatan mental, remaja yang terlibat dalam aktivitas seksual yang tidak aman sering mengalami kekhawatiran, penyesalan, dan rasa bersalah. Stres akibat kemungkinan tertular penyakit atau kehamilan dapat memicu kondisi seperti depresi dan kecemasan, yang berdampak negatif pada perkembangan psikologis mereka (Rompies, 2021).

Dalam Qur'an Surah Al-Baqarah (2:195) disebutkan tentang pentingnya menjaga tubuh: "Dan janganlah kamu jatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan." Hal ini menunjukkan pentingnya merawat tubuh agar terhindar dari penyakit atau gangguan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi.

1. Dampak Sosial dan Ekonomi

Dampak sosial dari perilaku seks berisiko mencakup stigma sosial dan pengucilan, terutama bagi remaja perempuan yang mengalami kehamilan di usia muda. Hal ini dapat menghambat pendidikan dan peluang kerja mereka, menciptakan siklus kemiskinan. Dari segi ekonomi, biaya perawatan kesehatan untuk mengobati IMS atau komplikasi kehamilan dapat membebani individu dan sistem kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kehamilan tidak diinginkan juga dapat mempengaruhi produktivitas jangka panjang remaja yang terlibat (Rompies, 2021).

2. Risiko Komplikasi Serius

Penting untuk dicatat bahwa perilaku seksual berisiko dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk:

- a. Infertilitas: Beberapa IMS, jika tidak diobati, dapat menyebabkan kerusakan permanen pada sistem reproduksi.
- b. Kanker: Infeksi HPV yang ditularkan melalui hubungan seksual dapat meningkatkan risiko kanker serviks pada wanita. Sifilis juga dapat menyebabkan kerusakan organ vital jika tidak ditangani dengan baik (Rompies, 2021).

F. Penanganan Penyakit Menular Seksual pada Remaja

Deteksi dini infeksi menular seksual (IMS) sangat penting untuk mencegah komplikasi serius yang dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental individu, terutama remaja. Dengan melakukan pemeriksaan rutin dan tes kesehatan, remaja dapat mengetahui status kesehatan seksual mereka lebih awal. Penanganan yang cepat dan tepat dapat mencegah penyebaran infeksi dan mengurangi risiko

komplikasi jangka panjang seperti infertilitas, penyakit radang panggul, dan kanker serviks akibat infeksi HPV (Kemenkes RI, 2016).

1. Rujukan Layanan Kesehatan untuk Diagnosis dan Terapi

Penting bagi remaja untuk memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai untuk diagnosis dan terapi IMS. Layanan ini harus mencakup:

- a. Pemeriksaan Kesehatan Rutin: Pemeriksaan fisik dan pengujian laboratorium untuk mendeteksi IMS.
- b. Konsultasi Medis: Tenaga medis yang terlatih dalam menangani masalah kesehatan reproduksi remaja.
- c. Pengobatan yang Efektif: Penyediaan obat-obatan antimikroba untuk mengobati IMS serta penanganan komprehensif yang mencakup edukasi tentang perilaku seksual yang aman.

2. Mengatasi Stigma Sosial pada Remaja dengan PMS

Stigma sosial terkait IMS sering kali membuat remaja enggan untuk mencari bantuan medis atau berbicara tentang masalah kesehatan seksual mereka. Untuk mengatasi stigma ini, beberapa langkah dapat diambil:

- a. Edukasi Publik: Meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai IMS dan pentingnya deteksi dini melalui kampanye informasi yang terbuka.
- b. Dukungan dari Keluarga: Orang tua harus menciptakan lingkungan yang mendukung agar anak merasa nyaman membahas isu-isu kesehatan seksual.
- c. Penyediaan Layanan yang Ramah Remaja: Layanan kesehatan harus dirancang agar mudah diakses dan tidak menghakimi, sehingga remaja merasa aman untuk mencari bantuan.

G. Kesimpulan dan Rekomendasi

Aktivitas seksual dini di kalangan remaja merupakan isu kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kurangnya edukasi tentang kesehatan seksual, tekanan sosial dari lingkungan sekitar, serta penggunaan zat adiktif. Untuk mengurangi risiko terkait aktivitas ini, penting bagi orang tua, pendidik, dan masyarakat untuk memberikan pendidikan yang komprehensif tentang kesehatan reproduksi dan menciptakan lingkungan yang mendukung keputusan sehat bagi remaja.

Pentingnya sinergi antara keluarga, sekolah, dan fasilitas kesehatan dalam membangun kesadaran kesehatan reproduksi di kalangan remaja sangat krusial. Berikut adalah ringkasan poin penting terkait hal ini:

Sinergi Keluarga, Sekolah, dan Fasilitas Kesehatan:

1. Peran Keluarga: Keluarga berfungsi sebagai sumber informasi pertama bagi remaja. Dukungan orang tua dalam memberikan edukasi kesehatan reproduksi

dapat menciptakan lingkungan yang nyaman bagi anak untuk berdiskusi tentang isu-isu kesehatan seksual.

2. Peran Sekolah: Institusi pendidikan diharapkan menyediakan materi edukasi kesehatan reproduksi yang komprehensif. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kemen PPPA) mendorong sekolah untuk mengintegrasikan pendidikan ini ke dalam kurikulum, terutama untuk murid perempuan (Marzuqi, 2023).
3. Peran Fasilitas Kesehatan: Akses ke layanan kesehatan yang ramah remaja penting untuk diagnosis dan terapi IMS. Fasilitas kesehatan harus menyediakan informasi yang akurat dan dukungan medis bagi remaja yang membutuhkan.

Langkah Konkret untuk Membangun Kesadaran Kesehatan Reproduksi:

1. Edukasi Terintegrasi: Mengembangkan program edukasi yang melibatkan orang tua, guru, dan tenaga medis untuk memberikan informasi akurat tentang kesehatan reproduksi.
2. Kampanye Kesadaran: Melaksanakan kampanye yang meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan mengurangi stigma seputar masalah ini.
3. Fasilitas Pendukung: Menyediakan fasilitas sanitasi yang memadai di sekolah dan akses ke produk kebersihan menstruasi untuk mendukung manajemen kesehatan menstruasi (Sukma, 2019).
4. Pelatihan untuk Guru: Memberikan pelatihan kepada guru agar mereka dapat mengajarkan materi kesehatan reproduksi dengan cara yang sensitif dan informatif.
5. Dengan langkah-langkah ini, diharapkan kesadaran dan pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi dapat meningkat, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan seksual mereka.

H. Kesimpulan

Penyakit menular seksual (PMS) pada remaja merupakan masalah kesehatan yang signifikan dan dapat berdampak panjang jika tidak ditangani dengan baik. Remaja sebagai kelompok usia yang rentan perlu diberikan edukasi yang tepat tentang risiko, gejala, serta dampak negatif PMS. Pencegahan melalui peningkatan kesadaran, perubahan perilaku, penggunaan perlindungan seperti kondom, serta pemeriksaan rutin menjadi langkah penting dalam mengurangi angka prevalensi PMS. Selain itu, dukungan dari keluarga, sekolah, dan masyarakat sangat diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung upaya pencegahan. Dengan pengetahuan yang cukup dan langkah-langkah pencegahan yang efektif, remaja

dapat terlindungi dari bahaya PMS dan menjalani kehidupan seksual yang sehat dan bertanggung jawab.

I. Referensi

- Al-Baqarah (2:195). *Tentang Pentingnya Menjaga Tubuh: "Dan janganlah kamu jatuhkan dirimu sendiri ke dalam kebinasaan."*
- Arlinta, D. (2021, February 24). *Perilaku Seksual Remaja Kian Berisiko, Waspadai Kanker Serviks.* Kompas.id; Harian Kompas. <https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2021/02/25/perilaku-seksual-remaja-kian-berisiko-waspadai-kanker-serviks>
- Elise, S. (2023, January 25). *Penyakit Menular Seksual.* Klikdokter.com; KlikDokter. <https://www.klikdokter.com/penyakit/penyakit-menular-seksual/penyakit-menular-seksual>
- Hermawan, B. (2020). *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dan Seksualitas bagi Remaja Dengan Disabilitas Intelektual.* Kemdikbud.go.id. <https://pmpk.kemdikbud.go.id/bukudigital/products/modul-guru-pendidikan-kesehatan-reproduksi-dan-seksualitas-bagi-remaja-dengan-disabilitas-intelektual600f8d40e4638>
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual.* Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/buku_pedoman_nasional_tata_laksna_ims_2016_ok.pdf
- Marzuqi, A. M. (2023, April 5). *Kemen PPPA Dorong Institusi Pendidikan Sediakan Materi Edukasi Kesehatan Reproduksi.* Mediaindonesia.com. <https://mediaindonesia.com/humaniora/571677/kemen-pppa-dorong-institusi-pendidikan-sediakan-materi-edukasi-kesehatan-reproduksi>.
- Masfiah, S., Shaluhiyah, Z., & Suryoputro, A. (2013). *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) Dalam Kurikulum SMA Dan Pengetahuan & Sikap Kesehatan Reproduksi Siswa.* <https://media.neliti.com/media/publications/125856-ID-pendidikan-kesehatan-reproduksi-remaja-p.pdf>
- Natalia, S., Sekarsari, I., Rahmayanti, F., & Febriani, N. (2021). Resiko Seks Bebas dan Pernikahan Dini Bagi Kesehatan Reproduksi Pada Remaja. *Journal of Penyakit Menular Seksual Pada Remaja Dan Pencegahannya*

Community Engagement in Health, 4(1), 2620–3766.
<https://doi.org/10.30994/jceh.v4i1.113>

- Nurin, F. (2024, October 22). *Segala Hal Tentang Penyakit Kelamin, Bagaimana Bisa Ditularkan?* Hello Sehat. <https://hellosehat.com/seks/penyakit-menular-seksual/penyakit-kelamin/>
- Prawitasari Manuaba, I. A. C. (2025). *Kenali Jenis Dan Bahaya Penyakit Menular Seksual.* Jembranakab.go.id. <https://rsu.jembranakab.go.id/berita/read/45/awas-kenali-jenis-dan-bahaya-penyakit-menular-seksual.html>
- Putra, M. (2023, August 28). *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Tak Banyak Pengaruhi Perilaku Seksual Remaja.* Kompas.id; Harian Kompas. <https://www.kompas.id/baca/nusantara/2023/08/28/pendidikan-kesehatan-reproduksi-tak-banyak-pengaruhi-perilaku-seksual-remaja>
- Ramli, R. (2022). Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Remaja Tentang Penyakit Menular Seksual Di Kampus Akademi Ilmu Gizi YPAG Makassar. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(4), 45–54.
- Rizqy, F. A. (2024, July 10). *Gejala Penyakit Menular Seksual yang Penting Diwaspadai.* Rumah Sakit Terbaik Berstandarisasi Internasional | Ciputra Hospital. <https://ciputrahospital.com/gejala-penyakit-menular-seksual/>
- Rompies, J. K. (2021, May 16). *Dampak Buruk Seks Bebas bagi Fisik & Mental Anak.* POPMAMA.com; Popmama. <https://www.popmama.com/big-kid/10-12-years-old/jemima/dampak-buruk-dari-seks-bebas-bagi-fisik-dan-mental-anak>
- Sukma. (2019, September). *Peran Keluarga, Masyarakat Dan Media Sebagai Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi Pada Mahasiswa.* Stikesnas.ac.id; Blogger. <http://ikada.stikesnas.ac.id/2019/09/peran-keluarga-masyarakat-dan-media.html>
- Wikipedia. (2007, November 7). *Penyakit menular seksual.* Wikipedia.org; Wikimedia Foundation, Inc. https://id.wikipedia.org/wiki/Penyakit_menular_seksual
- Wijayanti, E. T., & Puspita, H. (2017). Hubungan Sikap Remaja Tentang Infeksi Menular Seksual Dengan Sikap Seks Pranikah. *Jurnal Keperawatan*, 10(1), 7–7.

J. Glosarium

PMS	: Pre Menstruasi
HIV	: Human Immunodeficiency
HPV	: Human Papillomavirus
IMS	: Infeksi Menular Seksual

CHAPTER 5

PUBERTAS DAN PERUBAHAN FISIK PADA REMAJA

Yuliyanik, AMd.Keb., S.KM., M.Biomed.

A. Pendahuluan/Prolog

Pubertas adalah periode perkembangan fisik dan emosional yang terjadi pada remaja ketika tubuh mulai mengalami perubahan signifikan menuju kedewasaan. Proses ini umumnya dimulai antara usia 8 hingga 13 tahun pada anak perempuan dan 9 hingga 14 tahun pada anak laki-laki. Pubertas ditandai oleh perubahan hormon yang mempengaruhi berbagai aspek tubuh, termasuk pertumbuhan tinggi badan, perubahan komposisi tubuh, serta perkembangan organ reproduksi. Perubahan fisik ini juga sering disertai dengan perubahan emosional dan psikologis, yang dapat mempengaruhi cara remaja melihat diri mereka sendiri dan berinteraksi dengan orang lain. Proses pubertas merupakan bagian penting dalam pembentukan identitas dan kesiapan seseorang untuk memasuki fase dewasa.

Pubertas adalah fase perkembangan yang sangat penting dalam kehidupan remaja, yang menandai transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada tahap ini, tubuh mengalami serangkaian perubahan fisik, hormonal, dan psikologis yang signifikan. Pubertas tidak hanya berfokus pada perkembangan kemampuan reproduksi, tetapi juga memengaruhi banyak aspek lain dari kehidupan remaja, termasuk identitas diri, hubungan sosial, dan emosi. Proses pubertas dimulai dengan peningkatan produksi hormon yang memicu perubahan fisik seperti pertumbuhan payudara pada perempuan, pembesaran testis dan penis pada laki-laki, serta perubahan suara dan bentuk tubuh yang lebih khas. Selain itu, perubahan hormon juga dapat mempengaruhi kondisi kulit, suasana hati, dan persepsi diri. Meskipun pubertas biasanya terjadi pada usia remaja, waktunya dapat bervariasi tergantung pada faktor genetik, kesehatan, dan lingkungan. Memahami pubertas adalah hal yang penting, karena tidak hanya membantu remaja untuk menghadapi perubahan tubuh dengan lebih baik, tetapi juga memberikan wawasan bagi orang tua dan pendidik untuk memberikan dukungan yang tepat selama masa transisi ini.

B. Pubertas

Pubertas adalah proses perkembangan fisik dan hormonal yang terjadi pada masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Proses ini menandakan kesiapan tubuh untuk reproduksi dan biasanya terjadi pada usia remaja, meskipun usia pasti

bisa bervariasi. Pada umumnya, pubertas terjadi antara usia 8 hingga 13 tahun pada perempuan dan 9 hingga 14 tahun pada laki-laki.

Berikut adalah penjelasan lebih lengkap mengenai pubertas, mencakup perubahan fisik, hormonal, serta aspek psikologis yang terlibat.

1. Perubahan Fisik

a. Perubahan pada Perempuan:

- 1) Pertumbuhan payudara: Salah satu tanda pertama pubertas pada perempuan adalah pertumbuhan payudara, yang dimulai dengan pembengkakan kecil di sekitar puting susu.
- 2) Pertumbuhan rambut: Pada usia pubertas, perempuan mulai tumbuh rambut di area kemaluan dan ketiak.
- 3) Menstruasi: Menarche, yaitu menstruasi pertama, adalah tanda utama bahwa tubuh perempuan sudah mencapai tahap reproduktif. Ini biasanya terjadi antara usia 10 hingga 16 tahun.
- 4) Perubahan bentuk tubuh: Perempuan mengalami peningkatan lemak tubuh, terutama di sekitar pinggul, dada, dan paha. Ini membuat tubuh menjadi lebih berlekuk.
- 5) Pertumbuhan tinggi badan: Tinggi badan meningkat pesat pada awal pubertas, terutama sebelum menstruasi dimulai.

b. Perubahan pada Laki-laki:

- 1) Pembesaran testis dan penis: Proses ini dimulai dengan pembesaran testis dan penis, yang merupakan tanda pertama pubertas pada laki-laki.
- 2) Pertumbuhan rambut: Laki-laki mulai tumbuh rambut di area kemaluan, ketiak, dan wajah (kumis atau janggut), serta rambut di dada.
- 3) Suara menjadi lebih dalam: Salah satu tanda khas pubertas pada laki-laki adalah perubahan suara menjadi lebih dalam atau serak. Ini disebabkan oleh pembesaran laring (kotak suara) dan pita suara yang lebih panjang.
- 4) Peningkatan massa otot: Laki-laki mengalami peningkatan massa otot, yang mengubah tubuh mereka menjadi lebih kekar dan berbentuk lebih maskulin.
- 5) Pertumbuhan tinggi badan: Seperti halnya perempuan, laki-laki juga mengalami lonjakan tinggi badan yang signifikan selama pubertas.

2. Perubahan Hormonal

Pubertas dipicu oleh perubahan hormon dalam tubuh yang dikendalikan oleh sistem endokrin. Beberapa hormon utama yang terlibat dalam pubertas adalah:

- a. Hormon Gonadotropin (LH dan FSH): Hormon ini diproduksi oleh kelenjar pituitari di otak dan merangsang kelenjar reproduksi (testis pada laki-laki dan ovarium pada perempuan) untuk memproduksi hormon seks.

- b. Estrogen: Pada perempuan, hormon ini berperan dalam pengembangan karakteristik seksual sekunder (seperti pembesaran payudara, pelebaran pinggul) dan juga mengatur siklus menstruasi.
- c. Testosteron: Pada laki-laki, testosteron mempengaruhi perkembangan karakteristik seksual sekunder (seperti pembesaran otot, suara menjadi dalam, pertumbuhan rambut) serta produksi sperma.

3. Perubahan Psikologis dan Emosional

Pubertas juga membawa perubahan psikologis dan emosional yang signifikan, karena perubahan hormon memengaruhi suasana hati dan perkembangan identitas diri. Beberapa perubahan psikologis yang sering terjadi selama pubertas antara lain:

- a. Perubahan suasana hati: Remaja sering mengalami perubahan mood yang cepat, yang dapat membuat mereka merasa cemas, depresi, atau mudah marah. Ini terkait dengan fluktuasi hormon.
- b. Pencarian identitas: Remaja mulai mencari tahu siapa mereka dan bagaimana mereka ingin diterima dalam masyarakat. Perubahan fisik dan hormon sering kali membuat mereka merasa canggung atau bingung tentang identitas mereka.
- c. Minat terhadap hubungan romantis: Pada masa pubertas, remaja mulai tertarik pada hubungan romantis dan seksual. Mereka mulai merasakan daya tarik fisik terhadap lawan jenis (atau sesama jenis, tergantung pada orientasi seksual).
- d. Peningkatan otonomi: Remaja cenderung menginginkan lebih banyak kebebasan dan privasi. Mereka bisa mulai menarik diri dari orangtua atau keluarga, dan mencari hubungan yang lebih dekat dengan teman-teman sebaya.

4. Durasi Pubertas

Proses pubertas biasanya memakan waktu sekitar 2 hingga 5 tahun. Pubertas pada perempuan cenderung dimulai lebih awal dan berakhir lebih cepat dibandingkan pada laki-laki. Secara umum, pubertas pada perempuan dimulai sekitar usia 8 hingga 13 tahun dan berakhir sekitar usia 16 hingga 17 tahun, sementara pada laki-laki pubertas dimulai sekitar usia 9 hingga 14 tahun dan berakhir sekitar usia 18 hingga 19 tahun.

5. Faktor yang Mempengaruhi Pubertas

Beberapa faktor dapat mempengaruhi awal dan perkembangan pubertas, antara lain:

- a. Genetik: Faktor keturunan memainkan peran penting dalam menentukan kapan seseorang akan memasuki pubertas.

- b. Kesehatan dan nutrisi: Makanan yang cukup dan sehat, serta kesehatan tubuh secara umum, dapat mempercepat atau memperlambat pubertas.
- c. Lingkungan: Stres psikologis, polusi, atau bahan kimia tertentu (seperti hormon atau bahan endokrin) dapat memengaruhi waktu pubertas.
- d. Berat badan: Remaja dengan berat badan berlebih atau kekurangan gizi mungkin mengalami pubertas lebih cepat atau lebih lambat daripada yang lain.

C. Perubahan Fisik pada Remaja

Perubahan fisik pada remaja adalah bagian dari proses pubertas yang mencakup transformasi tubuh dari masa kanak-kanak menjadi masa dewasa. Pada tahap ini, tubuh mengalami berbagai perubahan yang signifikan sebagai persiapan untuk kemampuan reproduksi. Proses ini dipengaruhi oleh faktor genetik, hormon, dan lingkungan. Berikut adalah penjelasan lengkap mengenai perubahan fisik pada remaja, baik pada perempuan maupun laki-laki:

1. Perubahan Fisik pada Perempuan

- a. Pembesaran Payudara: Salah satu tanda pertama pubertas pada perempuan adalah pembesaran payudara. Biasanya, ini dimulai dengan pembengkakkan kecil di sekitar puting susu (benjolan kecil atau "bump") yang disebut "tomboy". Pembesaran payudara ini terjadi karena peningkatan produksi hormon estrogen yang merangsang pertumbuhan jaringan payudara.
- b. Pertumbuhan Rambut: Seiring dengan pubertas, perempuan mulai mengalami pertumbuhan rambut di beberapa area tubuh, terutama di area kemaluan dan ketiak. Rambut tubuh yang tumbuh ini biasanya lebih gelap dan kasar dibandingkan rambut tubuh yang sudah ada sebelumnya.
- c. Menstruasi (Menarche): Menstruasi pertama, atau menarche, adalah salah satu tanda bahwa tubuh perempuan telah siap secara biologis untuk reproduksi. Menstruasi biasanya dimulai antara usia 10 hingga 16 tahun, meskipun ada variasi berdasarkan faktor genetik, nutrisi, dan kesehatan umum. Menstruasi pertama sering disertai dengan ketidakteraturan siklus menstruasi dalam beberapa bulan pertama.
- d. Perubahan Bentuk Tubuh:
 - 1) Pada masa pubertas, perempuan mengalami perubahan bentuk tubuh yang mencolok. Ini termasuk peningkatan jumlah lemak tubuh, terutama di sekitar payudara, pinggul, dan paha, yang memberi bentuk tubuh yang lebih berlekuk dan lebih feminin.
 - 2) Peningkatan lemak tubuh ini diperlukan untuk mendukung kemampuan reproduksi tubuh perempuan.

3) Perempuan juga mengalami perbedaan dalam rasio tubuh antara otot dan lemak, di mana lemak tubuh lebih banyak daripada massa otot.

e. Peningkatan Tinggi Badan:

- 1) Pada masa pubertas, perempuan mengalami lonjakan pertumbuhan tinggi badan yang signifikan, terutama di awal pubertas sebelum menstruasi pertama terjadi. Peningkatan tinggi badan ini biasanya dimulai sekitar usia 9 hingga 11 tahun dan berlangsung hingga usia 14 hingga 16 tahun.
- 2) Kecepatan pertumbuhan tinggi badan cenderung cepat dalam periode ini dan kemudian melambat setelah menstruasi dimulai.

f. Perubahan Kulit:

- 1) Pada masa pubertas, produksi kelenjar sebaceous (kelenjar minyak) meningkat, yang dapat menyebabkan kulit menjadi lebih berminyak. Hal ini dapat memicu munculnya jerawat dan perubahan dalam tekstur kulit.
- 2) Perubahan hormon juga dapat menyebabkan pigmentasi atau bintik-bintik hitam pada kulit.

2. Perubahan Fisik pada Laki-laki

a. Pembesaran Testis dan Penis:

- 1) Salah satu perubahan pertama yang terjadi pada laki-laki selama pubertas adalah pembesaran testis dan penis. Pembesaran testis terjadi sekitar usia 9 hingga 14 tahun, sementara penis mulai berkembang dalam ukuran dan panjang.
- 2) Pembesaran testis terjadi akibat meningkatnya produksi hormon testosterone, yang merangsang perkembangan organ reproduksi laki-laki.

b. Pertumbuhan Rambut:

- 1) Seiring dengan pubertas, laki-laki mulai mengalami pertumbuhan rambut di area kemaluan, ketiak, wajah (kumis dan janggut), serta dada. Rambut ini biasanya lebih kasar dan lebih gelap dibandingkan rambut sebelumnya.
- 2) Pertumbuhan rambut wajah adalah salah satu tanda yang paling mencolok dan sering kali menjadi simbol perubahan pubertas yang jelas bagi laki-laki.

c. Perubahan Suara:

- 1) Suara laki-laki menjadi lebih dalam dan berat seiring dengan perkembangan pubertas. Proses ini terjadi karena laring (kotak suara) dan pita suara berkembang dan membesar akibat pengaruh hormon testosterone.
- 2) Selama transisi ini, laki-laki sering mengalami perubahan suara yang tidak stabil, yang bisa terdengar serak atau pecah-pecah.

d. Peningkatan Massa Otot:

- 1) Salah satu perubahan fisik yang paling menonjol pada laki-laki adalah peningkatan massa otot. Hal ini terjadi karena peningkatan kadar

testosteron yang memengaruhi pertumbuhan otot. Laki-laki cenderung memiliki lebih banyak otot dibandingkan lemak tubuh, yang memberi bentuk tubuh yang lebih kekar dan maskulin.

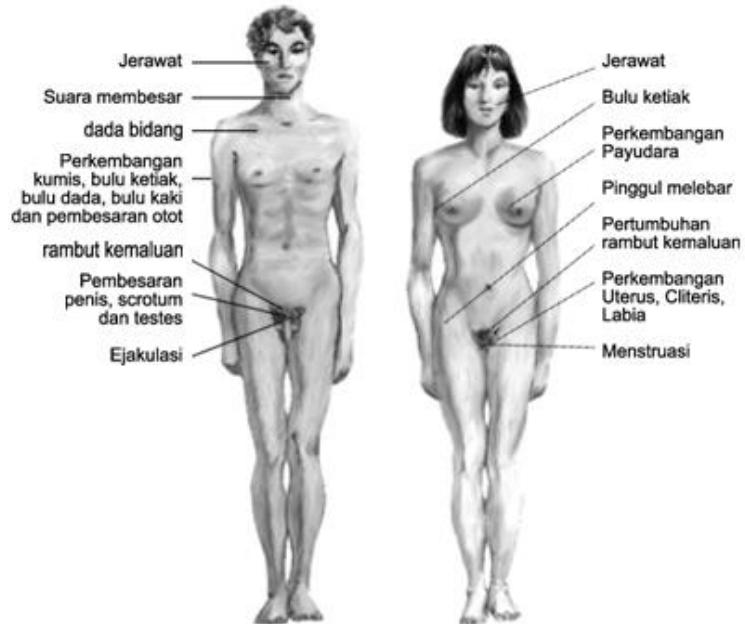
2) Ini juga berkaitan dengan peningkatan kekuatan fisik secara keseluruhan.

e. Peningkatan Tinggi Badan:

- 1) Seperti halnya perempuan, laki-laki juga mengalami lonjakan pertumbuhan tinggi badan yang signifikan selama pubertas. Peningkatan tinggi badan ini biasanya terjadi antara usia 12 hingga 16 tahun dan bisa berlangsung hingga usia 18 hingga 19 tahun.
 - 2) Laki-laki cenderung mengalami lonjakan pertumbuhan tinggi badan yang lebih lama dibandingkan perempuan dan memiliki tinggi badan rata-rata yang lebih tinggi pada akhir masa pubertas.
- f. Perubahan Kulit: Seperti halnya perempuan, laki-laki juga mengalami peningkatan produksi minyak di kulit, yang bisa menyebabkan jerawat dan perubahan tekstur kulit lainnya. Peningkatan aktivitas kelenjar sebaceous di kulit dapat menyebabkan pori-pori tersumbat dan menyebabkan jerawat.

3. Perubahan Fisik yang Terjadi pada Kedua Jenis Kelamin

- a. Pertumbuhan Gigi: Selama pubertas, gigi permanen pada remaja biasanya telah tumbuh sepenuhnya, menggantikan gigi susu. Gigi geraham ketiga atau gigi bungsu mungkin tumbuh pada akhir masa remaja atau bahkan pada usia awal dewasa.
- b. Peningkatan Kekuatan dan Daya Tahan Fisik : Selama pubertas, baik pada laki-laki maupun perempuan, tubuh mengalami peningkatan kekuatan fisik dan daya tahan. Ini terutama terlihat pada kemampuan untuk berolahraga atau melakukan aktivitas fisik lebih intens.
- c. Perubahan Postur Tubuh: Postur tubuh remaja juga dapat berubah, terutama saat mereka mengalami pertumbuhan yang cepat. Beberapa remaja mungkin merasa canggung atau tidak nyaman karena tubuh mereka tumbuh lebih cepat dari koordinasi motorik mereka. Ini bisa menyebabkan keluhan mengenai postur atau masalah keseimbangan tubuh.



Gambar 5.1. Perubahan fisik yang terjadi pada remaja

Tabel 5.1. Perkembangan Fisik Remaja Putri Normal

Aspek Perkembangan	Usia Mulai Perubahan	Penjelasan
Tinggi/Berat Badan dan Pinggul	10 - 11	Rata-rata anak tumbuh 5cm per tahun. Pada awal pubertas pertambahan sampai 9 cm per tahun selama 4 tahun. Berat meningkat, pinggul melebar dan lemak menumpuk di pinggang dan paha
Payudara	10 - 12	Tumbuh payudara berupa pembesaran puting dan lingkaran gelap di sekitar puting (areola). Setahun kemudian payudara mulai membesar dan puting serta areola mulai menghitam. Pertumbuhan payudara umumnya berakhir pada usia 15 tahun.
Bulu Kemaluan	10 - 11	Bulu kemaluan mulai tumbuh tipis di sekitar genital.
Bulu Ketiak	12 - 14	Lambat laun menjadi gelap dan kasar dalam 2-3 tahun. Bulu ketiak muncul 1-2 tahun kemudian.
Kelenjar Keringat	12 - 13	Perkembangan keringat meningkat dan menimbulkan bau bila tak rajin membersihkannya.
Masa Haid	11 - 14	Rata-rata haid pertama pada usia 13 tahun. Tahun-tahun pertama masih belum teratur dan mulai teratur setelah usia 16 tahun.

Tabel 5.2. Perkembangan Fisik Remaja Putra Normal

Aspek Perkembangan	Usia Mulai Perubahan	Penjelasan
Tinggi/Berat Badan dan Pinggul	12 - 13	Rata-rata anak tumbuh 5cm per tahun. Pada awal pubertas pertambahan sampai 10 cm per tahun selama 2-3 tahun. Berat meningkat, bahu dan dada akan melebar. Otot lengan/kaki membesar. Nafsu makan sangat besar di usia ini.
Payudara	11 - 13	Aktivitas hormon pada awal puber merangsang perkembangan kelenjar seks jantan: testis membesar, kulit skrotum menghitam, penis memanjang dan membesar. Dalam dua tahun berikutnya umumnya sudah bisa berejakulasi. Awalnya mulai dengan mimpi basah (wet dream).
Bulu Tubuh dan Bulu Wajah	11 - 15	Umumnya diawali tumbuhnya bulu kelamin, diikuti bulu kumis/jenggot, bulu ketiak dan bila ada keturunan akan muncul bulu di kaki, dada dan perut.
Kelenjar Keringat	13 - 15	Perkembangan keringat meningkat dan menimbulkan bau bila tak rajin membersihkannya.
Suara	13 - 15	Kotak suara (larynx) mulai membesar dan menonjol menjadi jakun. Suara membesar (serak) dalam setahun atau lebih akibat pembesaran itu.

D. Kesimpulan

Pubertas adalah tahap yang sangat penting dalam kehidupan remaja yang menandai perubahan besar baik fisik, hormonal, maupun psikologis. Proses ini mempersiapkan tubuh untuk kemampuan reproduksi dan membentuk karakteristik seksual sekunder. Selama masa pubertas, remaja juga mengalami perubahan emosional dan sosial yang penting dalam perkembangan identitas diri mereka. Perubahan fisik pada remaja adalah bagian integral dari proses pubertas yang memungkinkan tubuh berkembang menuju dewasa secara biologis. Pada perempuan dan laki-laki, perubahan ini melibatkan perkembangan organ reproduksi, perubahan bentuk tubuh, pertumbuhan rambut, dan peningkatan tinggi badan. Selain itu, perubahan hormon yang terjadi selama pubertas juga berpengaruh pada kondisi kulit dan kesehatan tubuh secara keseluruhan.

Pubertas adalah periode transisi yang penting dalam kehidupan remaja, yang menandai perubahan signifikan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Proses ini dipicu oleh perubahan hormon yang memengaruhi tubuh, serta perkembangan organ reproduksi yang memungkinkan tubuh menjadi siap untuk

reproduksi. Perubahan fisik yang terjadi selama pubertas melibatkan pertumbuhan tubuh yang pesat, perubahan bentuk tubuh, serta munculnya karakteristik seksual sekunder seperti pembesaran payudara pada perempuan, pembesaran testis dan penis pada laki-laki, serta perubahan suara dan pertumbuhan rambut di berbagai bagian tubuh. Pada perempuan, perubahan fisik meliputi pembesaran payudara, pertumbuhan rambut di area kemaluan dan ketiak, serta dimulainya menstruasi. Sementara pada laki-laki, perubahan meliputi pembesaran organ reproduksi, pertumbuhan rambut wajah, perubahan suara, dan peningkatan massa otot. Selain itu, kedua jenis kelamin mengalami peningkatan tinggi badan yang signifikan selama pubertas. Perubahan fisik ini tidak hanya berkaitan dengan pertumbuhan tubuh, tetapi juga berpengaruh pada kondisi psikologis dan emosional remaja. Pubertas dapat memengaruhi perasaan, identitas diri, serta hubungan sosial mereka. Oleh karena itu, penting bagi remaja, orang tua, dan pendidik untuk memahami proses pubertas dengan baik, agar dapat memberikan dukungan yang sesuai dan membantu remaja melewati masa transisi ini dengan lebih baik.

E. Referensi

- Biro, F. M., & Potočnik, U. (2015). The Influence of Pubertal Timing on Adolescents' Emotional and Behavioral Adjustment. *Journal of Adolescence*, 45, 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.08.005>
- Dorn, L. D., & Biro, F. M. (2015). Pubertal Timing and Its Impact on Adolescent Mental Health. *Journal of Adolescence*, 42, 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.006>
- Grumbach, M. M., & Hughes, I. A. (2017). Hormonal Control of Puberty. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(8), 572-583. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30117-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30117-1)
- Lee, J. M., & Barlow, S. E. (2017). Puberty, Hormones, and Growth in the Context of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 46(2), 317-334. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2017.02.003>
- Mendle, J., & Ferrero, J. (2018). Pubertal Timing and Adolescent Behavioral and Psychological Outcomes: A Meta-Analytic Review. *Child Development*, 89(3), 1453-1470. <https://doi.org/10.1111/cdev.12812>
- Mustanski, B., & Lanza, S. T. (2015). Adolescent Pubertal Development and Sexual Risk Behaviors: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescence*, 41, 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.003>
- Negriff, S., & Dorn, L. D. (2016). Puberty and the Development of Psychological and Physical Health. *Pediatric Clinics of North America*, 63(3), 403-414. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.01.001>
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., & Santelli, J. S. (2016). Pubertal Timing and Health Outcomes: A Focus on Global Trends and Implications for Health. *The Lancet*, 387(10031), 1589-1604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00515-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00515-8)
- Viner, R. M., & Ozer, E. M. (2017). Puberty and Health Outcomes in Adolescents. *The Lancet*, 390(10111), 1220-1231. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31274-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31274-0)
- Zhang, L., Chen, S., & Xue, Y. (2018). The Role of Pubertal Development in the Association Between Adolescent Obesity and Metabolic Syndrome. *Journal of Adolescent Health*, 63(5), 579-585. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.05.019>

CHAPTER 6

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA LAKI – LAKI: EDUKASI DAN PENCEGAHAN

Bdn. Yulita Nengsih, S.SiT., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Remaja adalah periode dalam hidup seseorang di mana mereka melakukan eksplorasi psikologis untuk menentukan identitas diri dan konsep diri mereka yang lebih berbeda. Mereka mulai mempertimbangkan diri mereka berdasarkan standar dan penilaian pribadi mereka, tetapi mereka kurang memahami perbandingan sosial. Dengan demikian, remaja memiliki ciri-ciri yang sangat berbeda, salah satunya adalah keinginan untuk meniru apa yang mereka lihat, situasi, dan lingkungan mereka. Selain itu, remaja membutuhkan kesehatan seksual, dan cara mereka memenuhi kebutuhan tersebut bervariasi (Desty Ayu, 2022). Menurut Organisasi Kesehatan dan Kesejahteraan (WHO), remaja adalah perkembangan yang dimulai dengan munculnya tanda seks sekunder dan berakhir ketika maturasi seksual dan reproduksi telah tercapai. Ini juga merupakan proses perubahan yang biasanya tergantung dalam sosiol ekonomi. Ketika masa pubertas terjadi pada seorang anak secara biologis merupakan tanda awal masa remaja. (BKKBN, 2023)

Konsep remaja laki-laki mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan perkembangan fisik, emosional, sosial, dan psikologis mereka dan juga berpengaruh kepada kesehatan reproduksinya. (Drs. E.B. Surbakti, 2019). Kesehatan reproduksi termasuk laki-laki sangat perlu diperhatikan karena masa remaja tersebut merupakan masa pematangan organ reproduksi dan perubahan fisik yang signifikan. Oleh karena itu, remaja memerlukan pendidikan tentang kesehatan reproduksi. (Ramdani, 2021)

Selama transisi dari anak-anak menuju dewasa, remaja laki-laki mengalami perubahan fisik, emosional, dan sosial. Pada usia ini, mereka mulai mencari identitas diri dan seringkali terpengaruh oleh lingkungan mereka, seperti teman sebaya dan media. Remaja laki-laki sering mengalami tekanan mental dan emosional dapat menyebabkan masalah seperti kecemasan dan depresi. Mereka cenderung melakukan hal-hal yang berbahaya, seperti penggunaan narkoba, alkohol, dan aktivitas seksual yang tidak aman dan cenderung terlibat dalam kekerasan, baik sebagai pelaku maupun korban. Membangun jaringan dukungan di komunitas, termasuk sekolah dan kelompok pemuda dapat membantu remaja dan kehamilan

tidak diinginkan. Remaja dapat menangani tantangan dengan lebih baik jika diajarkan keterampilan hidup seperti mengelola emosi, berkomunikasi dengan baik, dan membuat keputusan. Pendidikan kesehatan mental dapat membantu remaja mengenali gejala masalah dan mencari bantuan. Program yang bertujuan untuk menemukan dan mendukung remaja yang berisiko dapat menghindari masalah yang lebih serius di masa depan. Melibatkan keluarga dalam proses pencegahan dan edukasi dapat meningkatkan kinerja program. (Noor & Husnul Fatimah, 2020)

B. Pengenalan Kesehatan Reproduksi Laki - Laki

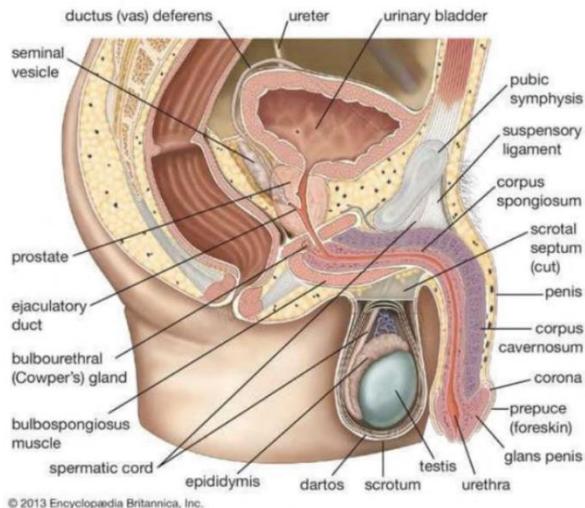
Kesehatan reproduksi laki-laki sangat penting untuk kesehatan umum secara keseluruhan yang sering kali kurang diperhatikan. Faktor utamanya adalah gender. Hal ini terkait dengan proses membuat keputusan keluarga tentang kesehatan reproduksi yang disebabkan oleh perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan. Kesehatan reproduksi tidak hanya mencakup fungsi seksual dan kesuburan, tetapi juga melibatkan kesehatan fisik dan mental yang berhubungan dengan sistem reproduksi.

Pendidikan kesehatan reproduksi sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang masalah kesehatan yang mungkin dihadapi oleh laki-laki. Program pendidikan kesehatan reproduksi dapat membantu mereka memahami pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin, praktik seksual yang aman, dan cara menjaga kesehatan reproduksi mereka sendiri. Kesehatan reproduksi pria adalah aspek penting dari kesehatan secara keseluruhan yang memerlukan perhatian lebih. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang anatomi, fisiologi, dan masalah kesehatan yang terkait, serta pentingnya pendidikan dan kesadaran, diharapkan laki-laki dapat mengambil langkah proaktif dalam menjaga kesehatan reproduksi mereka. Tidak hanya individu yang mendapat manfaat dari upaya ini, tetapi juga masyarakat secara keseluruhan karena akan menghasilkan generasi yang lebih sehat. (Brief, 2021).

C. Anatomi Dan Fisiologi Sistem Reproduksi Laki – Laki

1. Anatomi Reproduksi Laki – Laki

Beberapa organ dalam sistem reproduksi pria melakukan fungsi dan aktivitas yang terkait dengan fungsi reproduksi; fungsi endokrin, seperti menghasilkan hormon androgen; dan fungsi seksual, seperti melakukan hubungan seksual.

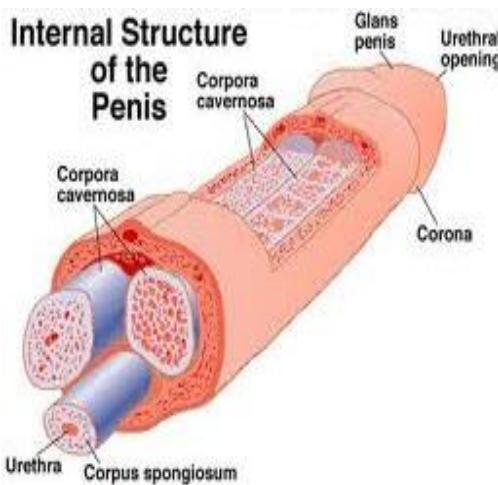


Gambar 6.1 anatomi Reproduksi Laki – Laki

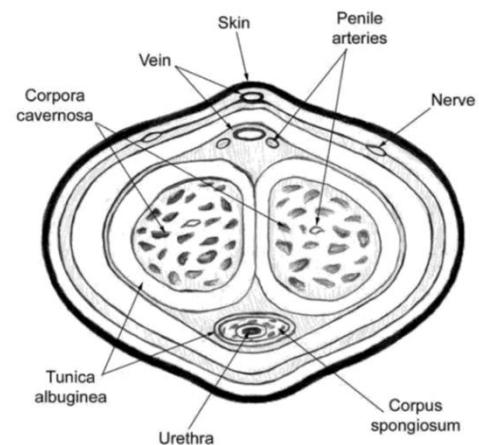
Pada umumnya, sistem reproduksi pria terdiri dari beberapa organ utama, termasuk penis, testis (termasuk skrotum yang membungkusnya), kelenjar seks asesori, yang terdiri dari kelenjar bulbouretralis, prostat, dan vesikula seminalis, serta saluran reproduksi, yang terdiri dari epididimis, vas deferens, dan uretra.

a. Penis

Penis merupakan alat kelamin luar atau organ sistem reproduksi pria dengan berbagai fungsi salah satu cara penis masuk ke dalam vagina dan di mana cairan sperma dan urin melewati uretra



Gambar 6.2 A. Penis



Gambar 6.3 B. Potong Melintang Penis

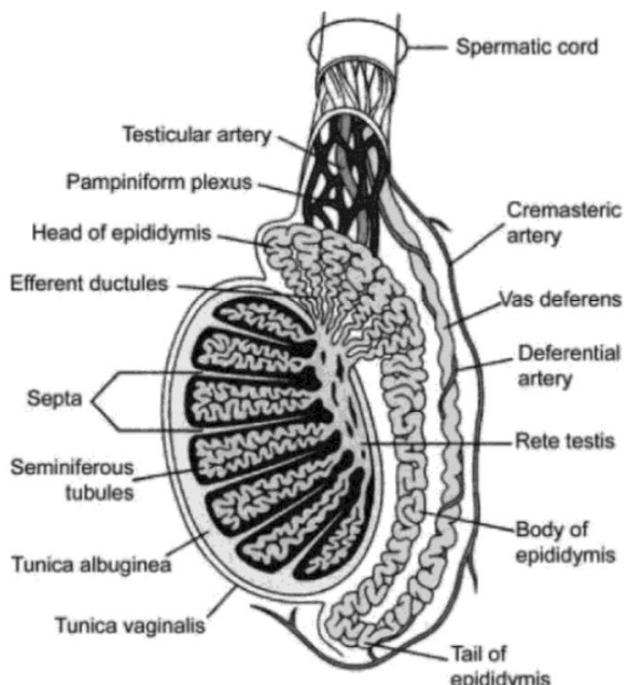
b. Skrotum

Skrotum merupakan kantung yang berisi testis yang membentuk dua bagian, kantung fibromuskular yang dibagi dengan median septum (raphe). Lapisan skrotum terhubung dengan lapisan parietal tunika vaginalis dan terdiri dari

kulit, muskulus dartos, dan beberapa fasia: spermatika eksternal, kremaster, dan spermatika internal. Banyak saraf sensorik terletak di skrotum, termasuk cabang genital saraf genitofemoral untuk permukaan anterior dan lateral skrotum, saraf ilioinguinal untuk permukaan anterior skrotum, cabang skrotum posterior dari saraf perineum untuk permukaan posterior skrotum, dan cabang perineum femoral posterior saraf kutaneus untuk permukaan inferior skrotum

c. Testis

Alat reproduksi ini berguna untuk membuat hormon ejakulasi, testosteron, dan sel gamet. Testis merupakan organ reproduksi utama pria. Dalam keadaan normal testis berada didalam di kantung skrotum kanan dan kiri. Setiap testis memiliki panjang 4-5 cm, lebar 2-3 cm, dan berat 10-14 gram. Testis tergantung di skrotum oleh muscles dartos dan korda spermatika.



Gambar 6.4 Testis dan Epididimis

d. Saluran Reproduksi

1) Epididimis

Pada reproduksi pria, sistem duktus atau saluran dimulai dengan tubulus seminiferus, yang kemudian membentuk tubulus rekti dan rete testis, dan kemudian menuju ke duktus eferen dan duktus epididimis. Epididimis dibentuk oleh duktus eferen dan duktus epididimis. Epididimis, yang terdiri dari bagian kepala, tubuh, dan ekor, terletak di sepanjang batas posterior setiap testis. Tunika vaginalis menutupi epididimis kecuali di batas posterior. Persarafan dan perdarahan epididimis mirip dengan persarafan testis.

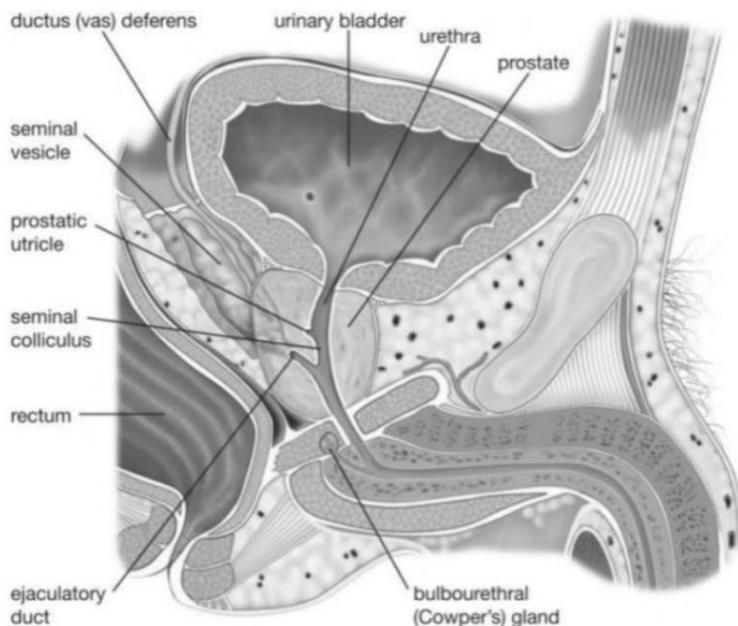
2) *Vas Deferens*

Kelanjutan dari epididimis adalah duktus deferen, yang juga dikenal sebagai vas deferens dengan panjangnya sekitar 30 hingga 45 sentimeter dan berfungsi sebagai saluran yang membawa sperma ke duktus ejakulasi.

e. Kelenjar Aksesoris

1) Kelenjar bulbouretralis atau kelenjar cowperi

Kelenjar bulbouretral yang berukuran minim dari kelenjar vesikula prostat atau seminalis, terletak di sebelah kiri pars uretra membran dan tertutup oleh sfingter uretra luar.



Gambar. Potong melintang organ reproduksi

2) Kelanjar Prostat

Salah satu zat yang dihasilkannya disebut prostaglandin karena kelenjar ini disebut prostat. Kelenjar prostat terletak di bagian proksimal dari uretra dan berbentuk oval atau ovoid. Kelenjar ini berukuran sekitar (2,5-3,0 cm) dan (4,0-4,5 cm) dan memiliki berat sekitar 20-25 gram. Vesika urinaria terletak di bagian apeks prostat, yang lebih tinggi atau di atas membran perineum. Pleksus prostat dibentuk oleh drainase vena yang kemudian memasuki vena iliaka interna, dan nodus iliaka interna menerima drainase limfistik.

3) Kelenjar vesikula seminalis

Vesikula seminalis, yang secara fisiologis berbentuk huruf V dan letaknya di antara vesika urinaria dan rektum, memiliki 2 permukaan. Permukaan anterior bersentuhan dengan dinding posterior vesika urinaria, dan

permukaan posterior bersentuhan dengan fasia rektovesikal (denonvilliers)). Pleksus vena prostat terletak di sisi lain, dan ampula duktus deferens terletak di sisi medial vesikula seminalis. Cabang arteri rektum inferior dan rektum tengah memberikan pasokan darah ke vesikula seminalis; drainase vena dan limfatis mengikuti arteri ini. Pembagian inferior pleksus hipogastrik memberikan persarafan ke vesikula seminali. (Agustinus, 2018)

2. Fisiologi Sistem Reproduksi Laki – Laki

Salah satu bagian penting dari fisiologi manusia adalah sistem reproduksi pria, yang menangani produksi hormon dan sperma seks serta memainkan peran dalam proses reproduksi. Memahami fisiologi sistem reproduksi laki-laki sangat penting untuk kesehatan masyarakat dan pendidikan seksual. Reproduksi Laki – Laki dimulai dari testis yang merupakan bagian utama sistem reproduksi laki-laki dan memproduksi sperma serta hormon testosteron yang terletak didalam skrotum namun berada di luar tubuh untuk menjaga suhu yang ideal pada saat produksi sperma, dengan adanya saluran epididimis tempat pematangan dan penyimpanan sperma sehingga Vas deferens dapat membawa sperma ke uretra yang bertugas untuk mengeluarkan sperma dari tubuh. Hal ini merupakan sistem yang kompleks dan terintegrasi, yang diperlukan untuk reproduksi. Memahami fisiologi sistem ini penting untuk kesehatan reproduksi dan pengembangan intervensi medis yang efektif. Pengetahuan tentang sistem reproduksi laki-laki juga berkontribusi pada pendidikan seksual yang lebih baik dan pemahaman tentang kesehatan pria secara keseluruhan (Rizal, Fisiologi Sistem Reproduksi Pria, 2021)

D. Edukasi Kesehatan Reproduksi Laki – Laki

1. Konsep Edukasis

Edukasi kesehatan merupakan proses penyebaran informasi dengan tujuan membuat kesadaran public akan meningkat pada kesehatan. Dalam hal ini, edukasi kesehatan mencakup tidak hanya informasi tentang penyakit dan cara mencegahnya, tetapi juga tentang gaya hidup sehat, nutrisi, dan kesehatan mental. Dengan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular dan masalah kesehatan lainnya, edukasi kesehatan menjadi semakin penting untuk mendorong masyarakat untuk menjaga kesehatan mereka. (Rima Wirenviona & Isteri Dalem C.R, 2020).

Edukasi kesehatan adalah proses mendorong individu dan masyarakat untuk memperoleh keterampilan yang berdampak pada kesehatan sehingga mereka dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka. Indonesia mendefinisikan

edukasi kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, untuk, dan bersama masyarakat agar mereka dapat membantu diri mereka sendiri dan mengembangkan kegiatan bersumber daya masyarakat yang sesuai dengan kebudayaan lokal dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. (marlina & Hetty, 2021). Edukasi kesehatan sebagai upaya sistematis untuk memberikan informasi dan keterampilan kepada individu dan komunitas agar mereka dapat membuat keputusan kesehatan yang tepat. Ini mencakup berbagai hal, seperti pengelolaan kondisi kesehatan saat ini, promosi kesehatan, dan pencegahan penyakit. Edukasi kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dalam perkembangan remaja, terutama bagi laki-laki. Pemahaman yang baik tentang kesehatan reproduksi dapat membantu remaja laki-laki untuk membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan dan hubungan interpersonal. (WHO, 2012).

2. Prinsip Edukasi

Prinsip – prinsip umum yang harus diperhatikan saat memberikan edukasi kesehatan reproduksi pada remaja antara lain : (Kurniaty Ulfah & Wiwin Widayani, SST., M.Keb, 2022)

- a. Berikan edukasi kepada semua remaja tentang pubertas. Memberi tahu remaja tentang pendidikan kesehatan berbasis keterampilan yang dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, dan perilaku kesehatan baik saat ini dan yang akan datang.
- b. Topik yang diberikan disesuaikan dengan kelompok usia dan tahapan perkembangan anak remaja. Sangat penting topik tentang pubertas diajarkan kepada remaja sebelum mereka memasuki pubertas sehingga mereka dapat mempersiapkan diri untuk mengalami perubahan tersebut. Selain itu, topik tersebut tetap diajarkan selama pubertas hingga mereka dewasa. Untuk topik yang sensitif terhadap gender, topik tersebut dapat dibahas dan dipandu oleh guru atau fasilitator berjenis kelamin yang sama dengan remaja, sementara siswa laki-laki dan perempuan dipisahkan.
- c. Memberi remaja tempat yang aman dan lingkungan sosial yang mendukung perkembangan kesehatan reproduksi dan seksual mereka. Dalam hal ini, nilainilainya termasuk menghormati, toleransi, dan penghentian kekerasan lisan dan perbuatan terhadap remaja
- d. Memberi Remaja motivasi untuk tetap terbuka saat berbicara tentang kesehatan reproduksi dan seksual. Ini akan membantu mereka menghindari untuk mencari atau mengakses informasi yang tidak dapat dipastikan benar.
- e. Menghubungkan remaja dengan layanan kesehatan, menyediakan sekolah yang peduli dengan kesehatan remaja, konseling, dan layanan gizi remaja,

termasuk sistem rujukan ke petugas layanan kesehatan, petugas perindungan anak dan remaja, dan kelompok pemuda pendukung komunitas.

- f. Adanya pendampingan dari orang tua dan atau pengasuh anak remaja yang mendidik, berbicara, mengawasi, dan mengevaluasi kesehatan reproduksi dan seksual anak remaja.

3. Tujuan Edukasi Kesehatan

Untuk meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat, edukasi kesehatan memiliki banyak tujuan. Edukasi kesehatan reproduksi yang efektif dapat mengurangi risiko perilaku yang berpotensi berbahaya, seperti hubungan seksual yang tidak aman dan penyebaran IMS. Selain itu, pemahaman yang baik tentang kesehatan reproduksi dapat meningkatkan kesehatan mental dan emosional remaja laki-laki, serta mempersiapkan mereka untuk menjadi individu yang bertanggung jawab dalam hubungan di masa depan. Berikut adalah penjelasan rinci tentang tujuan tersebut : (WHO, Health education, 2012)

- a. Meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat tentang kesehatan, penyakit, dan cara pencegahannya, serta meningkatkan kesadaran tentang penyakit dan faktor risiko yang terkait
- b. Mendorong perilaku sehat tentang pentingnya pola makan sehat, aktivitas fisik, dan kebiasaan baik lainnya dan mendorong tindakan pencegahan seperti vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin serta penggunaan alat pelindung diri.
- c. Meningkatkan keterampilan kesehatan seperti memasak makanan yang sehat, mengatasi stres, dan melakukan pertolongan pertama dalam keadaan darurat
- d. Meningkatkan akses dan prosedur untuk mendapatkan layanan kesehatan, mendorong orang untuk mendapatkan bantuan medis ketika diperlukan, dan meningkatkan kesadaran tentang hak mereka untuk mendapatkan layanan kesehatan
- e. Membangun kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan masyarakat seperti penyakit menular, kesehatan mental, dan dampak lingkungan terhadap kesehatan dan mendorong orang untuk berpartisipasi dalam program dan inisiatif kesehatan masyarakat lokal.
- f. Meningkatkan Kualitas Hidup tentang pentingnya kesehatan mental dan cara menjaga keseimbangan emosional dapat membantu mengurangi angka penyakit kronis Metode Edukasi.
- g. Mendukung kebijakan kesehatan dengan memberikan informasi yang diperlukan untuk mendukung pengambilan keputusan kebijakan kesehatan berbasis bukti, yang dapat merubah kebijakan untuk mendukung kesehatan masyarakat

- h. Meningkatkan kemandirian individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan membuat keputusan yang cerdas tentang kesehatan mereka.

4. Metode edukasi kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan individu, kelompok, dan masyarakat dididik melalui pendekatan yang dikenal sebagai metode pendidikan kesehatan. Metode dan teknik pendidikan kesehatan adalah kombinasi dari strategi, metode, dan alat bantu, atau media yang digunakan oleh individu, kelompok, atau masyarakat, terdiri dari: (Sulaeman, 2022)

a. Pendidikan kesehatan individual

Komunikasi langsung dari petugas dapat dilakukan dengan metode ini. Ini dapat dilakukan secara langsung atau melalui sarana komunikasi lainnya, seperti telepon. Metode ini paling efektif karena petugas kesehatan dan klien dapat berbicara satu sama lain dan memberikan respons secara bersamaan. SDM kesehatan dapat menggunakan alat bantu atau peraga yang sesuai saat memberikan penjelasan tentang kondisi medis klien. "Counselling" adalah pendekatan pendidikan kesehatan yang unik dan terkenal

b. Pendidikan kesehatan kelompok

asaran kelompok menggunakan metodologi dan pendekatan pendidikan kesehatan kelompok ini. Sasaran kelompok terbagi menjadi dua kelompok: kelompok kecil terdiri dari 6–15 orang dan kelompok besar terdiri dari 15 hingga 50 orang. Akibatnya, metode pendidikan kesehatan kelompok ini juga dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

- 1) Diskusi kelompok, metode brainstorming, bola salju (snowball), bermain peran (role play), dan simulasi permainan adalah beberapa metode pendidikan kesehatan kelompok kecil.
- 2) Pendidikan kesehatan untuk kelompok besar termasuk ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, lokakarya, dan sebagainya.

c. Pendidikan kesehatan public

Untuk mencapai tujuan pendidikan kesehatan masal atau publik, metode dan teknik pendidikan massa harus digunakan. Metode dan teknik pendidikan massa yang paling umum adalah sebagai berikut:

- 1) Ceramah umum, seperti di lapangan terbuka dan tempat-tempat umum.
- 2) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi. Penyampaian pesan melalui media ini dapat dirancang dalam berbagai bentuk, seperti talk show, dialog interaktif, simulasi, dan sebagainya.

- 3) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, leaflet, selebaran poster, dan sebagainya. Bentuk sajian dalam media cetak ini juga beragam, seperti artikel tanya jawab, komik,

5. Tahapan Edukasi kesehatan reproduksi Laki – Laki

Edukasi kesehatan reproduksi bagi remaja laki-laki harus dilakukan secara bertahap, dimulai dari pengenalan hingga penerapan dan refleksi. Dengan pendekatan yang tepat, remaja laki-laki dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka dan membuat keputusan yang bijak dalam kehidupan mereka (Wireviona, 2020)

a. Tahap Pengenalan (Usia 10-12 Tahun)

Memperkenalkan pemahaman dasar tentang tubuh manusia dan transformasi yang terjadi selama masa pubertas. Perubahan fisik laki-laki (seperti pertumbuhan rambut, perubahan suara, dan pertumbuhan otot) dan pemahaman tentang organ reproduksi dan fungsinya

b. Tahap Pemahaman (Usia 13-15 Tahun)

Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan bagaimana pentingnya menjaganya. Informasi tentang kesehatan seksual, termasuk IMS dan cara pencegahannya, dan pentingnya menjaga kebersihan diri dan kesehatan mental

c. Tahap Penerapan (Usia 16-18 Tahun)

Memotivasi remaja untuk menggunakan pengetahuan yang mereka pelajari dalam kehidupan sehari-hari. Diskusi tentang komunikasi dan hubungan yang sehat, instruksi tentang kontrasepsi dan perencanaan keluarga yang sehat.

d. Tahap Refleksi dan Evaluasi (Usia 18 Tahun ke Atas)

Mendorong remaja untuk merefleksikan pengetahuan dan pengalaman yang telah didapat seperti Evaluasi diri tentang keputusan yang diambil terkait kesehatan reproduksi dan Diskusi tentang tanggung jawab sosial serta etika dalam hubungan seksual

E. Pencegahan Masalah Dalam Kesehatan Reproduksi Laki – Laki

Kesehatan reproduksi remaja laki-laki sering kali terabaikan ketika berbicara tentang kesehatan masyarakat. Remaja laki-laki menghadapi banyak masalah yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi mereka, seperti risiko IMS, masalah kesehatan mental, dan perilaku berisiko. Oleh karena itu, sangat penting untuk mencegah masalah kesehatan reproduksi pada remaja laki-laki agar mereka tumbuh menjadi orang yang sehat dan bertanggung jawab. Adapun strategi dalam pencegahan masalah tersebut sebagai berikut:

1. Edukasi Kesehatan Reproduksi

Edukasi kesehatan reproduksi bagi remaja laki-laki penting untuk mencegah masalah kesehatan reproduksi dan perilaku yang tidak bertanggung jawab dengan mengetahui cara hidup sehat dapat terhindar dari pergaulan yang merugikan. Ada beberapa topik Edukasi diantaranya sebagai berikut :

a. Masalah Kesehatan Reproduksi

Masalah Kesehatan Reproduksi ini mencakup berbagai kondisi yang dapat mempengaruhi fungsi seksual, kesuburan, dan kesehatan secara umum yang disebabkan oleh gaya Hidup yang tidak sehat, stres dan Kesehatan Mental yang berkepanjangan. Adapun masalah kesehatan reproduksi diantaranya : (R & Wynda Lestari Lamaliwa, 2024)

1) Disfungsi Ereksi

Disfungsi erektil adalah ketika seseorang tidak dapat mencapai atau mempertahankan erektil yang cukup untuk melakukan hubungan seksual.

Penyebabnya dapat berupa fisik (seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung) atau psikologis (seperti stres, kecemasan, dan depresi).

2) Infertilitas

Faktor laki-laki dapat menyebabkan 40% hingga 50% kasus infertilitas pasangan. Ini termasuk masalah hormonal, gangguan genetik, infeksi, dan gaya hidup yang tidak sehat.

3) Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit ini dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi laki-laki. Infeksi ini dapat menyebabkan komplikasi serius jika tidak diobati, termasuk infertilitas dan peningkatan risiko penularan infeksi lainnya

4) Kanker Reproduksi

Kanker prostat dan kanker testis adalah dua jenis kanker yang paling umum terjadi pada laki-laki. Deteksi dini dan pengobatan yang tepat sangat penting untuk meningkatkan prognosis.

5) Gangguan Hormonal

Ketidakseimbangan hormon, seperti rendahnya kadar testosteron, dapat mempengaruhi libido, energi, dan kesehatan mental laki-laki. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor genetik, penyakit, atau gaya hidup

Kesehatan reproduksi laki-laki memerlukan perhatian yang lebih besar karena merupakan masalah penting. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang masalah ini dan upaya pencegahan dan penanganan yang tepat, kesehatan reproduksi laki-laki dapat ditingkatkan, yang akan berdampak positif pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

b. Gaya Hidup Sehat untuk Kesehatan Reproduksi

Gaya hidup sehat berperan dalam mendukung kesehatan reproduksi, baik bagi pria maupun wanita. Sehingga gaya hidup sehat yang dapat meningkatkan kesehatan reproduksi, termasuk pola makan, aktivitas fisik, manajemen stres, dan kebiasaan lainnya

1) Pola makan sehat

Untuk menjaga kesehatan reproduksi, Pola makan yang sehat dan seimbang sangat penting. Nutrisi tepat dapat memengaruhi kesuburan dan kesehatan janin diantaranya :

a) Makanan bergizi

Kesehatan reproduksi dapat ditingkatkan dengan mengonsumsi makanan bergizi yang mengandung banyak vitamin dan mineral, seperti sayuran hijau, buah-buahan, biji-bijian, dan protein tanpa lemak.

b) Asam Lemak Omega-3

Omega-3, yang dapat ditemukan dalam biji chia, kacang-kacangan, dan ikan berlemak, dapat membantu mengatur hormon dan meningkatkan kesuburan.

c) Hidrasi yang Cukup

Untuk tubuh berfungsi dengan baik, termasuk sistem reproduksi, hidrasi yang cukup penting

2) Aktifitas fisik

Aktivitas fisik sangat penting untuk menjaga kesehatan reproduksi, meningkatkan kualitas sperma, dan mengurangi kemungkinan terkena gangguan hormonal. Berikut jenis aktivitas fisik yang dianjurkan :

a) Olahraga Aerobik

Kardiovaskular dan sirkulasi darah dapat ditingkatkan dengan olahraga aerobik seperti berlari, bersepeda, dan berenang.

b) Latihan Kekuatan

Latihan kekuatan seperti angkat beban dapat meningkatkan massa otot dan tingkat testosteron.

c) Yoga dan Meditasi

Aktivitas ini tidak hanya meningkatkan fleksibilitas Anda, tetapi juga menurunkan stres dan meningkatkan kesehatan mental Anda.

d) Olahraga Tim

Kegiatan seperti sepak bola atau basket tidak hanya bermanfaat secara fisik tetapi juga sosial, yang dapat meningkatkan kesejahteraan mental (WHO, guidelines on physical activity and sedentary behaviour, 2020)

Untuk menjaga kesehatan reproduksi laki-laki, aktivitas fisik harus menjadi bagian dari rutinitas harian, olahraga dapat meningkatkan kualitas sperma, menjaga keseimbangan hormon, dan mengurangi stres.

3) Manajemen stress

Manajemen stres yang efektif sangat penting untuk menjaga kesehatan reproduksi laki-laki karena stres merupakan respons fisiologis dan psikologis terhadap tekanan, yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi laki-laki. Reaksi tubuh terhadap kesulitan atau ancaman fisik, emosional, atau psikologis dikenal sebagai stres. Stres dapat berasal dari berbagai sumber, seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, dan masalah keuangan. Dalam jangka panjang, stres dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius. (Song, 2022)

Dampak Stres pada Kesehatan Reproduksi Laki-Laki dapat mempengaruhi jumlah dan kualitas Sperma karna mengganggu produksi hormon yang diperlukan untuk spermatogenesis, dan juga dapat mengurangi libido atau keinginan seksual yang dapat berdampak pada hubungan intim. Serta Disfungsi ereksi yang merupakan masalah umum bagi pria yang hidup dalam stres jangka panjang. Selain itu masalah kesehatan Mental seperti depresi dan kecemasan dapat disebabkan oleh stres yang berkepanjangan, yang juga berdampak pada kesehatan reproduksi. (Pasaribu, 2024)

Strategi manajemen dapat melakukan Aktivitas fisik yang membantu mengurangi stres dengan meningkatkan produksi endorfin sebagai penghilang rasa sakit alami, meditasi dan Relaksasi dapat membantu menenangkan pikiran dan mengurangi tingkat stres, dukungan Sosial dengan teman atau keluarga tentang masalah yang dihadapi dapat membantu mengurangi beban emosional dan Konsultasi profesional dengan psikolog atau konselor dapat membantu individu mengatasi stres dengan lebih efektif. (Harsita, 2023)

4) Kebiasaan sehat lainnya

Selain pola makan, aktivitas fisik, dan manajemen stres, beberapa kebiasaan sehat lainnya juga penting untuk kesehatan reproduksi:

a) Menghindari Zat Berbahaya

Mengurangi atau menghindari konsumsi alkohol, rokok, dan obat-obatan terlarang dapat meningkatkan kesehatan reproduksi.

b) Pemeriksaan Kesehatan sesuai jadwal

Melakukan pemeriksaan rutin dapat membantu menemukan masalah kesehatan reproduksi lebih awal.

c) Edukasi dan Kesadaran

Meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan cara menjaga kesehatan dapat membantu individu membuat keputusan yang lebih baik.

Gaya hidup sehat sangat penting untuk kesehatan reproduksi. Orang dapat meningkatkan kesehatan reproduksi dengan menjalani gaya hidup sehat, mengelola stres, berolahraga secara teratur, dan menghindari kebiasaan buruk. Dapat menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi bagi semua orang dengan bekerja sama.

c. Kesehatan Mental dan Emosional

Kesehatan mental dan emosional sangat penting untuk kesehatan reproduksi, terutama pada remaja laki-laki karena mereka mengalami banyak perubahan fisik, emosional, dan sosial selama masa remaja, yang berdampak pada kesehatan mental. Kesehatan reproduksi yang baik tidak hanya mencakup kesehatan fisik, tetapi juga kesehatan mental dan emosional yang membantu Anda berperilaku dengan baik dan membuat keputusan yang sehat. Kesehatan mental keadaan ketika seseorang memiliki kesadaran akan potensi mereka. Remaja laki-laki yang memiliki kesehatan mental yang baik cenderung lebih mampu mengatasi tantangan dan tekanan selama masa transisi ini, memiliki hubungan yang lebih baik, lebih mampu mengatasi stres, dan lebih sedikit terlibat dalam perilaku berisiko. (Desta & Elvi Febri, 2024)

Kesehatan mental dan emosional sangat penting untuk kesehatan reproduksi remaja laki-laki. Kita dapat membuat rencana yang berguna untuk mendukung kesehatan remaja secara keseluruhan dengan memahami bagaimana kedua elemen ini berhubungan satu sama lain.

d. Kesehatan Seksual

Kesehatan seksual didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai keadaan kesejahteraan fisik, emosional, mental, dan sosial yang berkaitan dengan seksualitas. Ini mencakup hak untuk memiliki pengalaman seksual yang aman dan memuaskan, serta akses terhadap informasi dan layanan kesehatan yang berkualitas. Kesehatan reproduksi bergantung pada kesehatan seksual yang mencakup aspek fisik, emosional, mental, dan sosial yang berkaitan dengan fungsi seksual dan reproduksi. Dalam hal kesehatan reproduksi laki-laki, kesehatan seksual mencakup pemahaman tentang fungsi seksual, risiko PMS, dan pentingnya kesehatan mental dan emosional saat berhubungan seksual. Remaja laki-laki sering kali terpapar pada risiko kesehatan seksual, seperti PMS dan kehamilan yang tidak diinginkan. Pengetahuan yang kurang tentang penggunaan kondom dan metode

kontrasepsi lainnya dapat meningkatkan risiko ini. Pendidikan seksual yang komprehensif memberikan informasi yang akurat tentang dalam kesehatan seksual dan reproduksi. Ini mencakup pengetahuan tentang anatomi, fungsi reproduksi, kontrasepsi, dan pencegahan penyakit menular seksual (PMS). (UNFPA, 2014)

Kesehatan seksual merupakan komponen penting dari kesehatan reproduksi remaja laki-laki. Dengan memberikan pendidikan yang tepat, mengurangi stigma, dan meningkatkan akses ke layanan kesehatan, kita dapat membantu remaja laki-laki untuk mengembangkan pemahaman yang sehat tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi mereka. Strategi ini akan meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan

e. Edukasi dan Kesadaran

- 1) Pentingnya edukasi kesehatan reproduksi di kalangan remaja.

Bagi remaja edukasi kesehatan reproduksi sangat penting karena dapat membantu mereka menghindari penyakit menular seksual dan kehamilan di usia dini, membangun kebiasaan sehat seperti menjaga kebersihan, membangun hubungan yang sehat, dan menjadi orang yang bertanggung jawab. Dengan pendekatan yang tepat, termasuk penggunaan berbagai metode edukasi dan mengatasi tantangan yang ada, kita dapat menciptakan generasi remaja yang lebih sehat dan bertanggung jawab. Oleh karena itu, Sekolah, orang tua, dan masyarakat harus bekerja sama satu sama lain untuk mendukung upaya ini. (Yati, 2024)

- 2) Sumber daya dan layanan kesehatan yang tersedia.

Sumber Daya Kesehatan Reproduksi berupa Materi Edukasi dalam bentuk Buku, pamflet, dan materi audiovisual yang menyediakan informasi tentang kesehatan reproduksi dan sumber daya online seperti situs web serta aplikasi mobile yang menawarkan informasi terkini dan interaktif selain itu program pelatihan untuk tenaga kesehatan dan pendidik yang berfokus pada penyampaian informasi kesehatan reproduksi dan workshop untuk remaja dan orang tua mengenai isu-isu kesehatan reproduksi. (Mailan, 2018)

- 3) Cara meningkatkan kesadaran tentang kesehatan reproduksi

Untuk memastikan bahwa orang, terutama remaja dan wanita, memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang sehat, sangat penting untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa cara untuk meningkatkan kesadaran tersebut: (Emilia & Supriyati, 2019)

- a) Edukasi dan Pelatihan

Mengintegrasikan pendidikan kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum sekolah dari usia dini.

b) Workshop dan Seminar

Mengadakan acara yang melibatkan ahli kesehatan untuk memberikan informasi yang akurat dan terkini.

c) Kampanye Kesadaran

Dapat dilakukan dengan menggunakan platform media sosial untuk menyebarkan informasi dan mengedukasi masyarakat tentang isu-isu kesehatan reproduksi dan mendistribusikan materi cetak berupa poster di tempat-tempat umum seperti sekolah, klinik, dan pusat komunitas.

d) Akses ke Layanan Kesehatan

Memastikan akses yang mudah ke layanan kesehatan reproduksi, termasuk pemeriksaan kesehatan, konseling, dan layanan kontrasepsi dan mendirikan klinik kesehatan reproduksi di komunitas untuk memberikan layanan dan informasi langsung.

e) Keterlibatan Komunitas

Membentuk kelompok diskusi di komunitas untuk membahas isu-isu kesehatan reproduksi secara terbuka dan mengajak tokoh masyarakat untuk berperan aktif dalam menyebarkan informasi dan mendukung program kesehatan reproduksi.

f) Keterlibatan keluarga dan teman sebaya

Keterlibatan keluarga dan teman sebaya sangat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi remaja, terutama terkait perilaku seksual yang berisiko. Keluarga merupakan tempat pertama dan terpenting dalam hubungan manusia. Dengan mengadakan pendidikan seks yang terbuka, orang tua dapat meningkatkan kesadaran remaja mereka tentang kesehatan reproduksi. Sedangkan Peran teman sebaya dapat berfungsi sebagai model perilaku yang mempengaruhi perilaku seksual remaja. Remaja yang memiliki teman sebaya yang berperilaku negatif berpeluang lebih besar untuk berperilaku seksual berisiko.

g) Penggunaan Teknologi

Mengembangkan aplikasi yang menyediakan informasi tentang kesehatan reproduksi, siklus menstruasi, dan kontrasepsi dan mengadakan sesi online untuk mendiskusikan topik-topik kesehatan reproduksi dengan para ahli.

h) Kampanye Anti-Stigma

Mendorong dialog terbuka untuk mengurangi stigma seputar kesehatan reproduksi, termasuk isu-isu seperti menstruasi, kehamilan tidak

direncanakan, dan penyakit menular seksual dan menggunakan cerita pribadi untuk menunjukkan pentingnya kesehatan reproduksi dan menginspirasi orang lain untuk berbicara.

i) Kolaborasi dengan Organisasi

Bekerja sama dengan organisasi non-pemerintah yang fokus pada kesehatan reproduksi untuk memperluas jangkauan program.

Pencegahan masalah dalam kesehatan reproduksi remaja laki-laki memerlukan pendekatan yang holistik dan terintegrasi. Kita dapat membantu remaja laki-laki menghindari masalah kesehatan reproduksi dan meningkatkan kesejahteraan mereka secara keseluruhan dengan meningkatkan pendidikan, kesadaran, dan akses ke layanan kesehatan. Sekolah, keluarga, dan masyarakat harus bekerja sama.

F. Kesimpulan

Edukasi kesehatan reproduksi bagi remaja laki-laki penting untuk mencegah perilaku berisiko dan menjaga kesehatan organ reproduksi. Dengan adanya pengetahuan yang tepat remaja mengetahui informasi yang benar tentang proses reproduksi, fungsi dan penyakit menular seksual. Menjaga kebersihan, menghindari perilaku berisiko, berkomunikasi baik serta adanya peran orang tua dan guru merupakan cara melakukan pencegahan dalam kesehatan reproduksi.

G. Referensi

- Desta Ayu, C. (2022). Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- BKKBN. (2023). Ketahanan Operasional Keluarga Berbasis Kelompok D Kampung KB. Jakarta Timur: BKKBN.
- Ramdani, M. (2021). Remaja dalam Bingkai Kesehatan Reproduksi . Padang: Universitas Andalas.
- Drs. E.B. Surbakti, M. (2019). Kenali Remaja Anak Anda. Jakarta: PT. Gramedia Jakarta.
- Noor, M. S., & Husnul Fatimah, M. V. (2020). BUKU PANDUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA. Yogyakarta: CV Mine.
- Kurniaty Ulfah, S. M., & Wiwin Widayani, SST., M.Keb. (2022). Edukasi Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Pada Remaja Tunanetra. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Rima Wirenviona, A., & Isteri Dalem C.R, R. (2020). Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Surabaya: Airlangga University Press.

- marlina, H., & Hetty, H. H. (2021). PROGRAM EDUKASI KESEHATAN; UPAYA PREVENTIF TERHADAP PENULARAN COVID-19 DI SMA NEGERI 2 SIAK HULU PROVINSI RIAU. Jakarta: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusa Mandiri.
- WHO. (2012). ealth Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Regional Office for the Eastern Mediterranean: World Health Organization.
- Sulaeman, E. S. (2022). Pendidikan dan promosi kesehatanm: Teori dan implementasi di Indonesia. Sleman, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- WHO. (2012). Health education. Regional Office for the Eastern Mediterranean: World Health Organization.
- Wirenviona, R. (2020). Edukasi kesehatan remaja. Surabaya: Airlangga University Press.
- Rizal, D. M. (2021). Fisiologi Sistem Reproduksi Pria. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Rizal, D. M. (2021). Fisiologi Sistem Reproduksi Pria. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Rizal, D. M. (2021). Fisiologi Sistem Reproduksi Pria. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Agustinus. (2018). Biologi Reproduksi Pria. Surabaya: Airlangga University Press.
- Ugoji, F. N. (2011). Romanticism and Gender Identity as Predictors of Sexual Behaviours among Undergraduate Students in a Nigerian University. Journal of Social Science.
- Indonesia, G. E. (2020). Pendidikan Kesehatan Reproduksi Menyeluruh untuk Mendorong Kesetaraan Serta Kesejahteraan Laki-laki dan Perempuan. Policy Brief.
- Indonesia, G. E. (2020, July). Pendidikan Kesehatan Reproduksi Menyeluruh untuk Mendorong Kesetaraan Serta Kesejahteraan Laki-laki dan Perempuan. Policy Brief.
- Brief, P. (2021). Pendidikan Kesehatan Reproduksi Menyeluruh untuk Mendorong Kesetaraan Serta Kesejahteraan Laki-laki dan Perempuan. Global Early Adolescent Study (GEAS) Indonesia.
- R, B. S., & Wynda Lestari Lamaliwa, N. M. (2024). Kesehatan Reproduksi Remaja, Pranikah Dan Pra Konsepsi. Sukoharjo: Pradina Pustaka.
- WHO. (2020). guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.

- Song, A. M. (2022). Hubungan Stres Psikologis dengan Jenis Kelamin pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara Angkatan 2020. *Jurnal Kesehatan dan Kedokteran Tarumanegara*.
- Pasaribu, S. B. (2024). DAMPAK STRESS KERJA DAN CARA MENGATASINYA TERHADAP KINERJA KARYAWAN. *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran*.
- Harsita, R. A. (2023). Penerapan Manajemen Stress Untuk Mengelola Stress. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lmapung*.
- Desta, S., & Elvi Febri, S. S. (2024). Kesehatan Reproduksi. Bandung: Kaizen Media Publishing.
- UNFPA. (2014, November). UNFPA's State of World Population 2014 report.
- Yati, D. (2024). Strategi efektif edukasi kesehatan reproduksi remaja. Bantul: CV Mitra Edukasi Negri.
- Mailan, N. (2018). Kesehatan Reproduksi Remaja. Malang: Wineka Media.
- Emilia, O., & Supriyati, O. Y. (2019). Promosi kesehatan dalam lingkup kesehatan reproduksi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

CHAPTER 7

PERENCANAAN KELUARGA UNTUK REMAJA: KONTRASEPSI DAN EDUKASI

Nina Hidayatunnikmah, S.Keb., Bd. M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Secara umum, kecuali sterilisasi pria dan wanita, semua metode kontrasepsi yang sesuai untuk orang dewasa yang sehat juga berpotensi sesuai untuk remaja pascapubertas yang sehat. Setelah pubertas tercapai, metode yang aman secara fisiologis untuk orang dewasa juga aman secara fisiologis untuk remaja. Namun, seperti halnya orang dewasa, pengambilan keputusan kontrasepsi yang terinformasi memerlukan pertimbangan lebih dari sekadar keamanan medis. Sebelum membahas pilihan kontrasepsi, remaja harus diberi kesempatan untuk mengungkapkan kebutuhan mereka dan memutuskan secara bebas apakah mereka ingin melindungi diri dari kehamilan atau perlu melindungi diri dari IMS/HIV. Setelah keputusan dibuat untuk suatu perlindungan, remaja yang aktif secara seksual harus diberikan pilihan yang, jika digunakan secara konsisten dan benar, akan mencegah kehamilan dan, tergantung pada keadaan individu, hal tersebut dapat mencegah penyakit menular seksual. Dialog konseling antara remaja dan anggota tim perawatan kesehatan harus disusun untuk membantu remaja dalam membuat keputusan yang terinformasi, sukarela, dan sesuai dengan keadaan khusus remaja. Saat memilih metode, setiap remaja harus mempertimbangkan sifat hubungan seksualnya, perilaku seksual yang dilakukan, frekuensi hubungan seksual, risiko IMS/HIV, kemanjuran metode, kemampuan untuk mematuhi penggunaan, kemampuan untuk menoleransi efek samping, layanan yang tersedia, biaya, kemudahan, keyakinan agama, sikap pasangan, dan faktor pribadi tambahan yang dapat memengaruhi keputusan dan kepatuhan terhadap metode kontrasepsi yang digunakan. Jika aktivitas seksual jarang terjadi atau jika kemungkinan memiliki banyak pasangan, kondom mungkin menjadi pilihan prioritas. Pil kontrasepsi darurat merupakan pilihan jika kondom robek, terlepas, atau penyebab lain dari hubungan seksual tanpa pengaman. Remaja yang sering melakukan hubungan seksual dapat memilih metode kontrasepsi untuk melindungi dari kehamilan, tetapi tetap memerlukan penggunaan kondom rutin untuk pencegahan IMS/HIV. Generalisasi ini, meskipun berasal dari *evidence* berbasis populasi tentang perilaku seksual remaja, tidak menghalangi dialog antara klien dan penyedia layanan yang

secara khusus berupaya untuk mengeksplorasi keadaan pribadi remaja, dan keinginan mereka mengenai pencegahan kehamilan, rencana kesuburan di masa depan, dan perlindungan kesehatan pribadi.

B. Kontrasepsi: Perencanaan Keluarga untuk Remaja

Metode kontrasepsi yang dapat digunakan oleh remaja adalah metode

- Perlindungan ganda dan penggunaan metode ganda
- Metode barier
- Kontrasepsi Darurat
- Kontrasepsi oral kombinasi – Dosis Rendah
- Kontrasepsi suntik Kombinasi
- Pil progestin
- Injeksi progestin
- Implan progesteron
- AKDR
- Metode alamiah
- Metode amenore laktasi
- Withdrawal
- Sterilisasi wanita dan laki-laki (sangat jarang digunakan)

1. Metode Perlindungan Ganda dan Penggunaan Metode Ganda

Ada dua pendekatan (selain pantang) untuk perlindungan simultan terhadap kehamilan dan IMS. Salah satu pendekatan adalah penggunaan kondom secara eksklusif untuk memberikan "perlindungan ganda". Namun, untuk memastikan bekerjanya kontrasepsi yang maksimal, penggunaan kondom juga memerlukan kemauan dan kemampuan untuk menggunakan kontrasepsi darurat jika kondom terlepas, rusak, atau tidak digunakan. Sebagai alternatif, remaja dan orang dewasa dapat mempraktikkan "penggunaan metode ganda", yang melibatkan selalu menggunakan kondom ditambah metode lain yang memiliki tingkat kegagalan penggunaan kontrasepsi yang lebih rendah. Tidak ada penelitian klinis yang ketat yang tersedia tentang pertimbangan pemberian layanan dan tingkat efektivitas umum penggunaan metode ganda. Sebuah penelitian di Amerika melaporkan bahwa hanya 7% remaja perempuan yang aktif secara seksual dan 5% remaja laki-laki yang aktif secara seksual melaporkan telah menggunakan kondom secara bersamaan dengan metode lain (Santelli et al., 1997). Studi lain menunjukkan bahwa penggunaan metode ganda oleh remaja dapat membaik jika penyedia layanan menyesuaikan konseling dengan risiko IMS dan kehamilan pada remaja, dan jika penyedia layanan menangani pencegahan keduanya sebagai keputusan yang berbeda tetapi terkait (Otta et al., 2002).

Sebagian besar rekomendasi penggunaan metode ganda didasarkan pada teori dan ekstrapolasi dari penelitian pencegahan HIV/AIDS dan kontrasepsi.

2. Metode Penghalang atau Barier

a. Jenis yang tersedia

Metode penghalang meliputi busa spermisida, jeli, krim, film, dan suppositoria; kondom pria; kondom wanita; diafragma; spons kontrasepsi, dan *cup* serviks. Kecuali diafragma dan *cup* serviks, semua metode ini umumnya tersedia secara bebas, dan dapat diperoleh dari petugas distribusi berbasis masyarakat . Metode ini mencegah kehamilan melalui penyediaan penghalang/*barier* fisik dan/atau kimia terhadap sperma. Aspek praktis penting dari penggunaan semua metode penghalang adalah apakah metode tersebut memberikan perlindungan simultan terhadap kehamilan dan IMS (perlindungan ganda). Keuntungan penting dalam perlindungan simultan saat ini hanya berlaku untuk kondom, dan bukti efektivitas kondom dalam mencegah infeksi HIV dan IMS lainnya jauh lebih besar untuk kondom pria daripada kondom wanita. Selain itu, tingkat efektivitas penggunaan umum untuk pencegahan kehamilan lebih besar pada kondom pria. Tingkat kehamilan dengan penggunaan kondom pria yang umum mendekati 2–3% dalam 12 bulan pertama penggunaan pada pasangan dewasa yang sangat termotivasi dalam menggunakan kondom (Hatcher et al., 1998). Untuk semua metode penghalang, efektivitas penggunaan cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Mengingat sifat sementara dari banyak hubungan remaja dan kemungkinan besar memiliki banyak pasangan seksual sebelum menikah (Alan Guttmacher Institute, 1999; Santelli et al., 1998), kondom adalah satu-satunya pilihan perlindungan terbaik bagi banyak remaja. Namun, tingkat kegagalan metode penghalang lebih tinggi pada remaja daripada pada orang dewasa. Selain itu, tingkat kelanjutan metode penghalang biasanya rendah di antara remaja (Hatcher et al., 1998; Speroff & Darney, 1996; Goldman et al., 1985; Kulig, 1989). Oleh karena itu, sebelum merekomendasikan metode apa pun kepada remaja, setiap metode perlu dinilai berdasarkan manfaatnya sendiri serta terhadap kebutuhan remaja. Selain itu, penyediaan kontrasepsi darurat di muka mungkin sangat berguna dalam membantu mencegah kehamilan jika terjadi penggunaan yang tidak konsisten atau kegagalan metode seperti kondom tergelincir atau rusak. Selain itu, jika metode penghalang selain kondom pria atau wanita digunakan, pasangan remaja juga harus didorong untuk menggunakan kondom pria secara bersamaan untuk perlindungan IMS. Kerugian utama metode penghalang adalah metode tersebut berhubungan dengan hubungan seksual dan mengharuskan

pengguna merasa nyaman/akrab dengan alat kelaminnya. Selain itu, diperlukan rasa percaya diri untuk membeli/memperoleh kondom, terutama dalam situasi yang dijual bebas. Remaja yang alergi terhadap komponen material atau tidak mampu menggunakan metode ini secara konsisten dan benar, bukanlah calon yang cocok untuk menggunakan metode penghalang.

b. Efektifitas

Meskipun kondom pria terbuat dari berbagai bahan dan membran, hanya kondom lateks, dan mungkin poliuretan dan Tactylon® (lateks sintetis) yang efektif dalam mengurangi penularan IMS (Donovan, 1996; Lytle et al., 1997; Bounds, 1997). Meskipun penelitian laboratorium menunjukkan bahwa kondom lateks tidak dapat ditembus oleh patogen IMS, data epidemiologi yang dipublikasikan belum cukup untuk menarik kesimpulan pasti tentang efektivitas kondom lateks pria dalam mengurangi risiko penularan HPV, klamidia, atau penyakit ulseratif genital (Lytle et al., 1997; Lytle et al., 1999, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2000). Berbeda dengan kelemahan studi epidemiologi dan klinis tentang penyakit ulseratif genital, klamidia, dan penularan HPV, studi tentang penularan HIV membuktikan bahwa penggunaan kondom pria yang konsisten dan benar sangat efektif dalam mencegah penularan HIV kepada pria dan wanita (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2000; Davis & Weller, 1999). Demikian pula, terdapat data epidemiologi yang konsisten dan kuat untuk mendukung efektivitas penggunaan kondom dalam pengurangan penularan gonore (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2000; Barlow, 1977; Pemberton et al., 1972; Schwartz et al., 1997).

Penggunaan kondom lateks pria dengan benar dan konsisten, tingkat kegalannya dapat mencapai tiga kehamilan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan. Untuk penggunaan umum, tingkat kegagalan biasanya ditetapkan sebesar 14%. Beberapa produk kondom lateks dilumasi dengan spermisida (paling umum nonoxynol9) yang meningkatkan efektivitas kontrasepsi.

Penggunaan kondom yang benar dan konsisten, tingkat kegagalan kondom wanita diperkirakan serendah 5,1% (Trussell et al., 1994). Akan tetapi, efektivitas kontrasepsinya biasanya sebanding dengan diafragma dan tutup serviks, yang mungkin memiliki tingkat kegagalan penggunaan tipikal yang tinggi. Ketika diafragma yang dikombinasikan dengan spermisida digunakan dengan benar dan konsisten, tingkat kegagalan pada penggunaan satu tahun dapat mencapai serendah 6%. Untuk penggunaan tipikal, tingkatnya adalah 20% (Hatcher et al., 1998; Speroff & Darney, 1996). Tidak terlihat jelas

sejauhmana diafragma, ketika digunakan dengan spermisida, memberikan perlindungan terhadap IMS.

Penggunaan cup serviks yang sempurna, tingkat kegagalan penggunaannya selama satu tahun adalah 9% untuk wanita nulipara dan 26% untuk wanita yang telah melahirkan, sementara tingkat kegagalan tipikal mencapai 40% (Hatcher et al., 1998). Meskipun tidak ada kontraindikasi untuk penggunaan cup serviks pada remaja, pemasangannya (oleh penyedia layanan) dan penggunaannya (oleh klien) bermasalah bahkan bagi banyak orang dewasa. Akibatnya, hanya sedikit remaja yang menjadi kandidat yang baik untuk metode ini. Spons kontrasepsi juga dikaitkan dengan tingkat kegagalan penggunaan sempurna dan tipikal yang sama tingginya dalam satu tahun, dan meskipun tersedia secara bebas, memerlukan kenyamanan yang cukup pada alat kelamin untuk memastikan penggunaan yang benar (Hatcher et al., 1998). Karena alasan ini, hanya sedikit remaja yang mungkin menjadi kandidat yang baik. Seperti dalam kasus penggunaan diafragma, tingkat perlindungan yang diberikan oleh cup serviks dan spons kontrasepsi dari IMS (terutama IMS virus) tidak jelas.

Tidak terdapat data yang dapat diandalkan tentang efektivitas spermisida yang digunakan sendiri untuk pencegahan kehamilan, baik pada orang dewasa maupun remaja. Beberapa angka yang sering dikutip untuk penggunaan yang benar dan konsisten serta untuk penggunaan yang umum adalah 6% dan 26%, masing-masing (Hatcher et al., 1998). Namun, penelitian terkini menemukan tingkat kegagalan lebih dari 40% (Raymond & Dominik, 1999). Dengan demikian, remaja harus didorong untuk menggunakan metode kontrasepsi yang lebih efektif daripada spermisida saja. Dengan mekanisme yang sama yang aktif terhadap sperma, spermisida juga telah terbukti efektif terhadap bakteri dan virus secara *in vitro* dan secara teoritis dapat memberikan perlindungan terhadap IMS (Hatcher et al., 1998; Speroff & Darney, 1996; Cook & Rosenberg, 1998). Spermisida yang mengandung nonoxynol-9 tampaknya tidak melindungi terhadap infeksi klamidia atau gonore (Roddy et al., 2002). Selain itu, penggunaan spermisida yang mengandung nonoxynol oleh pekerja seks komersial telah dikaitkan dengan kerusakan pada permukaan mukosa vagina dan peningkatan risiko penularan HIV (Roddy et al., 1998; Van Damme et al., 2000). Wanita yang berisiko tinggi terinfeksi HIV harus menghindari spermisida yang mengandung nonoxynol-9, kondom dan diafragma berpelumas nonoxynol-9, dan cup serviks yang ditambahkan nonoxynol-9. Efektivitas kontrasepsi diafragma dan cup serviks tanpa nonoxynol-9 belum

diteliti secara memadai dan harus diasumsikan lebih rendah daripada diafragma dan tutup serviks dengan nonoxynol-9.

c. Efek samping

Iritasi vagina telah dilaporkan sebagai akibat dari penggunaan spermisida yang sering (beberapa kali sehari) yang mana akan menghilang setelah penghentian penggunaan spermisida (Roddy et al., 1993). Peningkatan risiko infeksi saluran kemih telah dilaporkan dengan penggunaan diafragma (Hooton et al., 1991)

d. Keamanan dan Keuntungan Jangka Panjang

Selain meningkatkan kerentanan terhadap HIV di kalangan wanita yang sering melakukan hubungan seksual yang menggunakan nonoxynol-9, spermisida dapat menyebabkan perubahan flora vagina yang menyebabkan vaginosis bakterial dan kemungkinan infeksi saluran kemih (Hooton et al., 1991). Kondom pria terbukti melindungi terhadap infeksi HIV dan beberapa IMS lainnya, dan kondom wanita juga diharapkan dapat memberikan perlindungan. Diafragma dapat mengurangi risiko beberapa IMS (Kost et al., 1991). Penggunaan semua metode penghalang mekanis secara konsisten dapat mengurangi risiko infertilitas akibat IMS

e. Kriteria Kelayakan Medis

Satu-satunya kondisi di mana penggunaan metode penghalang/ barier tidak direkomendasikan adalah adanya alergi terhadap bahan komponen (lateks, poliuretan atau Tactylon®) atau riwayat sindrom syok toksik selama penggunaan diafragma

f. Prosedur yang diperlukan untuk Inisiasi

Konseling adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk inisiasi penggunaan kondom. Pemeriksaan panggul dan kepatuhan terhadap praktik pencegahan infeksi selama prosedur pemasangan diperlukan sebelum penggunaan diafragma dan cup serviks.

e. Konseling

Capukap Area utama yang akan diberikan selama konseling meliputi:

- 1) Jenis kondom pria yang akan digunakan (lateks, poliuretan, atau Tactylon®)
- 2) Perlunya penggunaan yang benar dan konsisten untuk mendapatkan perlindungan yang cukup terhadap kehamilan dan IMS
- 3) Instruksi yang dirinci secara eksplisit mengenai penempatan/penggunaan kondom pria, kondom wanita, dan semua metode penghalang lainnya yang benar
- 4) Perlindungan ganda dan penggunaan metode ganda.
- 5) Ketangkasan dan koordinasi manual diperlukan untuk penempatan diafragma, cup serviks, dan spons kontrasepsi yang benar.

- 6) Perangkat ini tidak boleh digunakan oleh mereka yang tidak dapat menunjukkan kemampuan untuk penempatan yang benar.

f. Pilihan penyedia

Salah satu keuntungan utama penggunaan kondom pria adalah mudah diakses oleh remaja. Berbagai pilihan harus tersedia untuk menyediakan kondom dengan mudah dan murah bagi remaja, termasuk melalui pemasaran sosial, pekerja yang terlibat dalam distribusi berbasis masyarakat, dan penyediaan oleh remaja lainnya.

3. Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat (KD) adalah penggunaan regimen kontrasepsi darurat dalam beberapa hari pertama setelah hubungan seksual tanpa kondom, untuk mencegah kehamilan.

a. Jenis yang tersedia

Tersedia tiga jenis Kontrasepsi Darurat, yaitu:

- 1) Kontrasepsi oral kombinasi (KOK) dengan dosis lebih tinggi daripada yang digunakan untuk kontrasepsi berkelanjutan
- 2) Pil progestogen saja dengan dosis lebih tinggi daripada yang digunakan untuk kontrasepsi berkelanjutan
- 3) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) tembaga.

Dua regimen pertama disebut pil kontrasepsi darurat (KD). Pendekatan ini memerlukan dua dosis kontrasepsi darurat yang setara, dengan jarak 12 jam, sebaiknya dalam waktu 72 jam setelah hubungan seksual tanpa kondom. Setiap dosis kontrasepsi darurat harus mengandung setidaknya 100 µg EE dan setidaknya 300 µg levonorgestrel (LNG).

Setiap dosis pil progesteron harus mengandung 750 µg levonorgestrel. Ada pil yang dikemas khusus untuk kontrasepsi darurat; Namun, pil levonorgestrel yang umum tersedia untuk kontrasepsi berkelanjutan juga dapat digunakan untuk tujuan ini. AKDR tembaga yang dimasukkan dalam waktu lima hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman merupakan pilihan lain untuk kontrasepsi darurat. Dalam kasus di mana seorang remaja berisiko rendah terkena IMS dan menginginkan metode kontrasepsi jangka panjang, ini mungkin merupakan pilihan kontrasepsi darurat yang tepat. Dalam kebanyakan situasi, karena persyaratan kelayakan untuk AKDR.

b. Efektivitas

Efektivitas pil kontrasepsi darurat diperkirakan dengan membandingkan jumlah kehamilan yang diharapkan terjadi jika tidak ada metode yang digunakan dengan jumlah kehamilan aktual yang terjadi setelah penggunaan pil kontrasepsi darurat. Diperkirakan bahwa 8 dari 100 wanita akan hamil jika

masing-masing melakukan hubungan seksual tanpa pengaman pada minggu kedua atau ketiga siklus menstruasi. Penelitian terkini telah menunjukkan bahwa jika digunakan dengan benar, pil kontrasepsi darurat dapat mencegah 75% dan Pil progesteron mencegah 85% kehamilan yang diharapkan (Barfai, 2000; Trussell & Raymond, 1999; Glasier, 1997; WHO, 1998a; ACOG Practice Bulletin, 2002; Trussell et al., 1996; Creinin, 1997). Efektivitas pil kontrasepsi darurat sangat dipengaruhi oleh waktu yang berlalu setelah hubungan seksual sebelum menggunakan metode tersebut; kontrasepsi darurat lebih efektif jika digunakan lebih awal setelah hubungan seksual tanpa kondom (WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation, 1998). IUD yang mengandung tembaga merupakan bentuk kontrasepsi darurat yang paling efektif. Jika dipasang dalam waktu lima hari setelah hubungan seksual tanpa kondom, 99% kehamilan yang diharapkan dapat dicegah (Glasier, 1997; Trussell & Ellertson, 1995). Namun, risiko IMS dan keinginan untuk menghindari penggunaan IUD dalam jangka panjang merupakan dua alasan yang membatasi penggunaan IUD yang mengandung tembaga pada sebagian besar remaja.

c. Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja pascakoitus yang tepat dari pil kontrasepsi darurat dan IUD yang mengandung tembaga belum banyak diketahui. Dalam kasus pil kontrasepsi darurat, mekanismenya juga dapat bervariasi menurut titik dalam siklus menstruasi saat pil tersebut digunakan. Efek utamanya adalah penghambatan atau penundaan ovulasi (Swahn et al., 1996) tetapi ada kemungkinan juga bahwa pil kontrasepsi darurat dan IUD dapat memiliki efek pada saluran genital yang memengaruhi kelangsungan hidup atau motilitas sperma dan fungsi transportasi tuba fallopi, atau mencegah pembuahan (DeJonge, 1998; Brucker & Lipford, 1995). Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa ketika ovulasi terjadi, penggunaan pil kontrasepsi darurat menyebabkan korpus luteum tidak mencukupi. Selain itu, jenis endometrium yang berkembang setelah penggunaan pil kontrasepsi darurat mungkin tidak sesuai untuk dijadikan tempat implantasi normal. Bukti saat ini menunjukkan adanya efek pra-implantasi pil kontrasepsi darurat. Setelah sel telur yang telah dibuahi implantasi, kontrasepsi darurat tidak lagi efektif (American Medical Women's Association, 1996); dan karena kontrasepsi darurat tidak menghentikan kehamilan, dan kontrasepsi darurat bukanlah bentuk dari upaya aborsi.

d. Kembalinya Kesuburan

Efek kontrasepsi darurat bersifat sementara, dan kembalinya kesuburan bersifat langsung. Oleh karena itu, perlunya metode kontrasepsi yang teratur perlu didiskusikan dengan remaja. Kembalinya kesuburan setelah penggunaan IUD juga bersifat langsung, dan IUD hanya boleh dipilih jika calon pengguna merupakan kandidat yang tepat dan menginginkan IUD untuk kontrasepsi berkelanjutan.

e. Efek Samping dan Penanganan

Mual dan muntah merupakan efek samping yang sering terjadi dan terkadang parah akibat penggunaan pil kontrasepsi darurat, terutama dengan rejimen kontrasepsi oral kombinasi. Sekitar 19% pengguna kontrasepsi oral kombinasi dan 6% pengguna pil progesteron muntah selama penggunaan (Barfai, 2000; Glasier, 1997; Trussell et al., 2001; Ho & Kwan, 1993). Pusing, nyeri payudara, sakit kepala, dan kelelahan juga dapat dialami. Selain itu, perdarahan tidak teratur dapat terjadi pada siklus saat pil kontrasepsi darurat digunakan. Jika pengobatan dilakukan sebelum ovulasi, timbulnya perdarahan mungkin 3–7 hari lebih awal dari yang diharapkan; jika dilakukan setelah ovulasi, perdarahan mungkin terjadi pada waktu yang diharapkan atau tertunda (Glasier, 1997; ACOG Practice Bulletin, 2002). Bila keadaan memungkinkan, obat antiemetik dapat digunakan sebagai profilaksis, tetapi bila mual dan muntah sudah terjadi, antiemetik tidak lagi efektif (ACOG Practice Bulletin, 2002). Seperti pada orang dewasa, bila muntah terjadi dalam waktu dua jam setelah pemberian ECP, dosis kedua ECP dan penggunaan antiemetik sebagai profilaksis dianjurkan. Bila muntah berlanjut, dosis ulang kontrasepsi darurat dapat diberikan melalui vagina.

f. Keamanan jangka panjang

Pil kontrasepsi darurat tidak direkomendasikan untuk penggunaan jangka panjang.

g. Manfaat

Satu-satunya manfaat penggunaan pil kontrasepsi darurat adalah berkurangnya risiko kehamilan yang tidak diinginkan setelah hubungan seksual tanpa pengaman.

h. Kriteria kelayakan medis

Jumlah hormon yang diberikan selama penggunaan pil kontrasepsi darurat secara sporadis dianggap terlalu kecil untuk menyebabkan peristiwa buruk yang serius, kronis atau akut. Oleh karena itu, tidak ada kondisi medis yang membatasi penggunaan kontrasepsi darurat kecuali kehamilan. Pil kontrasepsi

darurat tidak boleh digunakan sebagai metode kontrasepsi yang rutin atau sering.

i. Prosedur yang diperlukan untuk Inisiasi

Konseling, khususnya mengenai metode kontrasepsi reguler, adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk penggunaan pil kontrasepsi darurat. Secara khusus, pemeriksaan panggul dan payudara, penentuan tekanan darah, dan sitologi vagina tidak wajib sebelum penggunaan kontrasepsi darurat. Inisiasi dalam penggunaan kontrasepsi darurat harus segera dilakukan karena penggunaan kontrasepsi darurat harus dimulai sesegera mungkin, layanan yang menyediakan pil kontrasepsi darurat untuk remaja harus diatur secara memadai untuk memungkinkan penyediaannya yang cepat dan efisien. Inisiatif informasi, edukasi, dan komunikasi lanjutan tentang metode ini, yang ditujukan kepada remaja, sangat penting. Beberapa program menyediakan kontrasepsi darurat pada saat dimulainya metode penggunaan berkelanjutan seperti kontrasepsi oral dan metode penghalang. Jika remaja tersebut merupakan kandidat untuk IUD yang mengandung tembaga untuk kontrasepsi darurat dan untuk penggunaan berkelanjutan jangka panjang, IUD harus dipasang dalam waktu lima hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman. Jika IUD digunakan, semua persyaratan prosedural dan kelayakan untuk penggunaan IUD berkelanjutan harus dipenuhi.

j. Penggunaan yang Benar

Penggunaan pil kontrasepsi darurat yang benar mengharuskan penggunaan dengan dua dosis pil kontrasepsi darurat, dengan jarak 12 jam dan dalam waktu 72 jam setelah hubungan seksual pertama tanpa pengaman. Penggunaan IUD yang mengandung tembaga dengan benar mengharuskan semua rekomendasi yang ditunjukkan untuk penggunaan IUD jangka panjang diikuti.

k. Konseling

Dalam beberapa keadaan, karena sifat metode ini yang sensitif terhadap waktu, penggunaan pil kontrasepsi darurat dapat dimulai tanpa konseling lengkap. Namun, konseling tambahan harus dijadwalkan. Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Aspek darurat dari metode tersebut
- 2) Tidak adanya efek keguguran
- 3) Penggunaan yang benar
- 4) Efek samping
- 5) Kemungkinan perlunya penanganan medis untuk muntah

- 6) Perlunya dosis kedua pil kontrasepsi darurat jika muntah terjadi dalam waktu dua jam setelah pemberian
- 7) Perlunya segera memulai kontrasepsi rutin jika risiko kehamilan masih berlanjut
- 8) Perubahan siklus menstruasi.

I. Tindak lanjut

Kunjungan tindak lanjut dalam waktu tiga hingga empat minggu setelah penggunaan dianjurkan untuk menyingkirkan kemungkinan kehamilan dan untuk membahas masalah selanjutnya saat menggunakan kontrasepsi berkelanjutan. Jika pengobatan gagal dan kehamilan terjadi, pilihan dan penanganan kehamilan harus didiskusikan.

m. Pilihan penyedia

Saat ini, pengalaman pemberian layanan dalam penyediaan alat kontrasepsi darurat untuk remaja terbatas. Sebagian besar layanan untuk orang dewasa merupakan bagian dari (atau memiliki hubungan langsung dengan) organisasi perawatan kesehatan yang mapan. Beberapa studi pemberian layanan telah menunjukkan bahwa penyediaan alat kontrasepsi darurat di awal meningkatkan kemungkinan pemberian dosis yang tepat waktu, mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan, dan tidak mengakibatkan penyalahgunaan perlindungan kontrasepsi darurat ini (Glasier & Baird, 1998). Untuk memudahkan akses ke metode ini oleh remaja dan wanita dewasa, alat kontrasepsi darurat dapat disediakan secara bebas oleh pengecer atau melalui sistem distribusi inovatif lainnya oleh penyedia yang telah menerima pelatihan dalam konseling, dan dalam penggunaan metode kontrasepsi darurat dengan benar. Meskipun tidak ada laporan pengalaman penggunaan IUD untuk kontraspsi darurat pada remaja, pertimbangan penting untuk penggunaan dengan cara ini pada remaja meliputi:

- 1) IUD biasanya tidak direkomendasikan jika individu tersebut berisiko tinggi terkena IMS, atau kecuali metode lain yang lebih tepat tidak tersedia atau tidak dapat diterima. Studi menunjukkan bahwa beberapa remaja yang aktif secara seksual terlibat dalam berbagai perilaku berisiko, termasuk memiliki banyak pasangan secara bersamaan (Taylor-Seehafer & Rew, 2000; Santelli et al., 1998; Centre for Disease Control and Prevention, 1998; Rwenge, 2000). Studi lain menunjukkan bahwa banyak remaja terlibat dalam hubungan monogami jangka pendek dan serial, yang juga menempatkan mereka pada risiko lebih tinggi terkena IMS (Santelli et al., 1998). Data historis menunjukkan bahwa semakin dini seorang remaja melakukan hubungan seksual, semakin banyak pasangan yang mungkin ia temui, baik secara

langsung melalui kontak seksual langsung maupun tidak langsung melalui perilaku poligami pasangannya. Karena alasan ini, hanya sedikit remaja yang akan menjadi kandidat untuk penggunaan IUD.

- 2) Pemasangan IUD pada wanita muda yang belum pernah melahirkan secara teknis mungkin sulit. Dalam keadaan tertentu, seperti kekerasan seksual (pemerkosaan), di mana kontrasepsi darurat diperlukan, mungkin tidak ada kesempatan yang tepat untuk melakukan penilaian risiko dan konseling IUD yang tepat. Berdasarkan kekhawatiran yang disebutkan di atas, IUD mungkin bukan pilihan yang tepat untuk kontrasepsi darurat pada remaja. Namun, pada remaja yang menikah dan monogami yang ingin menggunakan IUD sebagai metode kontrasepsi rutin, IUD mungkin merupakan metode kontrasepsi darurat yang tepat.

4. Kontrasepsi Oral Kombinasi- Dosis Rendah

a. Jenis yang tersedia

Istilah "dosis rendah" mengacu pada kontrasepsi oral kombinasi yang mengandung 35 µg atau kurang dari estrogen sintetis, etinil estradiol. Formulasi kontrasepsi oral kombinasi juga mengandung salah satu dari banyak progestogen sintetis yang berbeda. Kontrasepsi oral kombinasi yang paling banyak tersedia di sektor publik mengandung progestogen levonorgestrel (LNG) atau norethindrone (NET) yang juga dikenal sebagai norethindrone. Pada akhir tahun 1980-an, tiga progestogen "generasi ketiga" baru diperkenalkan (norgestimate, desogestrel, dan gestodene) yang dirancang untuk memiliki efek samping androgenik yang lebih sedikit (seperti efek samping pada profil lipid, jerawat, hirsutisme, dan penambahan berat badan androgenik). Baru-baru ini pil dosis rendah (Yasmin®) telah dikembangkan yang mengandung progestogen drospirenone, yang memiliki aktivitas mineralokortikoid. Setiap kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah yang tersedia untuk suatu program dapat diresepkan dengan aman kepada remaja; dan setiap kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah akan menghasilkan perbaikan jerawat ringan hingga sedang. Dua dari progestogen yang lebih baru, (desogestrel dan gestodene) telah dikaitkan dengan sedikit peningkatan risiko tromboemboli vena (Farmer et al., 1997; Farmer et al., 1998; WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroidal Hormone Contraception, 1995).

Semua pernyataan di atas didasarkan pada data populasi. Meskipun data tersebut mungkin tidak membedakan efek samping yang dialami oleh satu individu, setiap pengguna individu mungkin mengalami efek samping dengan satu formulasi yang tidak dialami dengan yang lain. Seperti halnya wanita

dewasa, pada remaja mengganti ke formulasi pil lain dianjurkan jika individu tersebut mengalami efek samping yang dapat menyebabkan penghentian, dan yang dapat diperbaiki melalui penggunaan formulasi lain

b. Efektivitas

Seperti halnya orang dewasa, tingkat kegagalan kontrasepsi oral kombinasi yang tepat adalah 0,1 kehamilan per 100 wanita selama 12 bulan pertama penggunaan. Ketika digunakan, tingkat kegagalan untuk wanita dari segala usia berkisar antara 6–8 kehamilan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan. Bergantung pada populasi remaja, tingkat kegagalan setinggi 15 kehamilan per 100 remaja telah dilaporkan. Tingkat yang tinggi ini disebabkan oleh kesalahan dalam minum pil (Kaunitz, 1992). Oleh karena itu, konseling umum yang tepat tentang penggunaan kontrasepsi oral kombinasi yang tepat sangat penting bagi remaja yang memilih untuk menggunakan metode ini.

c. Mekanisme kerja

Meskipun tidak ada penelitian yang secara khusus mengamati mekanisme kontrasepsi oral kombinasi pada remaja, tidak ada bukti biologis bahwa mekanisme tersebut berbeda dari mekanisme yang bekerja pada orang dewasa. Mekanisme kerja utama kontrasepsi oral kombinasi adalah penghambatan ovulasi. Penebalan lendir serviks juga diyakini sebagai mekanisme penting. Meskipun motilitas tuba berubah dan endometrium atrofi yang berkembang selama penggunaan kontrasepsi oral kombinasi tidak cocok untuk implantasi, tidak ada konfirmasi bahwa efek ini adalah mekanisme utama untuk mencegah kehamilan (Elstein et al., 1976). Selain itu, kontrasepsi oral kombinasi tidak memiliki efek pada kelanjutan kehamilan yang diimplan. Proses yang menyebabkan ovulasi dimulai dalam waktu 24 jam setelah menghentikan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi; Hal ini menyebabkan tingginya angka kehamilan tidak disengaja yang dapat terjadi ketika pil KB berturut-turut atau lebih tidak diminum, terutama di akhir atau di awal siklus pil KB (Huggins & Cullins, 1990).

d. Kembalinya Kesuburan

Bagi remaja dan wanita dewasa, kembalinya kesuburan setelah menghentikan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi berlangsung cepat. Jarang terjadi, pengguna kontrasepsi oral kombinasi akan mengalami penundaan hingga tiga bulan dalam kembalinya ovulasi. Di sisi lain, kehamilan dapat terjadi selama siklus menstruasi pertama setelah penghentian. Mayoritas wanita remaja dan dewasa yang menghentikan pil untuk hamil akan mencapai kehamilan dalam waktu satu tahun (Huggins & Cullins, 1990)

e. Efek samping dan penanganannya

Mual, pusing, sakit kepala ringan, nyeri payudara, perubahan suasana hati, dan pendarahan spontan dapat terjadi dalam beberapa kasus. Seperti halnya orang dewasa, remaja harus diberi konseling tentang kemungkinan efek samping sebelum memulai penggunaan. Mereka harus diyakinkan bahwa efek samping ini biasanya akan mereda dalam tiga bulan pertama penggunaan. Jika formulasi pil lain tersedia, kepastian juga harus diberikan bahwa formulasi pil akan diubah jika efek samping berlanjut setelah sekitar tiga bulan penggunaan secara terus-menerus. Meskipun studi berbasis populasi menunjukkan tidak ada peningkatan berat badan yang signifikan secara statistik di antara populasi wanita (Coney et al., 2000), beberapa remaja (dan beberapa orang dewasa) mungkin sangat sensitif terhadap penambahan berat badan. Jika penambahan berat badan lebih dari 1–2 pon per tahun (yang tidak mungkin disebabkan oleh penggunaan COC), kebiasaan diet harus didiskusikan dengan remaja tersebut. Bila efek samping menjadi perhatian utama bagi remaja, perubahan ke formula pil atau metode kontrasepsi lain harus dipertimbangkan.

f. Keamanan Jangka Panjang

Keamanan jangka panjang kontrasepsi oral kombinasi sangat meyakinkan. Studi keamanan telah dilakukan pada wanita berusia 18 tahun atau lebih dan hasil selanjutnya telah diekstrapolasi ke remaja muda. Kejadian kardiovaskular jarang terjadi pada wanita muda berusia 15–24 tahun (Konferensi konsensus tentang kontrasepsi oral kombinasi dan penyakit kardiovaskular, 1999). Kematian akibat infark miokard dan semua bentuk stroke diperkirakan pada dasarnya tidak berubah dari kejadian di antara pengguna non-kontrasepsi oral kombinasi berusia 15–24 tahun. Untuk pil dosis rendah yang mengandung progestogen yang lebih baru (desogestrel atau gestodene), tingkat kematian per 100.000 wanita per tahun sedikit lebih tinggi pada dosis 0,2–0,7 dibandingkan dengan dosis 0,1 untuk usia 15–24 tahun yang tidak menggunakan kontrasepsi oral kombinasi (Konferensi konsensus tentang kontrasepsi oral kombinasi dan penyakit kardiovaskular, 1999). Selain itu, kelompok ilmiah WHO telah menyimpulkan bahwa angka kejadian dan kematian semua penyakit kardiovaskular (stroke, infark miokard akut, dan tromboemboli vena) pada wanita usia reproduksi rendah di negara maju dan berkembang dan bahwa setiap kejadian kematian tambahan yang disebabkan oleh kontrasepsi oral kombinasi sangat kecil jika pengguna tidak merokok dan tidak memiliki faktor risiko lain (WHO, 1998b). Secara global penyebab kematian, risiko kematian akibat penggunaan kontrasepsi oral kombinasi jauh

lebih rendah daripada risiko kematian akibat kehamilan (WHO, 2002; Physicians' Desk Reference, 2002a).

Meskipun risiko absolut kanker payudara di kalangan wanita muda sangat rendah, risiko diagnosis kanker payudara di kalangan wanita yang saat ini atau baru saja menggunakan kontrasepsi oral kombinasi sedikit meningkat (Risiko Relatif 1,24; 99% CL 1,15–1,33) (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996).

Data mengenai hubungan antara penggunaan kontrasepsi oral dan kanker serviks saling bertentangan. Studi terbaru menunjukkan mungkin ada sedikit peningkatan risiko di antara wanita dengan infeksi HPV persisten yang menggunakan kontrasepsi oral kombinasi selama lebih dari lima tahun (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1994; Schlesselmann, 1989; The New Zealand Contraception and Health Study Group, 1994). Jika risiko kanker serviks meningkat, peningkatan risiko absolutnya kecil untuk seorang remaja (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1994). Adanya atau riwayat displasia serviks bukan merupakan kontraindikasi untuk penggunaan kontrasepsi oral. Kontrasepsi oral kombinasi yang mengandung drospirenon dapat menyebabkan peningkatan kalium di antara individu dengan penyakit kronis (misalnya, insufisiensi adrenal atau ginjal) atau yang mengonsumsi obat-obatan yang menghemat kalium (Physicians' Desk Reference, 2002c). Sangat sedikit remaja yang sesuai dengan profil ini. Klaim bahwa kontrasepsi oral kombinasi dapat memengaruhi pertumbuhan fisik normal remaja tidak memiliki dukungan ilmiah (Pendapat Komite ACOG, 1992). Kontrasepsi oral kombinasi dapat digunakan dengan aman selama bertahun-tahun tanpa gangguan; tidak ada dasar ilmiah untuk "libur konsumsi pil".

g. Manfaat

Beberapa manfaat nonkontrasepsi dari penggunaan kontrasepsi oral kombinasi mungkin menarik bagi remaja, seperti

- 1) Keteraturan siklus menstruasi, terbebas dari menstruasi berat dan nyeri haid, terbebas dari mittelschmerz, kemungkinan perbaikan jerawat, dan pencegahan atau perbaikan anemia. Manfaat kesehatan nonkontrasepsi ini menjadi dasar penggunaan terapi kontrasepsi oral dalam kasus perdarahan uterus disfungsional, anemia defisiensi besi yang terkait dengan menoragia, amenore hipotalamus yang terkait dengan osteoporosis, dismenorea, mittelschmerz, sindrom ovarium polikistik, jerawat, dan riwayat keluarga kanker ovarium (Hatcher et al., 1998; Speroff & Darney, 1996; Andrews & Jones, 1991; Jones et al., 1985).

2) kontrasepsi oral kombinasi dapat digunakan untuk menunda menstruasi, dan kontrasepsi oral kombinasi dan pil yang mengandung levonorgestrel dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

h. Kerugian

Kerugian penggunaan kontrasepsi oral kombinasi untuk remaja (seperti untuk semua pengguna) meliputi kebutuhan untuk minum pil setiap hari (sebaiknya pada waktu yang sama setiap hari); dan kurangnya perlindungan terhadap IMS. Selain itu, jika tidak diberikan secara gratis, biaya pil dapat menjadi mahal, terutama bagi remaja. Meskipun ada bukti bahwa pil memberikan perlindungan terhadap penyakit saluran genital bagian atas (penyakit radang panggul) (Mishell, 1982), hal ini tidak menghilangkan kebutuhan untuk menggunakan kondom untuk mencegah IMS.

i. Kriteria kelayakan medis

Kriteria saat ini menunjukkan bahwa tidak ada pembatasan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi terkait usia muda dan nuliparitas. Kondisi di mana kontrasepsi oral kombinasi tidak boleh digunakan atau biasanya tidak direkomendasikan sama untuk remaja dan dewasa. Pada orang dewasa, kehatihan direkomendasikan untuk wanita dengan penyakit kardiovaskular tertentu. Namun, dengan pengecualian penyakit jantung rematik di beberapa negara berkembang, penyakit kardiovaskular yang membatasi penggunaan kontrasepsi oral kombinasi sangat jarang terjadi pada remaja, dan ini menjadi pertanda baik untuk penggunaan kontrasepsi oral kombinasi yang aman pada populasi ini.

j. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Konseling adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk inisiasi kontrasepsi oral kombinasi pada remaja. Secara khusus, pemeriksaan panggul dan sitologi vagina tidak boleh menjadi persyaratan untuk inisiasi. Studi terkini menunjukkan kemungkinan yang lebih besar untuk inisiasi COC jika pemeriksaan panggul ditunda (Andrews & Jones, 1991). Selain itu, mengingat rendahnya prevalensi tumor payudara pada remaja, pemeriksaan payudara tidak penting sebelum memulai penggunaan kontrasepsi oral kombinasi (Technical Guidance Working Group, 1994; Harper et al., 2001) Namun, sebaiknya tekanan darah diukur sebelum memulai penggunaan kontrasepsi oral kombinasi. Namun, dalam beberapa situasi, pengukuran tekanan darah tidak tersedia. Dalam banyak situasi ini, risiko morbiditas dan mortalitas kehamilan tinggi, dan kontrasepsi oral kombinasi adalah salah satu dari sedikit metode yang tersedia secara luas. Dalam situasi seperti itu, wanita tidak boleh

ditolak penggunaan kontrasepsi oral kombinasi hanya karena tekanan darah mereka tidak dapat diukur.

k. Inisiasi

kontrasepsi oral kombinasi dapat dimulai kapan saja selama penyedia layanan kesehatan cukup yakin bahwa remaja tersebut tidak hamil. Siklus menjadi faktor penting bagi remaja yang mungkin mengalami amenore akibat penggunaan metode hormonal lain. Sebaiknya, penggunaan kontrasepsi oral kombinasi harus dimulai selama lima hari pertama siklus untuk memastikan bahwa kemungkinan kehamilan yang ada tetapi tidak terdeteksi tidak mungkin terjadi, dan bahwa ovulasi berikutnya berhasil dihambat. WHO merekomendasikan penggunaan metode cadangan selama satu minggu saat kontrasepsi oral dimulai setelah hari ke-5 siklus. Cadangan tersebut direkomendasikan untuk mencegah kemungkinan kehamilan akibat ovulasi selama penggunaan pil pertama. Jika pil KB tidak sengaja diminum selama trimester pertama kehamilan, penggunaan pil KB pada trimester pertama tidak meningkatkan risiko teratogenik (Huggins & Cullins, 1990; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 1994)

I. Penggunaan yang benar

Mengonsumsi pil setiap hari sangat penting untuk mencapai efektivitas kontrasepsi penuh dan kepatuhan yang buruk sering kali menjadi masalah utama di kalangan remaja (Balassone, 1989). Pentingnya asupan harian (dan isyarat yang dapat bertindak sebagai pengingat bagi remaja; misalnya, setelah menggosok gigi di pagi hari) merupakan pokok konseling khusus metode yang penting. Penggunaan kemasan pil 28 hari yang berisi tujuh pil placebo dapat memudahkan penggunaannya oleh remaja.

m. Konseling

Pokok konseling khusus metode harus mencakup:

- 1) Penggunaan yang benar
- 2) Petunjuk untuk pil yang terlewat
- 3) Kebutuhan akan perlindungan IMS (termasuk penggunaan metode ganda) bila dan sebagaimana mestinya
- 4) Efek samping
- 5) Pilihan pasokan ulang
- 6) Biaya.

n. Tindak lanjut

- 1) Karena penghentian selama tahun pertama penggunaan umum terjadi di kalangan remaja, banyak penyedia layanan kesehatan merekomendasikan

kunjungan tindak lanjut selama 3 bulan ke petugas kesehatan setelah pil dimulai.

- 2) Penyedia layanan kesehatan lainnya merekomendasikan pemberian persediaan pil minimal satu tahun, jika tersedia, dan mengizinkan klien untuk kembali pada kenyamanannya, tetapi sebelum pil habis.
- 3) Kunjungan tindak lanjut selama 3 bulan dapat membantu mengidentifikasi efek samping yang mengganggu, dan masalah minum pil, serta memastikan penggunaan metode yang benar. Mengingat keamanan kontrasepsi oral kombinasi
- 4) Petugas yang terlibat dalam distribusi berbasis komunitas dapat memenuhi tujuan ini. Remaja dengan kondisi medis tertentu mungkin memerlukan tindak lanjut yang lebih sering daripada mereka yang tidak memiliki kondisi tersebut. Karena sekitar 50% penghentian pil terjadi karena efek samping (Hatcher et al., 1998; Speroff & Darney, 1996; Khan, 2001; Rosoff, 1988; Rosenberg et al., 1998) penting untuk menanyakan hal ini pada tindak lanjut, dan mempertimbangkan dengan saksama dampaknya terhadap kepuasan pengguna.
- 5) Sebagai tindakan pencegahan, remaja (termasuk pengguna kontrasepsi oral) harus diberi tahu tentang kontrasepsi darurat (dan penyedia layanan harus mempertimbangkan untuk memberikan pengguna kontrasepsi oral satu pak pil tambahan dan petunjuk yang jelas tentang cara menyiapkan kontrasepsi darurat dari pil tersebut).
- 6) Layanan harus menyediakan opsi untuk penyediaan ulang kontrasepsi oral yang mudah dan murah bagi remaja. Selain itu, sebagai hasil dari konseling, remaja harus dibantu untuk memperoleh kepercayaan diri untuk kembali ke penyedia layanan kapan saja mereka memiliki pertanyaan atau merasa perlu.
- 7) Pilihan pada Remaja harus diberikan berbagai pilihan untuk memulai dan melanjutkan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi.
- 8) Apoteker dan pekerja yang terlatih dengan baik yang terlibat dalam distribusi berbasis komunitas dapat menyediakan kontrasepsi oral kombinasi dengan aman dan efektif (Stang et al., 2000).

5. Kontrasepsi Suntik Kombinasi

a. Jenis yang tersedia

Kontrasepsi suntik kombinasi mirip dengan kontrasepsi oral kombinasi karena mengandung progestogen dan estrogen. Namun, selain cara pemberiannya yang berbeda, kontrasepsi suntik kombinasi juga berbeda dari kontrasepsi oral kombinasi karena senyawa estrogenik aktifnya adalah estradiol, bukan

etinil estradiol. Etinil estradiol mengikat reseptor estrogen dengan gugus etinil aktifnya yang melekat, sehingga berpotensi memicu peningkatan produksi globulin hati. Peningkatan globulin hati adalah mekanisme yang menyebabkan fenomena tromboemboli langka yang dikaitkan dengan kontrasepsi oral kombinasi. Meskipun secara teoritis bermanfaat, relevansi klinis perbedaan formulasi antara kontrasepsi oral kombinasi dan kontrasepsi suntik kombinasi (yaitu antara etinil estradiol dan estradiol) belum terdokumentasikan. Selain itu, pengalaman klinis dengan kontrasepsi suntik kombinasi pada remaja terbatas, dan rekomendasi terkini untuk penggunaan kontrasepsi suntik kombinasi dan kontrasepsi oral kombinasi adalah sama. Tiga jenis kontrasepsi suntik kombinasi yang diberikan setiap bulan umumnya tersedia:

- 1) satu mengandung 25 mg depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) dan 5 mg estradiol cypionate (Cyclofem®, Cycloprovera®, dan Lunelle®)
- 2) satu mengandung 50 mg norethisterone enanthate dan 5 mg estradiol valerate (Mesigyna®)
- 3) satu mengandung 150 mg dihydroxyprogesterone acetophenide dan 10 mg estradiol enanthate –

sebagian besar tersedia di Amerika Latin dengan nama dagang yang berbeda (Deladroxate®, Perlutal®, Topasel®, dan Perlutan®). Tidak ada data perbandingan mengenai perbedaan potensial antara ketiga jenis produk tersebut.

b. Efektivitas

Jika digunakan dengan benar dan konsisten, kontrasepsi suntik kombinasi merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif, dengan tingkat kegagalan sekitar 0,3 per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan (Coutinho et al., 2000; Hall, 1998).

c. Mekanisme kerja

Mekanisme kerja kontrasepsi suntik kombinasi sama dengan kontrasepsi oral kombinasi.

d. Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan pada wanita dewasa yang menghentikan penggunaan kontrasepsi suntik kombinasi berlangsung cepat (Hall, 1998)

e. Efek samping dan penanganannya

Kemungkinan efek samping termasuk yang disebutkan di atas untuk kontrasepsi oral kombinasi. Bukti Keamanan jangka panjang penggunaan kontrasepsi suntik kombinasi masih terbatas, baik pada orang dewasa maupun remaja. Mengingat kesamaan biologis antara kontrasepsi suntik kombinasi dan kontrasepsi oral kombinasi, profil keamanan jangka panjang pada kedua

metode tersebut harus serupa dengan pengecualian berikut pada wanita dengan penyakit saluran empedu simptomatik, kontrasepsi oral kombinasi umumnya tidak boleh digunakan, tetapi kontrasepsi suntik kombinasi secara umum dapat digunakan karena tidak memiliki efek lintas pertama pada hati dan memiliki efek minimal pada fungsi hati.

f. Manfaat dan Kerugian

Meskipun manfaat nonkontrasepsi yang terlihat pada kontrasepsi oral kombinasi akan tetapi belum dikonfirmasi terlihat pada kontrasepsi injeksi kombinasi. Beberapa penelitian secara langsung membandingkan pola perdarahan yang terlihat pada kontrasepsi oral kombinasi dan yang terlihat pada kontrasepsi injeksi kombinas. Satu penelitian terkini yang membandingkan pola perdarahan dari kontrasepsi oral kombinasi (COC) trifasik dengan yang terjadi pada kontrasepsi injeksi kombinasi (CIC) medroksiprogesteron asetat/estradiol sionipat melaporkan episode perdarahan yang teratur pada sebagian besar wanita di kedua kelompok setelah tiga siklus penggunaan pertama (65% teratur, CIC; 71% teratur, COC). Bagi pengguna CIC yang mengalami perdarahan teratur, pola khasnya adalah satu episode perdarahan/bercak yang berlangsung selama 5–6 hari dan interval bebas perdarahan/bercak selama 21–22 hari setelah injeksi. Perbandingan tersebut juga menunjukkan bahwa lebih banyak pengguna medroksiprogesteron asetat/estradiol sionipat mengalami ketidakteraturan dibandingkan dengan pengguna COC (Kaunitz et al., 1999). Ketidakteraturan awal dalam pola perdarahan dapat menghalangi beberapa remaja untuk menggunakan CIC. Keuntungan klinis utama CIC dibandingkan dengan suntikan progestogen saja adalah episode perdarahan yang lebih dapat diprediksi dan teratur ketika suntikan diberikan pada interval yang teratur (Hall, 1998)

g. Kriteria Kelayakan Medis

Seperti halnya kontrasepsi oral kombinasi, tidak ada batasan untuk penggunaan kontrasepsi injeksi kombinasi terkait usia muda dan nuliparitas. Karena kontrasepsi injeksi kombinasi menghilangkan efek first-pass pada hati, dan karenanya memiliki efek minimal pada fungsi hati, kontrasepsi injeksi kombinasi dapat lebih mudah dipertimbangkan pada remaja yang jarang mengalami penyakit hati simptomatik.

h. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Konseling dan pencegahan infeksi yang tepat adalah satu-satunya dua prosedur wajib untuk inisiasi dan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi. Pertimbangan yang diberikan di atas untuk penggunaan kontrasepsi oral

kombinasi terkait pemeriksaan panggul, sitologi vagina, pemeriksaan payudara, dan tekanan darah juga berlaku untuk kontrasepsi injeksi kombinasi (Technical Guidance Working Group, 1994).

i. Inisiasi

Konseling injeksi kombinasi dapat dimulai kapan saja jika penyedia layanan kesehatan cukup yakin bahwa remaja tersebut tidak hamil. Pedoman terkini merekomendasikan inisiasi dalam tujuh hari pertama siklus menstruasi untuk formulasi medroksiprogesteron asetat/estradiol sionat dan noretisteron enantat/estradiol valerat. Jika suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7, penggunaan metode cadangan selama tujuh hari diperlukan. Untuk semua formulasi, rekomendasi untuk inisiasi pada wanita pascapersalinan, pascaaborsi, dan menyusui sama dengan untuk kontrasepsi oral kombinasi (Hall, 1998; Kaunitz, 2000).

j. Penggunaan yang benar

Suntikan CIC diulang setiap empat minggu. Jika interval penyuntikan ulang tidak dapat dipatuhi, penyuntikan ulang dapat diberikan hingga tujuh hari lebih awal atau hingga tujuh hari lebih lambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan; penyuntikan awal atau lambat tersebut dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur tanpa mengurangi kemanjuran kontrasepsi. Jika remaja terlambat lebih dari tujuh hari untuk mendapatkan suntikan, ia dapat menerima suntikan jika cukup yakin bahwa ia tidak hamil. Ia harus menjauhkan diri dari hubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama tujuh hari berikutnya.

k. Konseling

Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Penggunaan yang benar (waktu penyuntikan bulanan)
- 2) Efek samping
- 3) Perubahan siklus menstruasi
- 4) Kebutuhan akan perlindungan IMS, termasuk penggunaan metode ganda, jika dan sebagaimana mestinya
- 5) Pilihan pasokan ulang
- 6) Biaya.

l. Tindak lanjut

Setelah penggunaan CIC dimulai, kunjungan tiga bulan ke petugas kesehatan dapat membantu mengidentifikasi setiap kemungkinan masalah dan memastikan penggunaan metode yang benar. Sebagai hasil dari konseling, remaja harus dibantu untuk memperoleh kepercayaan diri untuk kembali ke

tempat persalinan atau penyedia layanan kapan saja mereka memiliki pertanyaan atau merasa perlu.

m. Pilihan penyedia layanan

Remaja harus diberikan berbagai pilihan layanan untuk memulai dan melanjutkan penggunaan CIC. Penyedia layanan kesehatan yang terlatih dengan baik menggunakan daftar periksa dapat memberikan CIC dengan aman dan efektif, selama prosedur pencegahan infeksi yang tepat diterapkan (Stang et al., 2000).

6. Kontrasepsi Pil Progesteron

a. Jenis yang Tersedia

Pil ini hanya mengandung progestogen, dan tersedia dua formulasi umum:

- 1) Satu formulasi mengandung levonorgestrel (30 µg) atau norgestrel (75 µg)
- 2) yang lain mengandung noretisteron atau norethindrone (350 µg).

Tidak ada bukti bahwa satu formulasi atau produk memiliki kelebihan dibandingkan yang lain. Pil progestogen saja umumnya diperuntukkan bagi remaja yang sedang menyusui, atau bagi beberapa remaja yang secara medis tidak dapat mengonsumsi estrogen. Selain efektivitasnya yang menurun, pil progestogen saja memiliki kekurangan berupa episode perdarahan tidak teratur yang lebih sering dan terus-menerus. Kehamilan yang tidak disengaja akibat penggunaan yang tidak tepat diperkirakan lebih sering terjadi pada kontrasepsi pil progesteron daripada pada kontrasepsi oral kombinasi. Karena tingginya insiden perdarahan tidak teratur dan tingkat kehamilan yang lebih tinggi, kontrasepsi pil progesteron (POP) umumnya kurang cocok untuk remaja daripada COC. Namun, pada remaja yang sedang menyusui, yaitu enam minggu hingga enam bulan pascapersalinan, POP merupakan pilihan yang lebih tepat.

b. Efektivitas

Tidak ada laporan tentang efektivitas penggunaan POP oleh remaja, namun pada orang dewasa POP merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif bila digunakan dengan benar dan konsisten. Pada wanita menyusui, tingkat kegagalan tipikal hanya 1 per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan terlihat. Namun, kehamilan yang tidak disengaja akibat penggunaan yang tidak tepat terlihat lebih sering pada pengguna POP daripada pada mereka yang menggunakan COC (Burkman et al., 2001; Audet et al., 2001). Meskipun tingkat kegagalan POP satu tahun adalah 0,5 dengan penggunaan yang sempurna, angka ini meningkat menjadi 1–13% dengan penggunaan tipikal. Efektivitas kontrasepsi maksimal dicapai dengan meminum pil secara konsisten, waktu yang sama pada setiap harinya, yang diatur sedemikian rupa

sehingga hubungan seksual terjadi saat efek progestasional pada lendir serviks maksimal (misalnya, 3 hingga 22 jam setelah pemberian) (Burkman et al., 2001; Audet et al., 2001). Karena alasan ini dalam kondisi tidak menyusui, tingkat kegagalan pada remaja yang menggunakan POP mungkin bahkan lebih tinggi daripada 15 kehamilan yang diamati pada tahun pertama penggunaan yang dilaporkan pada remaja yang telah menggunakan COC. Kemungkinan ini merupakan faktor pembatas yang penting dalam penggunaan POP oleh sebagian besar remaja yang tidak menyusui.

c. Mekanisme Kerja

Mekanisme utama kerja kontrasepsi POP adalah menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks. Karena ovulasi tidak terhambat dalam semua kasus, efek lendir serviks dianggap berperan lebih penting daripada dalam kasus COC. Karena efek lendir serviks menghilang dalam waktu 24 jam setelah konsumsi terakhir, kehamilan yang tidak disengaja lebih mungkin terjadi dengan waktu konsumsi pil yang bervariasi (Audet et al., 2001).

d. Kembalinya kesuburan

Seperti halnya orang dewasa, kembalinya kesuburan setelah penghentian penggunaan POP pada remaja bersifat langsung.

e. Efek samping dan penanganannya

Payudara terasa nyeri, sakit kepala ringan, dan kulit berminyak/berjerawat dapat terjadi dalam beberapa situasi, dan merupakan poin penting dalam konseling. Efek samping terpenting dari penggunaan POP adalah perubahan siklus menstruasi, terutama perdarahan atau bercak yang tidak teratur. Efek-efek ini harus didiskusikan secara hati-hati dengan remaja yang mempertimbangkan atau memulai metode ini. Penanganan medis dari efek samping ini biasanya tidak diperlukan atau direkomendasikan.

f. Keamanan jangka panjang

Tidak ada risiko kesehatan penting (termasuk efek kardiovaskular yang merugikan) yang telah dikonfirmasi dengan penggunaan POP.

g. Manfaat

Kemungkinan terbebas dari menstruasi yang berat dan menstruasi yang menyakitkan mungkin menarik bagi sebagian remaja. Namun, manfaat siklus menstruasi yang teratur dan dapat diprediksi yang terlihat dengan COC tidak terlihat dengan POP.

h. Kriteria kelayakan medis

Seperti halnya orang dewasa, kanker payudara saat ini adalah satu-satunya kondisi yang menimbulkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima. Namun, ada sejumlah kondisi yang harus diwaspadai, dan kondisi ini sama untuk

remaja dan orang dewasa. Beberapa di antaranya (seperti penyakit jantung iskemik dan stroke) jarang terjadi pada remaja. Tidak ada batasan untuk penggunaan POP terkait usia muda dan nuliparitas.

i. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Konseling adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk inisiasi penggunaan POP. Pemeriksaan panggul dan payudara, sitologi vagina, dan penentuan tekanan darah tidak wajib untuk inisiasi penggunaan POP oleh remaja (Kelompok Kerja Panduan Teknis, 1994 & 1997).

j. Inisiasi

POP dapat dimulai kapan saja jika penyedia layanan cukup yakin bahwa remaja tersebut tidak hamil. Jika metode dimulai setelah hari ke-5 siklus menstruasi, pantang berhubungan seks atau menggunakan metode cadangan selama dua hari berikutnya umumnya direkomendasikan. Rekomendasi untuk inisiasi pada wanita pascapersalinan, pascaaborsi, dan menyusui sama dengan wanita dewasa.

k. Penggunaan yang benar

Konsumsi POP setiap hari dan tanpa henti sangat penting untuk mencapai efektivitas kontrasepsi penuh. Remaja harus dinasihati untuk minum pil pada waktu yang sama setiap hari. Ini membantu menghubungkan asupan pil dengan kegiatan rutin harian seperti bersiap tidur atau menggosok gigi. Bahkan penundaan selama berjam-jam dapat mengakibatkan risiko kehamilan. Pil harus diminum tanpa henti selama kontrasepsi dibutuhkan. Persyaratan ketat untuk waktu penggunaan yang konsisten ini harus diperhatikan dengan saksama saat penggunaan metode ini sedang dipertimbangkan.

l. Konseling

Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Petunjuk cermat dalam persyaratan penggunaan yang benar
- 2) Petunjuk untuk pil yang terlewat
- 3) Efek samping
- 4) Perubahan siklus menstruasi
- 5) Kebutuhan akan perlindungan IMS, termasuk penggunaan metode ganda, kapan dan sebagaimana mestinya
- 6) Pilihan pasokan ulang
- 7) Biaya.

m. Tindak lanjut

Pedoman yang sama untuk tindak lanjut remaja yang menggunakan COC berlaku untuk remaja yang menggunakan POP. Singkatnya, untuk remaja yang

tidak menyusui tidak diperlukan kunjungan tindak lanjut tahunan, tetapi kontak tindak lanjut setelah inisiasi dianjurkan sekitar tiga bulan.

n. Pilihan penyedia

Remaja harus diberikan berbagai pilihan untuk memulai dan melanjutkan penggunaan POP. Apoteker dan pekerja yang terlatih dengan baik yang terlibat dalam distribusi berbasis masyarakat dapat menyediakan POP dengan aman dan efektif.

7. Kontrasepsi Injeksi Progesteron

a. Jenis yang tersedia

Kategori ini merujuk pada kontrasepsi suntik yang hanya mengandung progestogen. Dua formulasi saat ini tersedia:

- 1) satu mengandung 150 mg depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) yang diberikan setiap tiga bulan
- 2) yang lain mengandung 200 mg norethisterone enanthate (NET-EN) yang diberikan setiap dua bulan.

Tidak ada perbedaan dalam keamanan atau kemanjuran antara kedua produk yang telah didokumentasikan. Namun, durasi yang lebih lama dari tindakan kontrasepsi DMPA dapat dianggap sebagai keuntungan dalam beberapa keadaan. DMPA juga telah dipelajari lebih baik daripada NET-EN, termasuk penggunaannya pada remaja.

b. Efektivitas

Dengan tingkat kegagalan 0,3 per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan DMPA dan NET-EN, suntikan progestogen saja merupakan salah satu kontrasepsi hormonal reversibel paling efektif yang tersedia saat ini. Karena durasi khasiatnya yang lebih lama, kedua produk tersebut memiliki keunggulan tersendiri berupa persyaratan kepatuhan yang lebih mudah daripada COC, CIC, dan POP. Oleh karena itu, risiko kehamilan yang tidak disengaja akibat penggunaan yang tidak tepat berkangur secara substansial. Efektivitas kontrasepsi yang tinggi dan kepatuhan yang mudah merupakan keunggulan penting untuk digunakan pada remaja.

c. Mekanisme kerja

Kedua suntikan tersebut merupakan penghambat ovulasi yang sangat efektif. Meskipun kedua sediaan tersebut mengentalkan lendir serviks, mekanisme utama untuk kemanjuran kontrasepsi adalah penghambatan ovulasi. Durasi efek kontrasepsi biasanya berlangsung dalam waktu singkat, melampaui periode 2 bulanan dan 3 bulanan yang saat ini direkomendasikan untuk penggunaan NET-EN dan DMPA. Hal ini memberikan kesempatan untuk penyuntikan ulang bahkan ketika seorang remaja tidak dapat mematuhi waktu

yang tepat. Pedoman saat ini menunjukkan bahwa pemberian suntikan berikutnya lebih awal atau hingga dua minggu terlambat dapat diterima (Kaunitz, 2001a). Meskipun ada masa tenggang ini, konseling harus menekankan kepatuhan terhadap interval penyuntikan ulang 2 bulan dan 3 bulan karena hal ini akan memaksimalkan efektivitas.

d. Kembalinya Kesuburan

Kembalinya kesuburan setelah penghentian salah satu suntikan tertunda. Penundaan tersebut terdokumentasi dengan lebih baik dan mungkin lebih lama untuk DMPA. Terlepas dari durasi penggunaan, mereka yang menghentikan DMPA mengalami waktu tunggu 4–6 bulan lebih lama sebelum kehamilan tercapai, dibandingkan dengan wanita yang menghentikan kondom atau metode vagina. Sementara 50% wanita yang menghentikan DMPA untuk hamil akan hamil dalam waktu 10 bulan setelah suntikan terakhir, pada sebagian kecil pengguna kesuburan tidak pulih hingga 18 bulan setelah suntikan terakhir. Informasi yang ada tidak menunjukkan bahwa kembalinya kesuburan tertunda lebih lama pada remaja, dan juga tidak ada kerusakan permanen pada kesuburan yang dikaitkan dengan penggunaan salah satu suntikan (Kelompok Kerja Panduan Teknis, 1994 & 1997). Keterlambatan kembalinya kesuburan harus dijelaskan dengan jelas kepada, dan dipahami oleh, remaja yang mempertimbangkan penggunaan metode ini. Remaja yang menginginkan kembalinya kesuburan segera setelah penghentian penggunaan kontrasepsi bukanlah kandidat yang baik untuk metode ini.

e. Efek samping dan penanganannya

Efek samping yang mungkin terlihat pada suntikan progestogen sama dengan yang mungkin terlihat pada kontrasepsi progestogen lainnya, yaitu: perdarahan atau bercak yang tidak teratur, tidak terduga, berkepanjangan, atau berat; nyeri payudara; sakit kepala; pusing; hirsutisme; rambut rontok; gugup; dan jerawat. Perubahan pola perdarahan menstruasi, jerawat, dan penambahan berat badan adalah efek samping dari suntikan progestogen yang umumnya menjadi perhatian khusus bagi remaja. Meskipun komentar berikut didasarkan pada publikasi untuk DMPA, komentar tersebut juga berlaku secara teori untuk NET-EN. Meskipun uji coba terkontrol baru-baru ini pada wanita Amerika dan Thailand tidak menunjukkan bahwa penggunaan DMPA jangka panjang menyebabkan penambahan berat badan yang tidak terduga, mungkin ada subkelompok pengguna DMPA yang mungkin cenderung mengalami penambahan berat badan saat mengonsumsi DMPA. Dalam studi terbaru terhadap remaja Kaukasia, kenaikan berat badan rata-rata setelah penyesuaian terhadap perubahan berat badan yang diharapkan selama

setahun adalah 2,1 kg pada pengguna DMPA dan 0,6 kg pada pengguna COC. Perbedaan ini, meskipun tidak signifikan secara statistik, dapat menimbulkan kekhawatiran bagi sebagian remaja. Selain itu, sebuah studi terhadap sebagian besar remaja Afrika Amerika menunjukkan bahwa sebagian besar yang menggunakan DMPA cenderung mengalami kenaikan berat badan lebih banyak daripada remaja dengan demografi serupa yang tidak menggunakan metode hormonal. Hampir semua pengguna akan mengalami perubahan pola menstruasi. Pendarahan tidak teratur, alasan paling umum untuk penghentian, dapat berkembang menjadi amenore. Dengan Depo-Provera® (DMPA), lebih dari 50% pengguna tetap mengalami amenore pada akhir tahun pertama penggunaan. Seperti bentuk kontrasepsi hormonal lainnya, sebagian besar efek samping non-menstruasi dan non-peningkatan berat badan bersifat sementara. Dalam manajemen dari efek samping ini konseling sebelum memulai dan selama penggunaan sangat penting. Studi menunjukkan bahwa konseling yang tepat tentang perubahan siklus menstruasi mengurangi kemungkinan penghentian metode (Lei et al., 1996). Dalam kasus perdarahan yang sangat berat atau sangat lama, penghentian metode mungkin diperlukan. Penggunaan estrogen, COC, dan obat antiinflamasi nonsteroid kemungkinan besar hanya memberikan manfaat jangka pendek atau tidak ada manfaat sama sekali. Jika efek samping berlanjut, penghentian dan perubahan ke metode lain harus dipertimbangkan. Tidak ada penanganan medis untuk amenorea yang direkomendasikan atau diperlukan.

f. Keamanan jangka panjang

Informasi yang ada tentang keamanan jangka panjang suntikan sebagian besar terkait dengan DMPA. Kekhawatiran utama tentang penggunaan DMPA pada remaja adalah peningkatan risiko osteoporosis. Diusulkan bahwa hipoestrogenisme yang terkait dengan penggunaan DMPA pada remaja pascamenarche dapat memengaruhi pembentukan massa tulang, menyebabkan osteopenia dan osteoporosis yang diakibatkannya (Cromer et al., 1996). Dua penelitian telah secara khusus meneliti efek DMPA pada kepadatan tulang pada remaja. Sebuah penelitian kohort prospektif kecil menunjukkan penurunan kepadatan tulang belakang lumbar setelah satu tahun penggunaan, dibandingkan dengan pengguna COC, implan, atau tanpa hormon (Harel et al., 1995). Studi lain, perbandingan lintas bagian, menunjukkan kepadatan mineral tulang yang disesuaikan dengan usia yang lebih rendah di semua lokasi tulang yang disurvei (Scholes et al., 1999). Tidak ada studi yang menunjukkan peningkatan kejadian patah tulang. Namun, karena temuan ini, penggunaan DMPA sejak menarche hingga usia 18 tahun

mungkin memerlukan tindak lanjut dan penanganan khusus yang belum ditentukan. Bukti yang tersedia menegaskan bahwa remaja yang menggunakan kontrasepsi hormonal, termasuk DMPA, tidak memiliki peningkatan risiko kanker payudara 10 tahun atau lebih setelah penghentian penggunaan. Studi mengungkapkan sedikit peningkatan risiko kanker payudara di antara wanita dari segala usia yang saat ini menggunakan (atau baru saja menggunakan) kontrasepsi hormonal. Penjelasan yang paling mungkin untuk temuan ini adalah bahwa pengguna mungkin lebih cenderung memiliki diagnosis kanker yang ada lebih awal daripada kanker baru yang disebabkan oleh penggunaan (Studi Kolaboratif WHO tentang Neoplasia dan Kontrasepsi Steroid, 1991). Karena kanker payudara sangat jarang terjadi pada remaja, setiap efek kecil pada risiko kanker payudara yang terkait dengan penggunaan saat ini atau baru-baru ini hanya akan memengaruhi sangat sedikit individu.

g. Manfaat

Pencegahan anemia dan perbaikan nyeri haid yang diamati dengan penggunaan DMPA dan NET-EN mungkin menarik bagi sebagian remaja. Perlindungan jangka panjang dari penyakit payudara jinak dan kanker endometrium, serta pengurangan frekuensi dan keparahan kejang epilepsi, dan krisis penyakit sel sabit mungkin juga relevan bagi sebagian remaja.

h. Kriteria kelayakan medis

Kondisi di mana suntikan progestogen saja tidak boleh digunakan atau biasanya tidak direkomendasikan sedikit, dan sama untuk remaja dan orang dewasa. Karena perubahan kepadatan mineral tulang, penggunaan suntikan ini mungkin memerlukan tindak lanjut atau manajemen khusus, yang belum ditentukan, pada remaja dari menarche hingga 18 tahun. Tidak ada pembatasan karena nuliparitas.

i. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Konseling dan kepatuhan terhadap teknik pencegahan infeksi yang tepat saat memberikan suntikan adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk inisiasi suntikan. Pemeriksaan panggul dan payudara, sitologi vagina, dan penentuan tekanan darah tidak diperlukan untuk inisiasi metode ini oleh remaja.

j. Inisiasi

- 1) Suntikan ini dapat dimulai kapan saja jika penyedia layanan cukup yakin bahwa remaja tersebut tidak hamil.
- 2) Pedoman terkini merekomendasikan agar suntikan pertama diberikan selama tujuh hari pertama siklus menstruasi.

- 3) Jika dimulai setelah hari ke-7, penggunaan metode cadangan selama tujuh hari direkomendasikan (Kelompok Kerja Panduan Teknis, 1994 & 1997)
- 4) Rekomendasi untuk inisiasi pada wanita pascapersalinan, pascaaborsi, dan menyusui sama dengan wanita dewasa.

k. Penggunaan yang benar

Mekanisme kerja, kriteria kelayakan medis, dan efek samping DMPA dan NET-EN serupa. Oleh karena itu, aman untuk menghentikan penggunaan satu metode dan mulai menggunakan metode lainnya. Namun, penggunaan suntikan DMPA dan NETEN secara bergantian tidak direkomendasikan. Jika perlu beralih dari satu metode ke metode lainnya, peralihan harus dilakukan pada saat suntikan ulang seharusnya diberikan. Jika jenis suntikan dan/atau waktu suntikan sebelumnya tidak diketahui, remaja tersebut tetap dapat menerima suntikan jika cukup yakin bahwa ia tidak hamil. Ia harus menghindari hubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama tujuh hari berikutnya.

I. Konseling

Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Informasi yang cermat tentang perubahan yang diantisipasi dalam siklus menstruasi
- 2) Kemungkinan penambahan berat badan
- 3) Perlunya suntikan setiap 2 atau 3 bulan
- 4) Perlunya perlindungan IMS, termasuk penggunaan metode ganda, bila dan sebagaimana mestinya
- 5) Pilihan pasokan ulang
- 6) Biaya.

m. Tindak lanjut

Dalam kebanyakan situasi, penyuntikan ulang akan memerlukan kontak dengan petugas layanan kesehatan. Petugas harus menggunakan pertemuan ini sebagai kesempatan untuk menanyakan tentang masalah atau kekhawatiran khusus metode. Mempertimbangkan keamanan penggunaan suntikan pada remaja, tindak lanjut berbasis klinik yang kaku mungkin tidak diperlukan dalam semua kasus atau keadaan. Layanan juga harus menyediakan pilihan untuk penyuntikan ulang suntikan yang mudah, aman, dan murah, di luar lingkungan klinik, jika memungkinkan.

n. Pilihan penyedia

Sejauh ini, penggunaan suntikan pada remaja terutama terbatas pada lingkungan klinis. Namun, DMPA telah digunakan secara aman dan luas di lingkungan non-klinis pada populasi dewasa di beberapa negara. Masalah

utama yang perlu dipertimbangkan adalah keamanan prosedur injeksi. Penyediaan suntikan memerlukan teknik injeksi aseptik, penggunaan jarum dan spuit steril (sebaiknya sekali pakai) dan pembuangannya yang aman. Penyedia yang terlatih dengan baik dapat memberikan suntikan kepada remaja dengan aman (Rai et al., 1999; Stang et al., 2000).

8. Implan Progesteron

a. Jenis yang tersedia

Tersedia dua jenis utama implan progestogen saja:

- Implan levonorgestrel (Norplant® dan Jadelle®)
- Implan etonogestrel (Implanon®).

Dari semua jenis implan tersebut, Norplant® adalah satu-satunya implan yang tersedia secara luas dan telah memiliki pengalaman klinis dan programatik global. Implan ini terdiri dari enam kapsul silastik kecil yang dimasukkan di bawah kulit lengan bagian dalam atas. Setiap kapsul mengandung 36 mg levonorgestrel, yang dilepaskan ke dalam sirkulasi dengan laju rendah dan konstan. Norplant® memberikan perlindungan kontrasepsi yang sangat efektif setidaknya selama lima tahun. Jadelle® terdiri dari dua batang silastik levonorgestrel yang melindungi terhadap kehamilan selama lima tahun, dan Implanon® terdiri dari kapsul silastik yang mengandung etonogestrel yang melindungi selama tiga tahun.

b. Efektivitas

Norplant®, dengan tingkat kegagalan 0,1 kehamilan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan, merupakan salah satu kontrasepsi hormonal yang paling efektif dan reversibel yang tersedia. Studi pendahuluan menunjukkan bahwa Jadelle® dan Implanon® sama efektifnya dengan Norplant® selama lima dan tiga tahun, meskipun studi perbandingan antara Norplant® atau Jadelle® dan Implanon® masih kurang (Sivin et al., 1998; Croxatto, 2000). Efektivitas kontrasepsi yang tinggi, durasinya, dan kepatuhan yang mudah merupakan keuntungan penting bagi remaja yang menginginkan kontrasepsi jangka panjang. Untuk ketiga formulasi tersebut, risiko kehamilan yang tidak disengaja akibat penggunaan yang tidak tepat sangat rendah.

c. Mekanisme kerja

Sama seperti POPs.

d. Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan setelah pelepasan bersifat segera.

e. Efek samping dan penanganannya

Efek samping yang mungkin terjadi adalah efek samping yang dapat terjadi pada pengguna kontrasepsi lain yang mengandung progestogen dan dapat

meliputi mual, pusing, perubahan nafsu makan dengan penambahan atau penurunan berat badan berikutnya, pertumbuhan atau kerontokan rambut, kulit berminyak, jerawat, sakit kepala, dan menstruasi tidak teratur. Seperti halnya kontrasepsi oral, banyak efek samping yang terkait dengan metode ini bersifat jangka pendek, dan umumnya satu-satunya efek samping yang berlangsung selama satu tahun atau lebih adalah episode perdarahan yang tidak teratur dan tidak dapat diprediksi (Physicians' Desk Reference, 2002). Data Norplant® menunjukkan bahwa perdarahan yang tidak teratur dan berkepanjangan dapat dikurangi dengan pengobatan dengan estrogen atau obat antiinflamasi nonsteroid (Diaz et al., 1990); rejimen yang direkomendasikan sama seperti untuk wanita dewasa. Efek samping yang akan dialami pasien tertentu dengan Norplant® tidak dapat diprediksi berdasarkan pengalaman pengguna dengan metode kontrasepsi progestogen lainnya seperti pil progestogen atau Depo-Provera, atau dengan "uji coba" medroksiprogesteron oral. Meskipun ada efek samping, banyak pengguna remaja dan dewasa merasa puas dengan Norplant®. Studi serupa di kalangan remaja diperlukan untuk Implanon® dan Jadelle®. Pengguna yang diberi konseling dengan benar mengenai potensi efek samping sebelum pemasangan Norplant® lebih cenderung melanjutkan metode tersebut. Akan tetapi, perlu ditekankan bahwa ketika seorang wanita lebih memilih penghentian Norplant® daripada pengobatan simptomatis untuk efek samping, keputusannya harus dihormati.

f. Keamanan jangka panjang, manfaat, dan kriteria kelayakan medis

Karena tidak mengandung estrogen dan melepaskan sejumlah kecil levonorgestrel setiap hari, profil keamanan Norplant® lebih baik daripada kontrasepsi oral kombinasi, yang, seperti yang dijelaskan di atas, memiliki profil keamanan yang sangat baik (Stang et al., 2000; Croxatto, 2000). Jadelle® diharapkan memiliki profil keamanan yang mirip dengan Norplant®.

g. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Masalah penting yang perlu dipertimbangkan terkait penggunaan implan pada remaja adalah memastikan pelatihan yang tepat bagi petugas kesehatan dalam teknik pemasangan dan pelepasan, termasuk tindakan pencegahan infeksi dasar selama prosedur. Konseling juga merupakan prosedur penting. Pemeriksaan panggul dan payudara, sitologi vagina, dan penentuan tekanan darah tidak dianggap wajib untuk inisiasi penggunaan Norplant® oleh remaja.

h. Inisiasi

Prinsip yang sama yang diuraikan di atas untuk suntikan progestogen saja berlaku untuk Norplant®.

i. Penggunaan yang benar

Setelah implan dipasang, tidak ada persyaratan kepatuhan kontrasepsi. Pengguna hanya perlu mengingat tanggal saat implan harus dilepas. Rekomendasi saat ini adalah menghentikan penggunaan Norplant® dan Jadelle® pada usia lima tahun dan Implanon® pada usia tiga tahun.

j. Konseling

Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Perawatan tempat pemasangan beberapa hari pertama setelah pemasangan
- 2) Mengingat tanggal pelepasan 5 tahun (atau 3 tahun)
- 3) Efek samping
- 4) Perubahan siklus menstruasi
- 5) Akses untuk pelepasan atas permintaan, baik untuk alasan pribadi maupun medis
- 6) Kebutuhan untuk perlindungan IMS, termasuk penggunaan metode ganda, kapan dan sebagaimana mestinya
- 7) Biaya

k. Tindak lanjut

Meskipun tidak diperlukan jadwal tindak lanjut rutin, beberapa penyedia layanan merekomendasikan kunjungan pertama segera setelah pemasangan untuk memeriksa lokasi pemasangan dan kemungkinan masalah yang terkait dengan pemasangan. Selain itu, beberapa penyedia layanan merekomendasikan kunjungan setelah tiga bulan untuk mengidentifikasi kemungkinan masalah dan memastikan kepuasan terhadap metode tersebut. Sebagai hasil dari konseling, remaja harus memiliki keyakinan untuk kembali kapan pun mereka memiliki pertanyaan atau merasa perlu. Yang terpenting, layanan harus disiapkan untuk menyediakan pelepasan implan saat diperlukan, atau saat diminta oleh klien.

l. Pilihan penyedia layanan

Karena persyaratan prosedural untuk pemasangan dan pelepasan yang benar dan aman, pemberian Norplant® harus dianggap sebagai metode berbasis klinik, dengan pilihan penyedia layanan dan lokasi pemasangan yang relatif terbatas.

9. IUD

a. Jenis yang tersedia

Di seluruh dunia, terdapat banyak jenis IUD, dan yang paling mujarab adalah T-Cu 380A, Multiload Cu-375, dan sistem kontrasepsi intrauterin levonorgestrel. IUD yang paling umum digunakan di luar Tiongkok adalah T-

Cu 380A yang memiliki rangka berbentuk T dengan tembaga 380 mm², dan memberikan kontrasepsi yang sangat efektif hingga 10 tahun. Tidak ada laporan pengalaman penggunaan IUD progestogen saja pada remaja. Meskipun tidak ada batasan berdasarkan usia atau paritas untuk IUD, banyak remaja yang masih tidak memenuhi syarat sebagai kandidat karena risiko terpapar IMS. Kandidat ideal untuk IUD adalah mereka yang memiliki hubungan monogami jangka panjang, memiliki anak kembar, dan tidak mengalami pendarahan vagina yang tidak dapat dijelaskan.

b. Efektivitas

Angka kehamilan tahun pertama untuk IUD T-Cu 380A adalah 0,6–0,8 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan, dan sebanding dengan angka kegagalan sterilisasi wanita tahun pertama. Pada 10 tahun, angka kegagalan kumulatif adalah 1,8 per 100 (WHO, 1997). IUD levonorgestrel memiliki manfaat non-kontrasepsi, efektif selama lima tahun, dan memiliki angka kegagalan satu tahun dan lima tahun yang sebanding dengan T-Cu 380A (Sivin et al., 1991)

c. Mekanisme kerja

Meskipun mekanisme kerja kontrasepsi intrauterin tidak sepenuhnya dipahami, bukti yang tersedia menunjukkan bahwa IUD bekerja terutama dengan mencegah pembuahan (Sivin, 1989). Diperkirakan bahwa reaksi benda asing steril kronis di rongga endometrium yang ditimbulkan oleh alat ini memengaruhi kelangsungan hidup sperma, kapasitasi atau motilitas, dan akibatnya pembuahan tidak terjadi. Selain itu, tembaga diketahui bersifat toksik terhadap sperma. IUD LNG memiliki tindakan tambahan untuk mengentalkan lendir serviks, sehingga mempersulit penetrasi sperma.

d. Kembalinya kesuburan

Dengan kedua jenis IUD, tidak ada penundaan dalam kembalinya kesuburan setelah pelepasan. Peningkatan risiko penyakit radang panggul (PID), yang dapat terlihat pada beberapa kelompok remaja, merupakan perhatian penting dalam menentukan kelayakan IUD. Jika PID berkembang selama penggunaan IUD, kesuburan dapat terganggu setelah pelepasan IUD. Penggunaan IUD hanya sesuai untuk remaja yang dipilih dengan cermat; IUD umumnya tidak sesuai untuk remaja yang berisiko tinggi terkena IMS. Efek samping dan penanganannya [Lihat bab 12, halaman 12-18 hingga 12-24, ECT] Efek samping terpenting yang dialami dengan penggunaan IUD yang mengandung tembaga adalah peningkatan perdaraan menstruasi dan nyeri. Efek samping ini biasanya menjadi alasan utama untuk meminta pelepasan. Bukti menunjukkan bahwa wanita yang lebih muda kurang toleran terhadap efek samping ini dan

bahwa wanita nulipara mungkin memiliki risiko lebih tinggi untuk mengeluarkan IUD (Rivera et al., 1999a). Untuk IUD yang mengandung tembaga, pendarahan mungkin berlangsung lama dan berlebihan dalam beberapa kasus, terutama pada bulan pertama setelah pemasangan. Dalam beberapa kasus, pendarahan yang berlangsung lama dan/atau berlebihan mungkin memerlukan penanganan medis dengan obat antiinflamasi nonsteroid, pelepasan IUD, atau peralihan ke LNG-IUD.

e. Keamanan Jangka Panjang

Kekhawatiran utama penggunaan IUD adalah perkembangan PID yang dapat menyebabkan gejala sisa seperti infertilitas dan nyeri kronis. Akan tetapi, telah ditunjukkan bahwa literatur medis penuh dengan penelitian yang dirancang secara tidak tepat yang telah membesar-besarkan risiko PID (Grimes, 2000). Meskipun demikian, risiko PID paling besar dalam 20 hari pertama setelah pemasangan. PID pada pengguna IUD terjadi akibat kontaminasi rongga rahim pada saat pemasangan atau dari IMS yang baru didapat, ketika infeksi berkembang terpisah dari pemasangan. Risiko PID di antara wanita yang merupakan kandidat yang tepat untuk penggunaan IUD adalah sekitar 1 kasus per 1000 pengguna. Antibiotik profilaksis sebelum pemasangan IUD di antara wanita dengan risiko rendah untuk IMS tampaknya tidak mengurangi risiko PID setelah pemasangan IUD. Melepas IUD dianggap tidak memberikan manfaat tambahan setelah PID diobati dengan antibiotik yang tepat. Meskipun risiko absolut kehamilan ektopik lebih rendah pada pengguna LNG dan T-Cu 380A dibandingkan pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi, jika kehamilan tidak disengaja terjadi, kemungkinan besar itu adalah kehamilan ektopik. Penggunaan IUD pada wanita remaja memerlukan evaluasi yang cermat terhadap setiap kasus.

f. Manfaat

Setelah beberapa bulan penggunaan, manfaat terapeutik nonkontrasepsi yang dapat dilihat dengan AKDR LNG meliputi berkurangnya dismenoreia, berkurangnya menoragia dan anemia defisiensi besi terkait, serta timbulnya amenorea (WHO, 1997; Sivin et al., 1990).

g. Kriteria kelayakan medis

Kondisi di mana AKDR tidak boleh digunakan atau tidak direkomendasikan sama untuk wanita remaja dan dewasa.

h. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Prosedur berikut wajib dilakukan sebelum memulai penggunaan IUD pada remaja:

- 1) Konseling – remaja harus memahami potensi risiko yang terkait dengan penggunaan IUD.
- 2) Hubungan antara perilaku seksual, IMS, PID, dan infertilitas harus dipahami.
- 3) Penilaian risiko IMS melalui riwayat pribadi dan pemeriksaan fisik sangat penting dan wajib dalam semua keadaan untuk penggunaan metode yang aman dan efektif.
- 4) Pemeriksaan panggul untuk mengidentifikasi adanya infeksi genital atau kelainan apa pun yang mungkin membuat pemasangan IUD tidak tepat. Penyedia IUD harus dilatih dalam pelaksanaan dan interpretasi pemeriksaan panggul.
- 5) Prosedur pencegahan infeksi yang diperlukan untuk pemasangan IUD secara aseptik.
- 6) Penilaian adanya IMS dapat dilakukan melalui riwayat pribadi dan pemeriksaan fisik termasuk pemeriksaan panggul. Di tempat-tempat dengan prevalensi IMS yang tinggi, penggunaan tes laboratorium untuk menyingkirkan IMS dapat dipertimbangkan, jika memungkinkan.
- 7) Pemeriksaan payudara, sitologi vagina, dan penentuan tekanan darah tidak wajib untuk inisiasi penggunaan IUD pada remaja (Technical Guidance Working Group, 1994 & 1997).

i. Inisiasi

IUD dapat dipasang pada wanita remaja kapan saja dalam 12 hari pertama setelah menstruasi mulai. IUD juga dapat dipasang kapan saja selama siklus menstruasi asalkan penyedia layanan kesehatan cukup yakin bahwa remaja tersebut tidak hamil. Beberapa penyedia layanan kesehatan lebih suka memasangnya selama menstruasi ketika os serviks mungkin sedikit melebar, tetapi ini bukan persyaratan. IUD juga dapat dipasang setelah melahirkan, pascaoperasi caesar, dan pascaaborsi dengan ketentuan yang sama seperti pada wanita dewasa.

j. Penggunaan yang benar

Persyaratan penting untuk penggunaan IUD yang benar adalah kepatuhan terhadap perilaku seksual yang lebih aman, sebelum dan setelah pemasangan.

k. Konseling

Poin-poin konseling khusus metode meliputi:

- 1) Pemahaman, pengakuan pribadi, dan komitmen terhadap perilaku seksual yang lebih aman yang diperlukan untuk penggunaan IUD yang aman
- 2) Efek samping
- 3) Informasi tentang cara mengakses pelepasan

I. Tindak lanjut

Kunjungan tindak lanjut direkomendasikan setelah menstruasi pertama atau 3–6 minggu setelah pemasangan. Sebagai hasil dari konseling, wanita muda harus dibantu untuk mendapatkan kepercayaan diri untuk kembali ke penyedia layanan kapan saja mereka memiliki pertanyaan atau merasa perlu. Klien harus diinstruksikan secara khusus untuk kembali jika ada perubahan risiko IMS.

m. Pilihan penyedia layanan

Karena persyaratan ketat untuk konseling, pemasangan, pelepasan, dan tindak lanjut yang aman, IUD merupakan metode berbasis klinik. Dengan demikian, pilihan tempat melahirkan relatif terbatas. Penelitian telah menunjukkan bahwa perawat, praktisi perawat, bidan bersertifikat, dan dokter dapat dilatih untuk memasang IUD secara kompeten (Wright et al., 1977; Zeighami et al., 1976; Aziz & Osman, 1999; Andrews et al., 1999).

10. Perencanaan Keluarga Alami/Metode Berbasis Kesadaran Kesuburan

Metode pengendalian kesuburan ini bergantung pada penghindaran hubungan seksual selama masa puncak kesuburan. Metode ini memerlukan identifikasi hari-hari subur dalam siklus dengan mengamati tanda-tanda kesuburan seperti sekresi serviks dan/atau suhu tubuh basal (Ott et al., 2002; Santelli et al., 1998) atau dengan mematuhi sejumlah hari pantang ("Metode Hari Standar" atau "Metode Formula Tetap") (Arevalo et al., 2000) selama setiap siklus menstruasi. Metode berbasis kesadaran kesuburan dapat digunakan dalam kombinasi dengan metode penghalang selama masa subur. Risiko terbesar untuk kehamilan adalah selama periode waktu enam hari yang berakhir pada hari ovulasi (Wilcox et al., 1995). Secara khusus, kemungkinan kehamilan meningkat dari sekitar 4% lima hari sebelum ovulasi menjadi hampir 30% sebelum ovulasi, kemudian menurun menjadi 8% pada hari ovulasi. Sehari setelah ovulasi, kemungkinan kehamilan turun menjadi hampir nol hingga lima hari sebelum siklus ovulasi berikutnya (Wilcox et al., 1998). Untuk metode berbasis kesadaran kesuburan tradisional, ovulasi dapat diperkirakan dengan memantau perubahan suhu tubuh dan lendir serviks yang terkait dengan lonjakan progesteron pra-ovulasi (Ryder & Campbell, 1995). Metode berbasis kesadaran kesuburan yang lebih baru telah menggunakan alat bantu mengingat, seperti kalung manik-manik berkode warna yang memungkinkan pengguna untuk mengidentifikasi dengan mudah saat-saat ketika hubungan seksual tidak boleh dilakukan (Institut Kesehatan Reproduksi, 2001). Untuk mencapai tingkat pencegahan kehamilan yang tinggi, metode berbasis kesadaran kesuburan biasanya memerlukan klien dan pasangan yang termotivasi, serta dokter atau konselor yang berpengalaman.

a. Efektivitas

Metode berbasis kesadaran fertilitas digunakan dengan benar dan konsisten, metode tersebut merupakan pendekatan kontrasepsi yang efektif, dan tingkat kegagalan pada satu tahun penggunaan serendah 1–9 kehamilan per 100 wanita dapat dicapai. Untuk penggunaan umum, tingkatnya adalah 20. Meskipun tidak ada laporan tentang efektivitas metode berbasis kesadaran fertilitas pada remaja, diketahui bahwa remaja sangat sering tidak dapat mematuhi persyaratan ketat untuk penggunaan metode keluarga berencana alami yang benar dan konsisten. Oleh karena itu, metode ini biasanya tidak direkomendasikan untuk remaja.

b. Mekanisme kerja

Metode berbasis kesadaran kesuburan mengharuskan pengguna mengenali hari-hari subur dalam siklus menstruasi, dan hubungan seksual harus dihindari atau kontrasepsi penghalang digunakan selama waktu ini. Metode ini memungkinkan kelangsungan hidup sel telur selama 24 jam dan kelangsungan hidup sperma selama 5 hari. Masalah utama dengan keberhasilan penerapan metode ini adalah variabilitas durasi siklus menstruasi dan hari ovulasi. Variabilitas siklus menstruasi cenderung lebih umum selama awal dan akhir kehidupan reproduksi (remaja dan wanita peri-menopause) (Bravender & Emans, 1999; Kaunitz, 2001b). Variabilitas ini, bersama dengan tingkat motivasi pribadi yang diperlukan untuk mempraktikkan metode ini dengan benar, membuat metode berbasis kesadaran kesuburan menjadi tantangan bagi banyak remaja. Penelitian diperlukan untuk penggunaan Metode Hari Standar (memanfaatkan kalung manik-manik mnemonik) oleh remaja. Tidak ada efek samping, masalah keamanan jangka panjang, atau manfaat non-kontrasepsi yang terkait dengan penggunaan metode berbasis kesadaran kesuburan.

c. Kriteria kelayakan medis

Tidak ada kondisi medis yang membatasi penggunaan metode ini. Namun, ada beberapa kondisi yang dapat memengaruhi fungsi ovarium atau tanda dan gejala kesuburan, dan yang membuat penggunaan metode berbasis kesadaran kesuburan menjadi sangat sulit atau tidak mungkin.

d. Prosedur yang diperlukan untuk memulai

Konseling adalah satu-satunya prosedur yang dianggap wajib untuk memulai metode berbasis kesadaran kesuburan. Adanya keputihan dapat memengaruhi interpretasi perubahan lendir serviks. Situasi ini dapat diidentifikasi melalui riwayat pribadi, tetapi dalam beberapa kasus pemeriksaan panggul mungkin diperlukan.

e. Konseling/tindak lanjut dan epenanganan masalah

Konseling sangat penting dalam penyediaan metode berbasis kesadaran fertilitas bagi remaja. Dalam sebagian besar situasi konseling, remaja harus dirujuk ke penyedia layanan yang secara khusus terlatih dalam penyediaan metode berbasis kesadaran fertilitas. Keterlibatan dan partisipasi aktif dari kedua pasangan sangat penting untuk penggunaan metode ini secara tepat. Seperti halnya metode kontrasepsi lainnya, kebutuhan akan perlindungan IMS dan kontrasepsi darurat harus ditangani. Poin-poin konseling khusus metode didasarkan pada metode kesadaran fertilitas yang dipilih (Ryder & Campbell, 1995).

11. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

LAM dapat dianggap sebagai pilihan kontrasepsi yang tepat bagi remaja pascapersalinan yang berencana untuk menyusui. Variabel fisiologis utama yang mengatur keberhasilan metode adalah apakah remaja tersebut menyusui bayinya secara eksklusif atau hampir eksklusif (Hight-Laukaran et al., 1997; Ramos et al., 1996). Tidak ada pertimbangan khusus untuk penggunaan LAM pada remaja, dan pedoman yang sama untuk penggunaan LAM pada orang dewasa berlaku.

a. Efektivitas

MAL merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat andal selama enam bulan pertama pascapersalinan selama wanita tersebut amenorea. Biasanya tingkat kegagalan adalah 2 kehamilan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan. Dengan penggunaan yang sempurna, 0,5 kegagalan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama diamati.

b. Mekanisme kerja

Penghambatan ovulasi merupakan mekanisme kerja.

c. Kriteria kelayakan medis

Kelayakan sama untuk orang dewasa dan remaja.

d. Prosedur yang diperlukan untuk inisiasi

Tidak berubah dari prosedur orang dewasa. Konseling/tindak lanjut dan

e. Penanganan masalah

Tidak berubah dari orang dewasa.

12. Withdrawal

Penarikan diri membutuhkan motivasi dan disiplin tingkat tinggi, yang mungkin cukup sulit bagi pasangan remaja muda. Meskipun penarikan diri secara umum diakui sebagai metode yang sering digunakan oleh pasangan remaja, tidak ada data pasti tentang penggunaan praktik ini. Beberapa data yang ada mengenai keefektifannya menunjukkan tingkat kehamilan 12 bulan yang umum sebesar 19 per 100 wanita dan tingkat penggunaan sempurna sebesar 4 per 100

wanita. Metode ini tidak memberikan perlindungan terhadap IMS termasuk infeksi HIV.

13. Sterilisasi pria dan wanita

Hanya sedikit remaja yang dapat menjadi kandidat untuk sterilisasi, karena sterilisasi pria dan wanita merupakan bentuk kontrasepsi permanen. Usia muda telah ditemukan sebagai faktor terpenting yang terkait dengan penyesalan sterilisasi (Howard, 1982; Pati & Cullins, 2000; Schmidt et al., 2000; Hillis et al., 1999). Faktor lain yang berkorelasi dengan penyesalan, seperti perubahan status perkawinan atau pasangan, dan kematian anak juga lebih mungkin terjadi selama masa hidup orang yang lebih muda (Howard, 1982; Wilcox et al., 1991). Karena semua alasan ini, sterilisasi umumnya tidak dianggap sebagai pilihan kontrasepsi yang tepat bagi remaja. Tindakan ini hanya dapat dilakukan dalam keadaan luar biasa. Dalam kasus seperti itu, pilihan dan persetujuan yang diperoleh dan dapat diverifikasi secara tepat adalah wajib.

C. Edukasi Family Planning pada Remaja

1. Definisi Remaja

Menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa, remaja adalah individu berusia 10 hingga 19 tahun. Kelompok usia ini menimbulkan tantangan khusus bagi penyedia layanan karena merupakan populasi yang sangat beragam. Ada remaja yang sudah menikah dan belum menikah, remaja yang sudah menjadi orang tua, dan remaja yang belum cukup dewasa secara fisik untuk memiliki anak. Beberapa remaja aktif secara seksual karena pilihan; beberapa remaja aktif secara seksual tetapi bukan karena pilihan; dan remaja lainnya belum aktif secara seksual. Banyak remaja yang bersekolah, dan banyak yang tidak bersekolah. Karena keberagaman ini, berbagai kelompok remaja cenderung memiliki perhatian dan kebutuhan yang berbeda.

2. Resiko Penyakit Menular Seksual/HIV

Remaja cenderung terlibat dalam perilaku yang tidak terduga atau berisiko, yang dimotivasi oleh kenyamanan dan kebutuhan untuk menegaskan kemandirian mereka dan diterima oleh teman sebayanya. Hal ini dapat menempatkan remaja pada risiko tidak hanya untuk kehamilan yang tidak diinginkan tetapi juga untuk IMS, termasuk HIV. Hal ini khususnya menjadi masalah bagi remaja perempuan yang cenderung memiliki lebih sedikit kekuatan dalam hubungan mereka dibandingkan dengan teman sebaya laki-laki mereka. Menurut laporan tahun 2008 dari Program Gabungan Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang HIV dan AIDS (UNAIDS), perempuan Malawi berusia 15–24 tahun

memiliki tingkat prevalensi HIV sebesar 8,4%. Tingkat ini pada laki-laki pada usia yang sama hanya 2,4%.

3. Pentingnya Family Planning pada Remaja

Seperti yang ditunjukkan oleh data ini, banyak remaja memerlukan informasi dan konseling keluarga berencana yang jelas dan akurat serta akses ke metode kontrasepsi yang aman dan efektif. Menyediakan layanan ini akan membantu remaja meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka serta mengurangi konsekuensi buruk dari perilaku berisiko. Konsekuensi ini meliputi:

- a. Medis: Aborsi yang tidak aman; IMS dan infeksi HIV; risiko penularan HIV dari ibu ke anak jika terinfeksi HIV; infertilitas; kekurangan gizi; komplikasi obstetri; kematian
- b. Psikologis: Pembolosan, depresi, dan kecenderungan bunuh diri 456 Panduan Referensi Keluarga Berencana Pendidikan Prajabatan
- c. Sosial: Pernikahan dini, pendidikan yang buruk akibat putus sekolah
- d. Ekonomi: Pengangguran; prostitusi; pekerjaan bergaji rendah, ketidakmampuan untuk membiayai dan menyediakan fasilitas dasar bagi diri sendiri dan anak.

4. Strategi untuk Mengurangi Kehamilan Remaja dan Risiko Infeksi IMS/HIV

Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan remaja, mengurangi angka kehamilan, dan mengurangi konsekuensi kesehatan yang merugikan seperti yang disebutkan di atas memerlukan strategi yaitu:

- a. Memberikan remaja informasi dan pemahaman yang mereka butuhkan untuk menghindari perilaku yang tidak aman dan menggunakan metode keluarga berencana
- b. Meningkatkan akses remaja terhadap layanan keluarga berencana
- c. Memberikan remaja konseling keluarga berencana yang efektif dan "ramah remaja".

5. Yang Perlu Diketahui Remaja pada Family Planning

Remaja perlu tahu bahwa tubuh mereka mampu bereproduksi. Anak perempuan dapat hamil bahkan sebelum periode menstruasi mereka teratur, dan kebanyakan anak perempuan biasanya mulai menstruasi antara usia 9 dan 16 tahun. Banyak gadis remaja percaya bahwa mereka tidak dapat hamil sampai mereka melakukan hubungan seksual beberapa kali. Banyak anak laki-laki juga percaya hal ini. Oleh karena itu, remaja perlu tahu bahwa setiap tindakan hubungan seks tanpa kondom dapat menimbulkan kemungkinan kehamilan dan/atau tertular IMS atau HIV. Remaja perlu mengetahui:

- a. Bahwa ada metode yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan, IMS, dan HIV/AIDS, dan di mana mendapatkan metode tersebut

- b. Bahwa metode tersebut tersedia bagi mereka dan mereka tidak diharuskan untuk mendapatkan persetujuan orang tua atau pasangan untuk menerima metode kontrasepsi
- c. Cara untuk mengatakan tidak terhadap ajakan seksual yang tidak diinginkan atau bernegosiasi dengan pasangan tentang penggunaan kondom
- d. Cara menolak tekanan teman sebaya dan membangun hubungan yang sehat dan menghargai diri mereka sendiri dan pasangan mereka
- e. Potensi konsekuensi dari perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, termasuk konsekuensi kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, IMS, dan HIV/AIDS
- f. Cara melindungi diri dari IMS dan HIV/AIDS
- g. Informasi dasar dan akurat tentang seksualitas mereka, bagaimana organ reproduksi mereka berfungsi, dan bagaimana metode keluarga berencana bekerja, termasuk informasi yang sederhana dan jelas tentang siklus menstruasi dan kapan seorang wanita dapat hamil
- h. Informasi tentang pil kontrasepsi darurat (ECP) dan di mana mendapatkannya. Informasi ini harus diberikan selama konseling keluarga berencana, selama penyediaan layanan perawatan kesehatan lainnya, dan dalam sebanyak mungkin situasi dan kegiatan lainnya. Misalnya:
 - a. Memberikan pendidikan keterampilan hidup dan konseling tentang seksualitas dan gizi selama kegiatan penjangkauan remaja dan kegiatan rekreasi
 - b. Memberikan pendidikan kehidupan berkeluarga kepada remaja, baik di dalam maupun di luar sekolah, sebelum mereka mulai aktivitas seksual
 - c. Mempromosikan pendidikan remaja sebaya
 - d. Mendidik orang tua tentang masalah dan kebutuhan remaja dan bagaimana orang tua dapat membantu anak remaja mereka

6. Kiat-kiat untuk Konseling yang Efektif dan Ramah bagi Remaja

Proses yang digunakan dalam konseling yang efektif sama untuk remaja dan orang dewasa. Namun, sering kali remaja menghadapi masalah kesehatan reproduksi yang berbeda dan memiliki kebutuhan keluarga berencana yang berbeda daripada klien yang lebih tua. Konseling untuk orang dewasa muda membutuhkan keterbukaan, fleksibilitas, pengetahuan, dan pemahaman yang lebih baik. Menjalin hubungan yang baik dengan orang muda juga membutuhkan pengetahuan khusus tentang kebutuhan mereka dan kemauan yang lebih besar untuk bersikap jujur dan menghormati mereka sebagai klien yang perlu membuat pilihan yang tepat. Sangat penting untuk menunjukkan bahwa Anda mendengarkan, mengajukan pertanyaan yang tepat, dan tidak mengkritik. Kiat-

kiat untuk memberikan konseling keluarga berencana yang efektif dan "ramah remaja" meliputi:

1. Tunjukkan kepada remaja bahwa Anda senang bekerja dengan mereka.
2. Jalin hubungan yang didasarkan pada rasa hormat terhadap mereka sebagai individu.
3. Berikan konseling di tempat pribadi di mana Anda tidak dapat dilihat atau didengar. Yakinkan klien tentang kerahasiaan.
4. Gunakan bahasa yang sederhana. Hindari istilah-istilah seperti "keluarga berencana", yang mungkin tampak tidak relevan bagi remaja yang belum menikah.
5. Bantu klien untuk percaya bahwa mereka memiliki kendali atas kehidupan mereka sendiri dan bahwa mereka dapat membuat keputusan sendiri, bertindak berdasarkan keputusan tersebut, dan mengevaluasi konsekuensinya.
6. Perhatikan baik-baik isyarat non-verbal—perilaku halus yang sering kali mengungkapkan lebih banyak daripada kata-kata yang kita gunakan.
7. Bicaralah tanpa mengungkapkan penilaian. Misalnya, katakan, "Kamu bisa" daripada "Kamu seharusnya." Jangan mengkritik, bahkan jika Anda tidak setuju dengan apa yang dikatakan atau dilakukan oleh anak muda tersebut.
8. Pastikan bahwa pilihan seorang wanita muda adalah pilihannya sendiri dan bukan hasil tekanan dari pasangannya atau keluarganya. Secara khusus, jika dia ditekan untuk berhubungan seks dan tidak mau, bantu dia memikirkan apa yang dapat dia katakan dan lakukan untuk melawan tekanan tersebut. Latih keterampilan untuk menegosiasikan penggunaan kondom.
9. Perhatikan interaksi teman sebaya dengan saksama saat dalam sesi pendidikan kelompok dan catat untuk tindak lanjut ketika tekanan teman sebaya dapat memengaruhi partisipasi atau respons seseorang.
10. Bantu klien remaja memeriksa alternatif yang tersedia dan membuat perubahan positif dengan mendorong mereka untuk membicarakan kemungkinan tindakan dan konsekuensi dari tindakan tersebut.
11. Luangkan waktu untuk sepenuhnya menjawab pertanyaan, ketakutan, dan informasi yang salah tentang seks, IMS, dan kontrasepsi. Banyak remaja menginginkan kepastian bahwa perubahan pada tubuh dan perasaan mereka adalah hal yang normal. Bersiaplah untuk menjawab pertanyaan umum tentang pubertas, perdarahan bulanan, masturbasi, ejakulasi malam hari, dan kebersihan alat kelamin.

7. Kriteria Kelayakan Medis untuk Remaja

Semua metode kontrasepsi aman untuk remaja.

D. Kesimpulan

1. Metode kontrasepsi yang dapat digunakan oleh remaja dalam family planning adalah metode Perlindungan ganda dan penggunaan metode ganda, Metode barier, Kontrasepsi Darurat, Kontrasepsi oral kombinasi – Dosis Rendah, Kontrasepsi suntik Kombinasi, Pil progestin, Injeksi progestin, Implan progesteron, AKDR, Metode alamiah, Metode amenore laktasi, Withdrawal, Sterilisasi wanita dan laki-laki (sangat jarang digunakan). **1. Metode perlindaungan ganda** memiliki dua pendekatan (selain pantang) untuk perlindungan simultan terhadap kehamilan dan IMS. Salah satu pendekatan adalah penggunaan kondom secara eksklusif untuk memberikan "perlindungan ganda". remaja dan orang dewasa dapat mempraktikkan "penggunaan metode ganda", yang melibatkan selalu menggunakan kondom ditambah metode lain yang memiliki tingkat kegagalan penggunaan kontrasepsi yang lebih rendah. **2. Metode penghalang** meliputi busa spermisida, jeli, krim, film, dan suppositoria; kondom pria; kondom wanita; diafragma; spons kontrasepsi, dan *cup* serviks. Kecuali diafragma dan *cup* serviks, semua metode ini umumnya tersedia secara bebas, dan dapat diperoleh dari petugas distribusi berbasis masyarakat . Metode ini mencegah kehamilan melalui penyediaan penghalang/*barier* fisik dan/atau kimia terhadap sperma. Keuntungan penting dalam perlindungan simultan saat ini hanya berlaku untuk kondom, dan bukti efektivitas kondom dalam mencegah infeksi HIV dan IMS lainnya jauh lebih besar untuk kondom pria daripada kondom wanita. Selain itu, tingkat efektivitas penggunaan umum untuk pencegahan kehamilan lebih besar pada kondom pria Iritasi vagina telah dilaporkan sebagai akibat dari penggunaan spermisida yang sering (beberapa kali sehari) yang mana akan menghilang setelah penghentian penggunaan spermisida. Kondom pria terbukti melindungi terhadap infeksi HIV dan beberapa IMS lainnya. **3. Kontrasepsi Darurat** Kontrasepsi darurat (KD) adalah penggunaan regimen kontrasepsi darurat dalam beberapa hari pertama setelah hubungan seksual tanpa kondom, untuk mencegah kehamilan. Tersedia tiga jenis Kontrasepsi Darurat, yaitu: Kontrasepsi oral kombinasi (KOK) dengan dosis lebih tinggi daripada yang digunakan untuk kontrasepsi berkelanjutan, Pil progestogen saja dengan dosis lebih tinggi daripada yang digunakan untuk kontrasepsi berkelanjutan dan Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) tembaga. Setiap dosis pil progesteron harus mengandung 750 µg levonorgestrel. Ada pil yang dikemas khusus untuk kontraspesi darurat; Namun, pil levonorgestrel yang umum tersedia untuk kontrasepsi berkelanjutan juga dapat digunakan untuk tujuan ini. AKDR tembaga yang dimasukkan dalam waktu lima hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman merupakan pilihan lain untuk kontrasepsi darurat. Dalam kasus

di mana seorang remaja berisiko rendah terkena IMS dan menginginkan metode kontrasepsi jangka panjang, ini mungkin merupakan pilihan kontrasepsi darurat yang tepat. Dalam kebanyakan situasi, karena persyaratan kelayakan untuk AKDR. Dalam kasus pil kontrasepsi darurat, mekanismenya juga dapat bervariasi menurut titik dalam siklus menstruasi saat pil tersebut digunakan. Efek utamanya adalah penghambatan atau penundaan ovulasi. Efek kontrasepsi darurat bersifat sementara, dan kembalinya kesuburan bersifat langsung. Mual dan muntah merupakan efek samping yang sering terjadi dan terkadang parah akibat penggunaan pil kontrasepsi darurat, Pusing, nyeri payudara, sakit kepala, dan kelelahan juga dapat dialami . Selain itu, perdarahan tidak teratur dapat terjadi pada siklus saat pil kontrasepsi darurat digunakan. Pil kontrasepsi darurat tidak direkomendasikan untuk penggunaan jangka panjang.

4. Kontrasepsi Oral Kombinasi- Dosis Rendah Istilah "dosis rendah" mengacu pada kontrasepsi oral kombinasi yang mengandung 35 µg atau kurang dari estrogen sintetis, etinil estradiol. Formulasi kontrasepsi oral kombinasi juga mengandung salah satu dari banyak progestogen sintetis yang berbeda. kontrasepsi oral kombinasi yang paling banyak tersedia di sektor publik mengandung progestogen levonorgestrel (LNG) atau norethindrone (NET) yang juga dikenal sebagai norethindrone. Setiap kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah yang tersedia untuk suatu program dapat diresepkan dengan aman kepada remaja; dan setiap kontrasepsi oral kombinasi dosis rendah akan menghasilkan perbaikan jerawat ringan hingga sedang. tingkat kegagalan untuk wanita dari segala usia berkisar antara 6–8 kehamilan per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan. Mekanisme kerja utama kontrasepsi oral kombinasi adalah penghambatan ovulasi. Penebalan lendir serviks juga diyakini sebagai mekanisme penting. Bagi remaja dan wanita dewasa, kembalinya kesuburan setelah menghentikan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi berlangsung cepat. Jarang terjadi, pengguna kontrasepsi oral kombinasi akan mengalami penundaan hingga tiga bulan dalam kembalinya ovulasi. Mual, pusing, sakit kepala ringan, nyeri payudara, perubahan suasana hati, dan pendarahan spontan dapat terjadi dalam beberapa kasus. Seperti halnya orang dewasa, remaja harus diberi konseling tentang kemungkinan efek samping sebelum memulai penggunaan. Beberapa manfaat nonkontrasepsi dari penggunaan kontrasepsi oral kombinasi mungkin menarik bagi remaja, seperti Keteraturan siklus menstruasi dan menunda menstruasi.

5. Kontrasepsi Suntik Kombinasi kontrasepsi suntik kombinasi mirip dengan kontrasepsi oral kombinasi karena mengandung progestogen dan estrogen. Namun, selain cara pemberiannya yang berbeda, kontrasepsi suntik kombinasi juga berbeda dari kontrasepsi oral kombinasi karena senyawa estrogenik aktifnya adalah estradiol,

bukan etinil estradiol. Etinil estradiol mengikat reseptor estrogen dengan gugus etinil aktifnya yang melekat, sehingga berpotensi memicu peningkatan produksi globulin hati. Peningkatan globulin hati adalah mekanisme yang menyebabkan fenomena tromboemboli langka yang dikaitkan dengan kontrasepsi oral kombinasi. . Tiga jenis kontrasepsi suntik kombinasi yang diberikan setiap bulan umumnya tersedia: satu mengandung 25 mg depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) dan 5 mg estradiol cypionate (Cyclofem®, Cycloprovera®, dan Lunelle®), satu mengandung 50 mg norethisterone enanthate dan 5 mg estradiol valerate (Mesigyna®), satu mengandung 150 mg dihydroxyprogesterone acetophenide dan 10 mg estradiol enanthate. Jika digunakan dengan benar dan konsisten, kontrasepsi suntik kombinasi merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif. Kembalinya kesuburan pada wanita dewasa yang menghentikan penggunaan kontrasepsi suntik kombinasi berlangsung cepat. Suntikan CIC diulang setiap empat minggu. Jika interval penyuntikan ulang tidak dapat dipatuhi, penyuntikan ulang dapat diberikan hingga tujuh hari lebih awal atau hingga tujuh hari lebih lambat tanpa memerlukan perlindungan kontrasepsi tambahan; penyuntikan awal atau lambat tersebut dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur tanpa mengurangi kemanjuran kontrasepsi. Jika remaja terlambat lebih dari tujuh hari untuk mendapatkan suntikan, ia dapat menerima suntikan jika cukup yakin bahwa ia tidak hamil. Ia harus menjauhkan diri dari hubungan seks atau menggunakan perlindungan kontrasepsi tambahan selama tujuh hari berikutnya.**6. Kontrasepsi Pil Progesteron** Pil ini hanya mengandung progestogen, dan tersedia dua formulasi umum: Satu formulasi mengandung levonorgestrel (30 µg) atau norgestrel (75 µg), yang lain mengandung noretisteron atau norethindrone (350 µg). Pil progestogen saja umumnya diperuntukkan bagi remaja yang sedang menyusui, atau bagi beberapa remaja yang secara medis tidak dapat mengonsumsi estrogen. Selain efektivitasnya yang menurun, pil progestogen saja memiliki kekurangan berupa episode perdarahan tidak teratur yang lebih sering dan terus-menerus. Kehamilan yang tidak disengaja akibat penggunaan yang tidak tepat diperkirakan lebih sering terjadi pada kontrasepsi pil progesteron daripada pada kontrasepsi oral kombinasi. Tidak ada laporan tentang efektivitas penggunaan POP oleh remaja, namun pada orang dewasa POP merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif bila digunakan dengan benar dan konsisten. Mekanisme utama kerja kontrasepsi POP adalah menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks. Seperti halnya orang dewasa, kembalinya kesuburan setelah penghentian penggunaan POP pada remaja bersifat langsung. Payudara terasa nyeri, sakit kepala ringan, dan kulit berminyak/berjerawat dapat terjadi dalam beberapa situasi, dan merupakan

poin penting dalam konseling. Efek samping terpenting dari penggunaan POP adalah perubahan siklus menstruasi **7. Kontrasepsi Injeksi Progesteron** Kategori ini merujuk pada kontrasepsi suntik yang hanya mengandung progestogen. Dua formulasi saat ini tersedia: satu mengandung 150 mg depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA) yang diberikan setiap tiga bulan, yang lain mengandung 200 mg norethisterone enanthate (NET-EN) yang diberikan setiap dua bulan. Dengan tingkat kegagalan 0,3 per 100 wanita dalam 12 bulan pertama penggunaan DMPA dan NET-EN, suntikan progestogen saja merupakan salah satu kontrasepsi hormonal reversibel paling efektif yang tersedia saat ini. Kedua suntikan tersebut merupakan penghambat ovulasi yang sangat efektif. Meskipun kedua sediaan tersebut mengentalkan lendir serviks, mekanisme utama untuk kemanjuran kontrasepsi adalah penghambatan ovulasi. Kembalinya kesuburan setelah penghentian salah satu suntikan tertunda. Penundaan tersebut terdokumentasi dengan lebih baik dan mungkin lebih lama untuk DMPA. Efek samping yang mungkin terlihat pada suntikan progestogen sama dengan yang mungkin terlihat pada kontrasepsi progestogen lainnya, yaitu: perdarahan atau bercak yang tidak teratur, tidak terduga, berkepanjangan, atau berat; nyeri payudara; sakit kepala; pusing; hirsutisme; rambut rontok; gugup; dan jerawat. Perubahan pola perdarahan menstruasi, jerawat, dan penambahan berat badan adalah efek samping dari suntikan progestogen yang umumnya menjadi perhatian khusus bagi remaja. Informasi yang ada tentang keamanan jangka panjang suntikan sebagian besar terkait dengan DMPA. Kekhawatiran utama tentang penggunaan DMPA pada remaja adalah peningkatan risiko osteoporosis.

8. Implan Progesteron Tersedia dua jenis utama implan progestogen saja: Implan levonorgestrel (Norplant® dan Jadelle®), Implan etonogestrel (Implanon®). Dari semua jenis implan tersebut, Norplant® adalah satu-satunya implan yang tersedia secara luas dan telah memiliki pengalaman klinis dan programatik global. Kembalinya kesuburan setelah pelepasan bersifat segera. Efek samping yang mungkin terjadi adalah efek samping yang dapat terjadi pada pengguna kontrasepsi lain yang mengandung progestogen dan dapat meliputi mual, pusing, perubahan nafsu makan dengan penambahan atau penurunan berat badan berikutnya, pertumbuhan atau kerontokan rambut, kulit berminyak, jerawat, sakit kepala, dan menstruasi tidak teratur. Karena tidak mengandung estrogen dan melepaskan sejumlah kecil levonorgestrel setiap hari, profil keamanan Norplant® lebih baik daripada kontrasepsi oral kombinasi. Setelah implan dipasang, tidak ada persyaratan kepatuhan kontrasepsi. Pengguna hanya perlu mengingat tanggal saat implan harus dilepas. Rekomendasi saat ini adalah menghentikan penggunaan Norplant® dan Jadelle® pada usia lima tahun dan

Implanon® pada usia tiga tahun. **9. IUD** Di seluruh dunia, terdapat banyak jenis IUD, dan yang paling mujarab adalah T-Cu 380A, Multiload Cu-375, dan sistem kontrasepsi intrauterin levonorgestrel. IUD yang paling umum digunakan di luar Tiongkok adalah T-Cu 380A yang memiliki rangka berbentuk T dengan tembaga 380 mm², dan memberikan kontrasepsi yang sangat efektif hingga 10 tahun. Angka kehamilan tahun pertama untuk IUD T-Cu 380A adalah 0,6–0,8 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan, dan sebanding dengan angka kegagalan sterilisasi wanita tahun pertama. bahwa IUD bekerja terutama dengan mencegah pembuahan. Dengan kedua jenis IUD, tidak ada penundaan dalam kembalinya kesuburan setelah pelepasan. Kekhawatiran utama penggunaan IUD adalah perkembangan PID yang dapat menyebabkan gejala sisa seperti infertilitas dan nyeri kronis. Setelah beberapa bulan penggunaan, manfaat terapeutik nonkontrasepsi yang dapat dilihat dengan AKDR LNG meliputi berkurangnya dismenoreia, berkurangnya menoragia dan anemia defisiensi besi terkait, serta timbulnya amenorea. IUD dapat dipasang pada wanita remaja kapan saja dalam 12 hari pertama setelah menstruasi mulai.

10. Perencanaan Keluarga Alami/Metode Berbasis Kesadaran Kesuburan Metode pengendalian kesuburan ini bergantung pada penghindaran hubungan seksual selama masa puncak kesuburan. Metode ini memerlukan identifikasi hari-hari subur dalam siklus dengan mengamati tanda-tanda kesuburan seperti sekresi serviks dan/atau suhu tubuh basal. Metode berbasis kesadaran fertilitas digunakan dengan benar dan konsisten, metode tersebut merupakan pendekatan kontrasepsi yang efektif. Meskipun tidak ada laporan tentang efektivitas metode berbasis kesadaran fertilitas pada remaja, diketahui bahwa remaja sangat sering tidak dapat mematuhi persyaratan ketat untuk penggunaan metode keluarga berencana alami yang benar dan konsisten. Oleh karena itu, metode ini biasanya tidak direkomendasikan untuk remaja. Metode berbasis kesadaran kesuburan mengharuskan pengguna mengenali hari-hari subur dalam siklus menstruasi, dan hubungan seksual harus dihindari atau kontrasepsi penghalang digunakan selama waktu ini. Metode ini memungkinkan kelangsungan hidup sel telur selama 24 jam dan kelangsungan hidup sperma selama 5 hari. Tidak ada kondisi medis yang membatasi penggunaan metode ini. **11. Metode Amenorea Laktasi (MAL)** LAM dapat dianggap sebagai pilihan kontrasepsi yang tepat bagi remaja pascapersalinan yang berencana untuk menyusui. MAL merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat andal selama enam bulan pertama pascapersalinan selama wanita tersebut amenorea. Penghambatan ovulasi merupakan mekanisme kerja. **12. Withdrawal** Penarikan diri membutuhkan motivasi dan disiplin tingkat tinggi, yang mungkin cukup sulit bagi pasangan remaja muda. Meskipun

penarikan diri secara umum diakui sebagai metode yang sering digunakan oleh pasangan remaja, tidak ada data pasti tentang penggunaan praktik ini. **13. Sterilisasi pria dan wanita** Hanya sedikit remaja yang dapat menjadi kandidat untuk sterilisasi, karena sterilisasi pria dan wanita merupakan bentuk kontrasepsi permanen. Usia muda telah ditemukan sebagai faktor terpenting yang terkait dengan penyesalan sterilisasi

2. Edukasi Family Planning pada Remaja. Menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa, remaja adalah individu berusia 10 hingga 19 tahun. Kelompok usia ini menimbulkan tantangan khusus bagi penyedia layanan karena merupakan populasi yang sangat beragam. Ada remaja yang sudah menikah dan belum menikah, remaja yang sudah menjadi orang tua, dan remaja yang belum cukup dewasa secara fisik untuk memiliki anak. Beberapa remaja aktif secara seksual karena pilihan; beberapa remaja aktif secara seksual tetapi bukan karena pilihan; dan remaja lainnya belum aktif secara seksual. Banyak remaja yang bersekolah, dan banyak yang tidak bersekolah. Karena keberagaman ini, berbagai kelompok remaja cenderung memiliki perhatian dan kebutuhan yang berbeda. Remaja cenderung terlibat dalam perilaku yang tidak terduga atau berisiko, yang dimotivasi oleh kenyamanan dan kebutuhan untuk menegaskan kemandirian mereka dan diterima oleh teman sebayanya. banyak remaja memerlukan informasi dan konseling keluarga berencana yang jelas dan akurat serta akses ke metode kontrasepsi yang aman dan efektif. Menyediakan layanan ini akan membantu remaja meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka serta mengurangi konsekuensi buruk dari perilaku berisiko. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan remaja, mengurangi angka kehamilan, dan mengurangi konsekuensi kesehatan yang merugikan seperti yang disebutkan di atas memerlukan strategi yaitu: Memberikan remaja informasi dan pemahaman yang mereka butuhkan untuk menghindari perilaku yang tidak aman dan menggunakan metode keluarga berencana, Meningkatkan akses remaja terhadap layanan keluarga berencana, Memberikan remaja konseling keluarga berencana yang efektif dan "ramah remaja". Remaja perlu tahu bahwa tubuh mereka mampu bereproduksi. Anak perempuan dapat hamil bahkan sebelum periode menstruasi mereka teratur, dan kebanyakan anak perempuan biasanya mulai menstruasi antara usia 9 dan 16 tahun. Banyak gadis remaja percaya bahwa mereka tidak dapat hamil sampai mereka melakukan hubungan seksual beberapa kali. Banyak anak laki-laki juga percaya hal ini. Oleh karena itu, remaja perlu tahu bahwa setiap tindakan hubungan seks tanpa kondom dapat menimbulkan kemungkinan kehamilan dan/atau tertular IMS atau HIV. Proses yang digunakan dalam konseling yang efektif sama untuk remaja dan orang dewasa. Namun,

sering kali remaja menghadapi masalah kesehatan reproduksi yang berbeda dan memiliki kebutuhan keluarga berencana yang berbeda daripada klien yang lebih tua. Konseling untuk orang dewasa muda membutuhkan keterbukaan, fleksibilitas, pengetahuan, dan pemahaman yang lebih baik. Menjalin hubungan yang baik dengan orang muda juga membutuhkan pengetahuan khusus tentang kebutuhan mereka dan kemauan yang lebih besar untuk bersikap jujur dan menghormati mereka sebagai klien yang perlu membuat pilihan yang tepat. Sangat penting untuk menunjukkan bahwa Anda mendengarkan, mengajukan pertanyaan yang tepat, dan tidak mengkritik

E. Referensi

- ACOG Practice Bulletin (2002) Emergency Oral Contraception. Number 25, March 2001, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington. DC. Int J Gynecol Obstet, August 2002; 78(2):191–198.
- Alan Guttmacher Institute (2002b) Issues in Brief. Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide, 1997. Accessed February 2002b. <http://www.guttmacher.org/pubs.ib10.html>
- Andrews WC, Jones KP (1991) Therapeutic uses of oral contraceptives. Dialogues in Contraception, 3:1–8
- Audet M, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, Creasy GW (2001) (for the Ortho Evra®/Evra® 004 Study Group) Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: A randomized controlled trial. JAMA, 285(18):2347–2354.
- Balassone ML (1989) Risk of contraceptive discontinuation among adolescents. J Adolesc Health Care, 10(6):527–533.
- Barlow D (1977) The condom and gonorrhoea. Lancet, Oct 15; 2(8042):811–813
- Barfai G (2000) Emergency contraception in clinical practice: Global perspectives. Int J Obstet Gynecol, 70:49–58
- Brucker C, Lipford GB (1995) The human sperm acrosome reaction: physiology and regulatory mechanisms. An update. Hum Reprod Update, 1(1):51–62
- Burkman RT, Mishell DR Jr, Shulman LP (2001) Transdermal Contraceptive System. Dialogues in Contraception, 7(2):1–4, and 8.

Cook RL, Rosenberg MJ (1998) Do Spermicides Containing Nonoxynol-9 Prevent Sexually Transmitted Infections? A Meta-Analysis. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 144–150

Coutinho EM, Spinola P, Tomaz G, Morais K, Nassar de Souza R, Sabino Pinho Neto J, de Barros Leal W, Bomfim Hippolito S, D'Aurea Abrantes A (2000) Efficacy, acceptability and clinical effects of a low-dose injectable contraceptive combination of dihydroxyprogesterone acetophenide and estradiol enanthate. Contraception, 61(4):277–280.

Creinin MD (1997) A reassessment of the efficacy of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Hum Reprod, 12(3):496–498.

Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumowski Z (1996) A Prospective Comparison of Bone Density in Adolescent Girls Receiving Depotmedroxyprogesterone Acetate (Depo-provera), Levonorgestrel (Norplant), or Oral Contraceptives. J Pediatr, 129(5):671–676

Davis KR, Weller SC (1999) The Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. Fam Plann Perspect, 31(6):272–279.

DeJonge CU (1998) An update on human fertilization. Semin Reprod Endocrinol, 16(3):209–217

Elstein M, Morris SE, Groom GV, Jener DA, Scarsbrick JJ, Cameron EH (1976) Studies on low-dose oral contraceptives: Cervical mucus and plasma hormone changes in relation to circulating Dnorgestrel and 17_ ethinyl-estradiol concentrations. Fertil Steril, Aug; 27(8):892–899

Farmer RD, Lawrenson RA, Thompson CR, Kennedy JG, Hambleton IR (1997) Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives. Lancet, 349(9045):83– 88

Glasier A, Baird D (1998) The effects of self-administering emergency contraception. N Engl J Med, 339(1):1–4

Glasier A (1997) Emergency Postcoital Contraception. N Engl J Med, 337(15):1058– 1064.

Goldman JA, Dicker D, Feldberg D, Samuel N, Resnik R (1985) Barrier contraception in the teenager: a comparison of court methods in adolescent girls. Pediatr Adolesc Gynecol, 1985; 3(1):59–76.

Hall PE (1998) New once-a-month injectable contraceptives, with particular reference to Cyclofem/ Cyclo-Provera. Int J Gynecol Obstet, Aug; 62(Suppl 1):S43–S56.

Harper C, Balistreri E, Boggess J, Leon K, Darney P (2001) Provision of Hormonal Contraceptives Without a Mandatory Pelvic Examination: The First Stop Demonstration Project. *Fam Plann Perspect*, 33(1):13–18

Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal D (1998) *Contraceptive Technology*, Seventeenth revised edition. Montreal, Quebec: Ardent Media, Inc

Hooton TM, Hillier S, Johnson C, Roberts PL, Stamm WE (1991) Escherichia Coli Bacteriuria and Contraceptive Methods. *JAMA*, Jan; 265(1):64–69.

Ho PC, Kwan MS (1993) A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in postcoital contraception. *Hum Reprod*, Mar; 8(3):389–392

Huggins GR, Cullins VE (1990) Fertility after contraception or abortion. *Fertil Steril*, 54(4):559–573.

Kaunitz AM, Garceau RJ, Cromie MA (1999) Comparative safety, efficacy, and cycle control of Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension) and Ortho-Novum 7/7/7 oral contraceptive (nordihydro/ethynodiol dihydroestadiol triphasic), Lunelle Study Group. *Contraception*, Oct; 60(4):179–187.

Kaunitz AM (1992) Guiding Adolescents in Proper Contraceptive Use. *Cont OB/GYN*, 15–33

Kost K, Forrest JD, Harlap S (1991) Comparing the health risks and benefits of contraceptive choices. *Fam Plann Perspet*, 23:54.

Kulig JW (1989) Adolescent contraception: Non-hormonal methods. *Adolesc Gynecol*, 36:717.

Lei ZW, Wu SC, Garceau RJ, Jiang S, Yang QZ, Wang WL, Vander Meulen TC (1996) Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*, 53(6):357–361.

Lytle CD, Routson LB, Seaborn GB, Dixon LG, Bushar HF, Cyr WH (1997) An in vitro evaluation of condoms as barriers to a small virus. *Sex Transm Dis*, 24(3):161–164

Ministry of Health. 2007. Malawi national reproductive health service delivery guidelines. Lilongwe, Malawi: Ministry of Health.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases (2000) National Institute of Health, Department of Health and Human Services. Workshop Summary: Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Diseases (STD) Prevention. Hyatt Dulles Airport, Herndon, Virginia.

Pemberton J, McCann JS, Mahony JD, MacKenzie G, Dougan H, Hay I (1972) Socio-medial characteristics of patients attending a VD clinic and the circumstances of infection. *Br J Vener Dis*, Oct; 48(5):391–396

Physicians' Desk Reference (2002b) Table 1 – Annual and five-year cumulative pregnancy rates per 100 users by weight class. 56th edition. Medical Economics, Thomson HealthCare. Montvale, NJ. 3544.

Rai C, Thapa S, Day J, Bhattacharai L, McMullen S, Jha R, Shrestha S, Bastola S (1999) Presence of Conditions in Rural Nepal for which DMPA Initiation is not Recommended: Implications for Community Based Service Delivery of DMPA. *Contraception*, July; 60(1):31–37.

Raymond E, Dominik R (1999) The Spermicidal Trial Group. Contraceptive Effectiveness of Two Spermicides: A Randomized Trial. *Obstet Gynecol*, 6:896–903

Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA, Tamoufe U, Weir SS, Wong EL (1998) A Controlled Trial of Nonoxylnol 9 Film to Reduce Male-to-Female Transmission of Sexually Transmitted Diseases. *N Engl J Med*, 339(8):504–510.

Roddy RE, Cordero M, Cordero C, Fortney J (1993) A Dosing Study of Nonoxylnol-9 and Genital Irritation. *Int J STIs and AIDS*, 4:165–170.

Rwenge M (2000) Sexual Risk Behaviors Among Young People in Bamenda, Cameroon. *Fam Plann Perspect*, 26(3):118–123, and 13

Santelli JS, Brener ND, Lowry R, Bhatt A, Zabin LS (1998) Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Fam Plann Perspect*, 30(6):271–275.

Schwartz MA, Lafferty WE, Hughes JP, Handsfield HH (1997) Risk factors for urethritis in heterosexual man. The role of fellatio and other sexual practices. *Sex Transm Dis*, Sept; 24(8):449–455.

Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CS, el Mahgoub S, Diaz S, Pavez M, Alvarez F, Brache V, Thevenin F (1991) Prolonged intrauterine contraception: a seven-year randomized study of the levonorgestrel 20 mcg/day (LNG 20) and the copper T 380A IUDs. *Contraception*, 44(5): 473–480.

Speroff L, Darney PD (1996) A clinical guide for contraception. 2nd ed. Williams and Wilkins, Baltimore:

Stang A, Schwingl P, Rivera R (2000) New contraceptive eligibility checklists for provision of Combined oral contraceptives and Depot-medroxyprogesterone acetate in Community-based Services Programmes. Bull WHO, 78(8):1015–1023

Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M (1996) Effect of postcoital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. Acta Obstet Gynecol Scan, 75:738–744.

Taylor-Seehafer M, Rew L (2000) Risky Sexual Behavior among Adolescent Women. JSPN, 5(1):15– 25.

The New Zealand Contraception and Health Study Group (1994) Risk of cervical dysplasia in users of oral contraceptives, intrauterine devices or depot-medroxyprogesterone acetate. Contraception, 50:431–441.

Technical Guidance Working Group (1994 and 1997) Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use. Results of a Technical Meeting. Volume I. November 1994 and Volume II, September 1997

Trussell J, Sturgent SJ, Strickler J, Dominik R (1994) Comparative efficacy of the female condom and other barrier methods. Fam Plann Perspect, 26(2):66–72

Trussell J, Raymond EG (1999) Statistical Evidence about the Mechanism of the Yuzpe Regimen of Emergency Contraception. Obstet Gynecol, 93:872–876.

Trussell J, Ellertson C (1995) Efficacy of emergency contraception – topical review. Fertility Control Reviews, 4(2):8–11.

Van Damme L, Masse B, Laga M (2000) Vaginal microbicides, an update. XIII World Conference on HIV/AIDS, Durban, South Africa, July 12, 2000

WHO (1998a) Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet, 353:429–433

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception (1995a) Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. Lancet, 346:1582–1588

WHO (2002) Global estimates of maternal mortality for 1995: Results of an in-depth review, analysis and estimation strategy. <http://www.who.int/reproductive-health>

health/publications/
RHR_01_9_maternal_mortality_estimates/statement_on_maternal
mortality_estimates.en.html – Accessed March 10, 2002

World Health Organization/Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communications Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A global handbook for providers (2008 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO/RHR. <http://info.k4health.org/globalhandbook/>

Wittenberg, Jonathan, Alister Munthali, Ann Moore, Eliya Zulu, Nyovani Madise, MacBain Mbandawire, Felix Limbani, Leila Darabi, Sidon Konyani. 2007. Protecting the next generation in Malawi: New evidence on adolescent sexual and reproductive health needs. New York: Guttmacher Institute.

F. Glosarium

IMS	: Infeksi Menular Seksual
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
KD	: Kontrasepsi Darurat
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
IUD	: Intrauterine Device
ECP	: Emergency Contraception Pil
KB	: Keluarga Berencana
COC	: Contraception Oral Combination
CIC	: Contraception Injektion Combination
WHO	: World Health Organization
POP	: Pil Only Progesterone
NET-EN	: norethisterone enanthate
DMPA	: depot-medroxyprogesterone acetate
PID	: Pelvic Inflammatory Disease
MAL	: Metode Amenorea Laktasi

CHAPTER 8

PERAN ORANG TUA DAN PENDIDIKAN SEKSUAL DIRUMAH

Susilawati, SST., M. Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sejahtera baik secara fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Salah satu cara untuk mendukung remaja memperoleh kesehatan reproduksi adalah dengan pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual komprehensif (Wulandari Artha et al, 2022).

Remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak kanak dan masa dewasa, remaja dalam ilmu psikologis juga diperkenalkan dengan istilah lain, seperti *puberties*, *adolescence*, dan *youth*. Dalam bahasa Indonesia sering pula dikaitkan dengan pubertas. Zakiah Derajat mengemukakan bahwa remaja adalah anak yang ada pada masa peralihan diantara masa anak-anak dan masa dewasa, dimana anak-anak mengalami perubahan-perubahan cepat disegala bidang. (Inez Dentiana dan Adisel, 2022).

Masa remaja merupakan masa eksplorasi seksual sebagai identitas seorang individu. Perkembangan hasrat seksual yang dialami remaja, menjadi sebuah kekhawatiran bagi remaja tentang daya tarik mereka terhadap lawan jenis). Seksualitas merupakan komponen perkembangan fisik yang alami dari sifat manusia dan merupakan elemen yang tidak terpisahkan dari setiap individu. Perilaku seksual menggerakan diri individu untuk membuat hubungan yang memberikan rasa aman dalam emosional, kehangatan dan kebahagiaan. Hal itu menjadi kekuatan yang mempengaruhi pikiran, perasaan, kepekaan pilihan, kesehatan fisik dan spiritual individu (Ipah Sarifah, 2021).

Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual bertujuan untuk membekali remaja dengan pengetahuan, sikap, nilai, serta keterampilan yang dapat membantu mereka untuk berdaya dalam mewujudkan kesehatan, kesejahteraan, dan martabat mereka; mengembangkan relasi sosial dan seksual yang saling menghormati, mempertimbangkan risiko dalam setiap pilihan yang dibuat, dan memahami perlindungan atas hak mereka (Wulandari Artha et al, 2022).

Di Indonesia banyak anak-anak tidak mendapatkan pendidikan seks yang benar dan cukup. Mereka justru mendapat informasi tentang seks dari teman sebaya, internet, dan majalah. Padahal sumber informasi tersebut belum tentu benar

dan tidak dapat dipertanggungjawabkan. Pemberian pendidikan atau informasi mengenai masalah seks masih menjadi pro dan kontra di masyarakat Indonesia. Dari beberapa data dan kasus kekerasan seksual anak yang terjadi, dikarenakan anak tidak tahu dan tidak menyadari bahwa perlakuan orang dewasa yang menyentuh bagian pribadi adalah perlakuan yang salah. Hal ini terjadi karena anak-anak belum pernah diajarkan mengenal bagian tubuhnya terutama alat kelaminnya. Anak tidak dikenalkan bagian pribadi mana yang boleh dan tidak boleh disentuh. Anak tidak mengetahui mana sentuhan yang aman dan tidak aman, serta tidak mengetahui bagaimana mempertahankan diri bila mengalami perlakuan tersebut. Kekerasan seksual remaja di Indonesia dapat diumpamakan sebagai gunung es. Ada banyak kasus kekerasan tetapi hanya sedikit yang tampak bahkan sebagian besarnya tenggelam tanpa ditindaklanjuti. Fenomena gunung es ini terjadi salah satunya karena stigma negatif yang menyelubungi kasus kekerasan seksual, menyebabkan para korban yang masih remaja takut dan memilih berdiam diri atau bahkan 'dibungkam' oleh orang-orang di sekitarnya. Pelaku kekerasan seksual tidak memandang gender maupun peran sosial. Pelaku kekerasan seksual pada anak bisa datang dari orang-orang terdekat seperti, ayah, ibu, paman, kakek, teman, dan orang lain yang sepatutnya menjadi perlindungan bagi anak. Hal ini lah yang menjadi salah satu faktor semakin banyak korban kekerasan seksual yang takut untuk melapor (Helmi Yusuf, 2019; Diana Annabelle Situmorang, 2024).

Faktanya, remaja masih belum memahami tentang pendidikan seks, terutama perilaku seksual sehat pada aspek kesehatan reproduksi. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) (dalam Badan Pusat Statistik (BPS) et al., 2013) menjabarkan bahwa remaja usia 15-24 tahun yang belum menikah dan pernah melakukan hubungan seksual sebanyak 0.9% pada wanita usia 15-19 tahun dan 2,6% pada wanita usia 20-14 tahun. Sementara sebanyak 3,6% pada laki-laki usia 15-19 tahun dan 14.5% pada laki-laki usia 20-24 tahun (Saripah & Nadhirah, 2020).

Komunikasi orang tua sangat diperlukan dalam menyampaikan topik-topik sensitif terutama topik seksual, karena dalam topik tersebut masih awam untuk anak dengar. Namun, jika dalam pendampingan penuh yang dilakukan orang tua dalam memberikan infomasi tersebut maka akan mudah dimengerti oleh anak sesuai dengan bahasa yang dilakukan oleh orang tua dan anak. Apabila komunikasi orang tua berpengaruh baik kepada anaknya maka hal itu akan menyebabkan anak berkembang baik pula (Tasya Anjani Swara, 2024).

Remaja diharapkan menjalin komunikasi yang efektif dengan keluarga terutama orang tua mengenai Kesehatan reproduksi, yang nantinya akan meningkatkan pengetahuan remaja tersebut mengenai perilaku seksual yang aman. Remaja dengan rasa keingintahuannya yang sangat tinggi mengenai masalah yang

berhubungan dengan seksualitas, membuat para remaja berusaha mencari tahu lebih banyak lagi informasi tentang seksualitas, sehingga agar pengetahuan remaja optimal, peran orangtua sangat menentukan, terutama peran sebagai pendidik, panutan, pendorong, sahabat, pengawas, serta sebagai konselor. Sehingga orang tua harus meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, menjalin kedekatan dengan anak, dan menentukan waktu yang tepat untuk memberikan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sehingga dapat diarahkan dengan memberikan informasi yang diperoleh dari orang tua, dan merupakan informasi yang pertama sebelum memperolehnya dari yang lain, investasi dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja merupakan investasi untuk masa depan yang lebih sehat dan lebih baik bagi generasi muda. (Wakhidah Noor Agustina,2023)

B. Remaja

Masa remaja merupakan masa transisi dari kanak-kanak ke masa dewasa yang ditandai dengan perkembangan fisik, mental, emosional dan social. masa remaja secara umum dikaitkan dengan tahap kehidupan antara masa pubertas dan dewasa yaitu usia 10-19 tahun (WHO, 2018). Dalam hal fisik, periode remaja ditandai dengan adanya perubahan ciri-ciri fisik dan fungsi psikologis, terutama yang berhubungan dengan organ reproduksi, sedangkan dari sisi psikologis, masa remaja merupakan saat individu mengalami perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial, dan moral (Kemenkes RI, 2020).

Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya setempat. WHO menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja. Menurut Departemen Kesehatan (DepKes) menyatakan remaja adalah mereka yang berusia 10-19 tahun dan belum kawin, sedangkan menurut Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) batas usia remaja adalah 10-21 tahun (Yeni Devita et al, 2022).

Tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan berikut : 1) Masa remaja awal/dini (*early adolescence*) : umur 11 – 13 tahun. Dengan ciri khas : ingin bebas, lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berpikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya. 2) Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*) : umur 14 – 16 tahun. Dengan ciri khas : mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal tentang seksual, mempunyai rasa cinta yang mendalam. 3) Masa remaja lanjut (*late adolescence*) : umur 17 – 20 tahun. Dengan ciri khas : mampu berpikir 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 (Aisyah Hamdani et al, 2021).

Perubahan-perubahan biologis dan psikologis yang sangat pesat ditambah kurangnya informasi dari orang tua maupun pendidik serta mudahnya mengakses teknologi membuat timbulnya berbagai masalah pada remaja. Masalah-masalah tersebut antara lain: a) Masalah-masalah yang terkait keluarga seperti pertentangan dengan orang tua, hubungan dengan anggota keluarga yang lain, menentang aturan di rumah dll, b) Masalah-masalah yang terkait lingkungan sekolah, misalnya berani menentang guru, kurang fokus dalam menyelesaikan tugas, membolos dll, c) Masalah-masalah yang terkait penampilan atau citra diri misalnya mulai memperhatikan berat badan, timbulnya jerawat, bau badan dll, d) Masalah-masalah yang terkait emosi misalnya suasana hati yang beubah-ubah, gampang emosi, mudah khawatir, mudah gelisah dll, e) Masalah-masalah terkait penyesuaian sosial misalnya kurang percaya diri, sulit bergaul, berusaha mencari penerimaan teman sebaya, dll, f) Masalah-masalah yang terkait nilai-nilai misalnya penyalahgunaan narkoba, pergaulan bebas dll, g) Masalah-masalah yang terkait hubungan dengan lawan jenis misalnya mulai pacaran, putus cinta, backstreet, perkawinan usia remaja dll, h) Masalah-masalah terkait pekerjaan misalnya sulit mencari pekerjaan, malas bekerja, dll (Fredrika Nancy Losu et al, 2017).

Karakteristik pertumbuhan dan perkembangan remaja dilihat dari 3 dimensi, yakni: 1) Dimensi biologis: Menstruasi pertama pada remaja putri serta mimpi basah pada remaja putra merupakan tanda seorang anak memasuki masa pubertas, secara biologis remaja mengalami perubahan yang sangat besar. 2) Dimensi Kognitif: Dalam periode ini, para remaja (*adolesens*) telah memiliki pola pikir sendiri sehingga dapat berusaha menyelesaikan masalah-masalah yang kompleks dan abstrak. Kemampuan remaja dalam berpikir berkembang sedemikian rupa dimana mereka dengan mudah bisa membayangkan banyak pilihan pemecahan masalah beserta kemungkinan dampak atau hasilnya. Para remaja tidak lagi menerima informasi apa adanya, tetapi mereka akan memproses informasi itu serta mengadaptasikannya dengan pemikiran mereka sendiri. 3) Dimensi Sosial: remaja mulai mempertanyakan keabsahan pemikiran yang ada serta mempertimbangkan lebih banyak alternatif lainnya. Secara kritis, *adolenses* mulai lebih banyak melaksanakan pengamatan

keluar serta membandingkan terhadap hal-hal yang selama ini diajarkan serta ditanamkan kepadanya (Burhanuddin Basri et al, 2022).

C. Penyebab Perilaku Kekerasan Seksual di Kalangan Remaja

Perilaku kekerasan seksual terjadi karena beberapa sebab utama. Yang pertama adalah pornografi. Terlalu sering menonton tayangan pornografi menimbulkan hawa nafsu dan fantasi seks dalam diri seseorang sehingga membuat pelaku memiliki dorongan yang sangat besar untuk menyalurkan hasratnya. Nafsu yang tidak dapat dikendalikan membuat pelaku nekat melakukan kekerasan seksual bahkan banyak kasus penyimpang dan seksual juga disebabkan konsumsi pornografi di kalangan remaja. Penyebab utama yang kedua adalah karena si pelaku pernah menjadi korban kekerasan seksual atau pelecehan seksual, terutama apabila saat menjadi korban, kasusnya tidak ditangani dan diselesaikan dengan baik dan benar. Kejadian traumatis membuat si pelaku cenderung membalaaskannya dengan melakukan hal yang sama kepada orang lain. Lalu yang ketiga adalah kurangnya kedekatan orang tua dan anak yang membuat anak menjadi kurang mendapat pendidikan seksual dari orang tua dan orang tua tidak dapat mengontrol setiap perilaku anak-anak remaja mereka (Ellen Juita Gultom, 2024).

D. Pentingnya Komunikasi Keluarga dalam Pencegahan Kasus Kekerasan Seksual

Komunikasi merupakan salah satu hal yang penting dalam kehidupan karena komunikasi menjadi jalan tengah untuk segala permasalahan yang ada salah satunya adalah sebagai bentuk pencegahan kekerasan seksual kepada anak (Meni Handayani, 2017)

Menurut Muthmainnah (2014) anak perlu untuk dibekali berbagai pengalaman sosial yang membantu anak mengembangkan kemampuan sosial, memperkuat mental dan ketahanan anak ketika menghadapi suatu masalah. Dalam rangka mempersiapkan anak menghadapi tantangan sosial, maka orang tua, perlu membekali anak dengan keterampilan sosial agar anak mampu menyikapi permasalahan sosialnya. Anak berhak merasakan keamanan, kedamaian, dan kebahagiaan. Anak perlu dibekali dengan keterampilan sosial berdasarkan beberapa faktor di atas, tidak dapat dipungkiri bahwa komunikasi antara orang tua dan anak dalam pendidikan seks adalah hal yang penting untuk dilakukan (Reni Dwi Septiani, 2021).

Menurut Lestari, (2013) Komunikasi seksualitas orang tua anak berperan penting dalam memberikan bekal informasi seksualitas pada anak dan membentuk perilaku seksual yang bertanggungjawab pada anak. Komunikasi seksualitas tersebut sebaiknya menekankan pentingnya nilai-nilai moral terkait seksualitas

sebagaimana yang telah diajarkan dalam agama. Kelebihan komunikasi seksualitas orang tua-anak dibandingkan sumber informasi seksualitas lainnya adalah terjaminnya kesinambungan komunikasi yang terjadi antara orang tua anak. Mengingat pentingnya peran orang tua sebagai pemberi informasi seksualitas bagi anak, sebaiknya orang tua menjalankan peran tersebut dengan baik agar anak tidak memenuhi rasa ingin tahu tentang seksualitas ke sumber-sumber lain yang tidak dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya (Clara SD Kartika et al, 2019).

Kekerasan seksual cenderung menimbulkan dampak traumatis baik pada anak maupun pada orang dewasa. Namun, kasus kekerasan seksual sering tidak terungkap karena adanya penyangkalan terhadap peristiwa kekerasan seksual yang terjadi. Lebih sulit lagi adalah jika kekerasan seksual ini terjadi pada anak-anak, karena anak-anak korban kekerasan seksual tidak mengerti bahwa dirinya menjadi korban (Noviana, 2015). Korban sulit mempercayai orang lain sehingga merahasiakan sebuah peristiwa kekerasan seksualnya. Selain itu, anak cenderung takut melaporkan karena mereka merasa terancam dan akan mengalami konsekuensi yang lebih buruk bila melapor, selain itu anak juga merasa malu untuk menceritakan peristiwa kekerasan seksualnya, anak merasa bahwa peristiwa kekerasan seksual itu terjadi karena kesalahan dirinya dan peristiwa kekerasan seksual membuat anak merasa bahwa dirinya mempermalukan nama keluarga. Dampak pelecehan seksual yang terjadi ditandai dengan adanya *powerlessness*, dimana korban merasa tidak berdaya dan tersiksa ketika mengungkap peristiwa pelecehan seksual tersebut (Reni Dwi Septiani, 2021).

Pendidikan seks pada anak harus dikenalkan bertahap sesuai perkembangan anak. Bila hal ini dilakukan saat beranjak dewasa, mereka akan mencari penjelasan dari lingkungan sekitar yang terkadang menyesatkan. Untuk mulai menciptakan komunikasi yang terbuka terhadap anak, orang tua bisa mendiskusikan beberapa hal berikut ini sesuai kesepakatan, yaitu (1) mengungkapkan pendapat ke orang tua dan menceritakan apapun yang terjadi kepada orang tua, (2) pembatasan jam belajar anak, (3) batas waktu anak keluar malam, (4) wilayah mana saja yang menjadi privasi anak maupun orang tua, dan (5) tayangan televisi yang bisa ditonton oleh anak berdasarkan usia (Reni Dwi Septiani, 2021).

E. Pendidikan Seksual Pada Remaja

Pendidikan seksual merupakan aspek penting dalam perkembangan remaja yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang tepat mengenai seksualitas (Munawaroh, 2023).

Menurut Tejakusumah (2015) pendidikan seksual bagi remaja diberikan berdasarkan usia dan kebutuhan (Yessy Mata dan Rosalia Owa Gadja, 2022):

1. Usia 10-12 Tahun

Yang harus orang tua berikan pada anak di usia ini adalah:

- a. Menolong mereka agar paham tentang masa pubertas.
- b. Berikan penjelasan tentang menstruasi pada wanita dan mimpi basah pada pria agar mereka siap ketika mengalami hal itu.
- c. Menghargai privasi mereka.
- d. Dukung mereka untuk melakukan komunikasi yang terbuka.
- e. Menekan mereka untuk tahu bahwa proses kematangan seksual setiap orang berbeda walaupun secara fisik sudah dewasa tetapi secara emosi dan psikisnya belum dewasa untuk melakukan hubungan intim.
- f. Berikan pemahaman pada mereka bahwa ada banyak cara untuk mengekspresikan cinta tanpa berhubungan intim.
- g. Berdiskusi secara terbuka dengan mereka terkait alat kontrasepsi (alat kontrol kehamilan).
- h. Berdiskusilah tentang perasaan emosional dan seksual.

2. Usia 13-15 Tahun

Yang harus orang tua berikan pada anak di usia ini adalah:

- a. Mengajarkan pada mereka tentang nilai keagamaan dan keluarga.
- b. Katakan pada mereka bahwa ada banyak cara mengekspresikan cinta.
- c. Berdiskusilah dengan mereka terkait faktor apa saja yang perlu di pertimbangkan sebelum berhubungan seks.

3. Usia 16-18 Tahun

Yang harus orang tua berikan pada anak di usia ini adalah:

- a. Mendukung mereka dalam mengambil keputusan sambil memberi informasi tentang apa yang harus ia lakukan dalam mengambil keputusan.
- b. Diskusilah dengan mereka terkait perilaku seks yang menyimpang.
- c. Jadi, pendidikan seks yang orang tua berikan pada anak harus di sesuaikan dengan usia dan kebutuhan mereka. Pendidikan seks juga harus di berikan sedini mungkin agar tidak terputus hingga anak memasuki usia remaja.

F. Peran Orang tua dalam memberikan Pendidikan seksual

Pendidikan seksual merupakan upaya untuk memberikan informasi tentang *genetica* fisik dan fungsinya, terutama dalam kaitannya dengan seks, baik pada perempuan maupun laki-laki. Pendidikan seksual, dimana orang tua dapat dilakukan dengan menunjukkan bagian tubuh yang sensitif yang tidak dapat diperlihatkan dan tidak dapat disentuh oleh orang lain yang tidak berkepentingan. (Arlin Datu, 2023).

Pendidikan seks yang di berikan keluarga bagi anak (terutama remaja) sangat penting agar memiliki pemahaman tentang organ reproduksi, fungsi dan perubahan apa saja yang terjadi pada masa remaja. Peran orang tua sangat besar dalam pemberian pendidikan seks bagi remaja karena orang tua merupakan orang terdekat remaja, sehingga orang tua diharapkan mampu menjadi sumber informasi yang pertama bagi anak (Yessy Mata dan Rosalia Owa Gadja, 2022)

Orangtua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh, dan membimbing anak-anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang mengantarkan anak untuk siap dalam bermasyarakat. Selain itu, orangtua merupakan individu yang pertama kali tahu bagaimana perubahan perkembangan karakter dan kepribadian anak akan tumbuh dewasa sebagai manusia yang baik dan bermanfaat bagi masyarakat. (Kurniati, 2021)

Orangtua memiliki peran di dalam memberikan edukasi kepada anak terkait dengan pendidikan seksual. Pendidikan seksual masih dianggap tabu oleh masyarakat, yang berdampak pada remaja memiliki pengetahuan tentang pendidikan seksual yang kurang. Akibatnya, remaja melakukan pencarian tentang "seks" dari sumber yang tidak dapat dipertanggung jawabkan. Meskipun membicarakan seksual kepada anak masih dianggap tabu namun secara tidak disadari pendidikan seksual sudah dilakukan oleh mereka. Sebagai contoh mengajarkan kepada anak untuk tidak menggunakan baju terbuka saat berada di luar rumah, tidak menggunakan perhiasan yang mencolok, dan lain sebagainya.

Safita (2013) mengatakan bahwa infomasi tentang seksualitas sebaiknya didapatkan anak langsung dari orangtuanya, namun karena kurangnya pengetahuan orangtua serta kurangnya interaksi dan komunikasi antara orangtua dan anak menjadi faktor utama belum tersampaikannya pendidikan seksual pada anak di lingkup keluarga. Informasi mengenai pendidikan seksual yang diberikan kepada anak bertujuan agar anak tidak memiliki pemahaman yang salah dan terjerumus ke dalam tindak kekerasan (Kurniati, 2021).

Untuk menghindari hal - hal yang demikian, anak harus diajari tata cara melindungi dirinya, membimbingnya untuk membedakan sentuhan kasih sayang dan sentuhan yang mengarah pada pelecehan. Anak harus dibiasakan untuk tidak mudah terbujuk dengan iming - iming apapun yang diberikan orang dewasa. Mereka juga harus diajari untuk tidak takut mengatakan hal yang sebenarnya pada orang tua jika dia tidak merasa nyaman dengan sentuhan yang diterimanya dari seseorang. Tapi tidak dianjurkan menakut - nakuti anak karena anak mungkin akan keliru menafsirkan kedalam sikap *frigid* atau anti seks ketika mereka dewasa kelak. Pada anak remaja, perlakuan yang tidak senonoh sering terjadi di tempat umum dan terbuka, misalnya kendaraan umum yang penuh sesak. Mereka sering menempel

dan menggesek - gesekkan bagian depan tubuhnya (laki - laki) ke bagian belakang tubuh perempuan, mungkin di pundak atau di pantat, menyentuh, memegang, dan meraba pantat, dan payudara. Untuk mengantisipasi hal yang demikian perlu kiranya orang tua mengingatkan remaja perempuan untuk selalu waspada ketika berada dalam situasi ramai dan penuh sesak, karena keramaian tersebut sangat disukai pelaku. Di samping itu, anak - anak hendaknya dibiasakan untuk : a) Berani dan bersikap tegas jika di dalam kendaraan umum mendapati dirinya menjadi objek pelecehan. Tidak pasrah, tapi melakukan perlawanan terhadap pelaku perbuatan tak senonoh itu, b) mengatur posisi ketika berjalan di tengah keramaian yang padat, dekat tas untuk menutupi dan melindungi payudara, c) Jangan takut untuk menjerit atau berteriak terhadap siapapun orang tak dikenal yang bersikap kurang ajar menyentuh dada, pantat, atau bagian - bagian tubuh anak di depan umum (Evania Yafie,).

G. Pentingnya Peran Orang Tua Dalam Memberikan Pendidikan Seksual Yang Tepat Dan Terbuka Kepada Remaja

Menurut Wahyuni (2018) beberapa peran orang tua dalam memberikan pendidikan seksual pada remaja yaitu (Yessy Mata dan Rosalia Owa Gadja, 2022):

1. Pendidik

Pembagian tugas antara orang tua sebagai pendidik ialah hal penting dalam pendidikan seks, yang dimana Ayah adalah gambaran dari figur pria dan Ibu adalah gambaran dari figur wanita. Dari pembagian tugas ini, anak bisa tahu tentang aspek-aspek seksualitas yang berkembang dalam hidupnya. Mengembangkan pandangan terkait seksualitas secara seimbang dan lengkap dapat membuat anak berpikiran positif tentang seksualitas. Ayah mengajarkan apa yang harus dilakukan saat remaja pada anak laki-laki sedangkan Ibu mengajarkan pada anak perempuan. Orang tua juga harus menjelaskan masalah seks secara lengkap kepada anak-anak.

2. Evaluator

Evaluasi dilakukan bukan saja untuk mengecek sejauh mana pemahaman anak terkait materi yang sudah diberikan melainkan juga berkaitan dengan bagaimana sikap mereka dalam menerima informasi dari luar, mengingat akses untuk mendapatkan informasi sangat cepat dan mudah. Adapun bentuk evaluasi, seperti memberi pertanyaan untuk menggali serta mengukur kemampuan anak untuk melihat bagaimana mereka menyelesaikan masalah seksual yang mereka hadapi.

3. Pendamping

Hal ini harus di lakukan orang tua secara mutlak sehingga orang tua dapat mengetahui apa yang harus mereka perbuat pada anaknya terkait persoalan seks. Orang tua harus berupaya menjadi sahabat untuk anak-anak dalam masalah seks, sehingga anak akan berani membicarakan tentang seks pada orang tua.

4. Pemantau

Hal ini di lakukan oleh orang tua untuk mendampingi anak dalam menghadapi masalah seks. Tanpa pendampingan dari orang tua, anak akan kebingungan dan jangan sampai mereka akan menjadikan temannya sebagai tempat bertanya. Orang tua harus berperan sebagai pengontrol yang baik agar tujuan pendidikan seks bagi anak-anak dapat tercapai. Jadi, keluarga dalam melaksanakan perannya dalam pendidikan seks bagi anak sangat penting untuk paham serta menguasai cara komunikasi yang baik dan pemilihan waktu yang tepat untuk menyampaikan pendidikan seks. Kemampuan keluarga dalam berkomunikasi secara positif bisa membuat anak paham bagaimana cara mencegah perilaku yang negatif terhadap seks sehingga mereka dapat terhindar dari perilaku menyimpang. Penyampaian pendidikan seks yang benar dan tepat dapat menentukan nilai sikap dan pandangan anak pada seks yang bisa menentukan keharmonisan satu keluarga di masa depan.

Memberikan pemahaman kesehatan reproduksi oleh orang tua kepada anak merupakan salah satu bentuk peran yang sangat penting dilakukan oleh orang tua, terutama di zaman modern sekarang (Aisyah Hamdani et al, 2021).

Beberapa poin penting yang perlu disampaikan saat memberikan pendidikan seksual pada remaja (Rusmawaty Sitorus, 2021):

1. Bagian tubuh dan fungsinya

Edukasi seks membantu anak untuk lebih memahami tentang tubuh dan membantu mereka mencintai tubuh mereka sendiri. Sebelum masuk usia remaja, berikan edukasi seks mengenai area tubuh. Pada fase praremaja mengenalkan fungsi vagina atau penis, payudara, dan berbagai bagian tubuh lainnya. Dan beritahu anak bahwa bagian-bagian tubuh tertentu tidak boleh disentuh oleh siapapun.

2. Pubertas yang akan dialami

Menjelaskan perubahan apa saja pada tubuh. Biasanya, memasuki usia 9 atau 10 tahun pubertas akan dimulai. Pada anak perempuan, sampaikan bahwa ia akan mengalami pertumbuhan payudara, juga menstruasi. Begitu juga pertumbuhan rambut pada beberapa bagian tubuh seperti ketiak dan area vagina. Sementara pada anak laki-laki, selain pertumbuhan penis dan testis, ia juga akan mengalami perubahan suara, hingga mimpi basah. Lalu, pertumbuhan

rambut di area wajah, ketiak, dan area penis. Jelaskan padanya bahwa semua perubahan ini adalah hal yang normal dan tidak perlu malu atau takut jika fase ini terjadi.

3. Aktivitas seksual

Pada masas remaja, biasanya anak sudah mulai menaruh perhatian terhadap lawan jenis. Maka berikanlah edukasi mengenai hubungan dengan lawan jenis, bagaimana cara memperlakukan teman lawan jenis.

4. Kekerasan dan pelecehan seksual

Edukasi seks atau pendidikan seksual tidak hanya memberikan pemahaman mengenai gambaran aktivitas seksual. Sejak anak berada di sekolah dasar, berikan pemahaman mengenai pelecehan seksual dengan bahasa yang mudah dimengerti.

H. Dampak Minimnya Pendidikan Seksual yang diberikan Orang Tua

Pada zaman modenisasi ini, minimnya pendidikan seksual pada anak berakibat perlakuan seks bebas merajalela. Perlakuan seks bebas merupakan sesuatu yang agak umum di kalangan masyarakat. Seks merupakan desakan reproduktif yang semula jadi bagi seseorang untuk memulakan satu keluarga dan juga tarikan seksual yang biasanya dikongsi di antara satu pasangan. Perlakuan seks bebas ialah pergaulan seks tanpa mengira pasangannya. Seks bebas merupakan aktivitas yang tidak sehat kerana membawa banyak implikasi yang negatif. Persoalannya, apakah yang mendorong orang ramai terjebak dalam perlakuan seks bebas ini? Maka jawabannya adalah minimnya pengetahuan pelaku tentang akibat dari perlakuan seksual yang mereka lakukan. Akibat dari perlakuan seks bebas di luar nikah yang dapat menimbulkan penyakit HIV/AIDS dan penyakit lainnya. Seperti, herpes genital, Sifilis, kencing nanah, klamidia, kutil di kelamin, hepatitis B, kanker prostat, kanker serviks (leher rahim) dan trichomoniasis bagi pelakunya. Sementara Narkoba dapat merusak kesehatan manusia, baik secara fisik, emosi, maupun perilaku pemakai (Aisyah Hamdani et al, 2021).

I. Cara Orang Tua Dapat Mendukung Kesehatan Reproduksi Remaja

Terkait dengan perkembangan remaja yang diiringi perkembangan aspek psikoseksual dengan lawan jenis, dan ditandai dengan matangnya organ reproduksi, yang dimulai selama masa pubertas, bahkan dapat pula berlangsung sepanjang hidup seseorang. Hal ini dapat memberikan dampak yang beraneka ragam pada perkembangan karakter seseorang, yang jika tidak terkendali akan menumbuhkan perilaku pergaulan bebas. Jika remaja mampu melewati tahapan perkembangan psikoseksualnya dengan baik, maka remaja tersebut akan memiliki kepribadian yang

sehat. Dalam setiap perkembangan yang dialami oleh anak, sudah seharusnya orang tua mengambil peran penting yang mendukungnya, membekali remaja dengan pengetahuan seputar perilaku anak sejak lahir hingga remaja, memberikan rasa nyaman, penuh kasih sayang, penerimaan, penghargaan, bimbingan, perlindungan, dan dorongan kepada putra-putrinya hingga anak dapat mengembangkan kepribadian dan identitasnya, menjadi dewasa secara fisik, emosional, kognitif, dan sosialnya (Wakhidah Noor Agustina, 2023).

Beberapa hal yang harus diperhatikan orangtua mengenai pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja (Wakhidah Noor Agustina, 2023):

1. Memberikan informasi (pendidikan) kesehatan reproduksi (pendidikan seks dini), penyakit menular seksual karena hubungan seksual bebas, bahaya narkoba, pernikahan usia dini yang mengakibatkan tingginya tingkat kematian ibu melahirkan, belum siap mental dan psikis yang berdampak pada peningkatan angka perceraian, yang dapat memberikan dampak sosial.
2. Menumbuhkan rasa malu. Kenalkan anak mengenai aurat dan membiasakan mengenakan pakain yang tertutup dan sopan.
3. Mengenalkan orang yang tidak boleh untuk dinikahi karena ikatan kekerabatan atau agama.
4. Mendidik anak untuk menjaga kepribadian sesuai dengan fitrahnya. Laki-laki dengan maskulinitasnya, dan feminitas pada anak perempuan.
5. Mengajarkan untuk menjaga pandangan.
6. Memisahkan kamar dengan orang tua dan antara anak laki-laki dan perempuan.
7. Mengedukasi anak adab berkunjung ke rumah orang dan ke kamar orang tua.
8. Mengenalkan perbedaan anatomi tubuh laki-laki dan perempuan, pembinaan mental spirit, kesehatan reproduksi, penyakit berbahaya akibat pergaulan bebas.

J. Kesimpulan

Sebagai orang tua bentuk kasih sayang yang diberikan tidak hanya memberikan pendidikan dan kepercayaan kepada anaknya tetapi juga penting untuk selalu mengontrol perkembangan anaknya, dan sebagai orang tua juga dapat menepatkan diri sebagai teman kepada anaknya agar anak lebih terbuka dengan orang tua dan akan merasa nyaman untuk menceritakan apa yang selalu terjadi pada dirinya dengan begitu orang tua akan dapat dengan mudah mengontrol perkembangan anaknya serta mengajarkan tentang pentingnya melindungi kesehatan reproduksi (Chairanisa Anwar et al, 2020).

Peran orangtua amat penting agar anak mendapatkan pendidikan seksual yang pas. Pendidikan seks yang sesuai takarannya sangat penting untuk menghindari gangguan psikologis. Sebab, anak yang terpapar visualisasi seks

berlebihan akan terlalu memusatkan diri pada seks. Orang tua perlu khawatir, kalau kondisi itu terjadi pada umur pubertas,. Di fase praremaja ini biasanya anak mempunyai rasa penasaran dan keingintahuan yang kuat. Makanya, orang tua mesti bisa memberikan jawaban dan bimbingan yang tepat. Ironisnya, menurut ahli psikolog keluarga dan anak, di Indonesia kebanyakan orang tua justru malah marah, ketika anaknya bertanya tentang seks atau hal lain yang dianggap tabu di masyarakat. Jadi sebagai orang tua agar tidak melahirkan kesalahan persepsi di pikiran anak berikanlah pendidikan seksual berdasarkan usia dan kebutuhan bagi remaja.

K. Referensi

- Agustina, Wakhidah, Noor. (2023). Pentingnya Partisipasi Orangtua dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja. <https://suaramuhammadiyah.id/read/pentingnya-partisipasi-orangtua-dalam-pendidikan-kesehatan-reproduksi-remaja>
- Alawiyah, T. (2021). Pendidikan Sex Pada Anak. *Jurnal Studi Gender dan Anak*, 8(01), <https://doi.org/10.32678/jsga.v8i01.5859>
- Anwar, Chairanisa et al. (2020). Hubungan Pengetahuan dan Peran Keluarga dengan Perilaku Remaja Putri dalam Menjaga Kesehatan Reproduksi di SMP Negeri 1 Kuta Baro Aceh Besar. <https://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/866/439>
- Artha, Wulandari et al. (2022)Buku Saku Orang Tua Mengenal Kesehatan Reproduksi Remaja. Bali: PKBI. <https://www.gemilangsehat.org/wp-content/uploads/2024/02/Buku-Saku-Orang-Tua-Mengenal-Kesehatan-Reproduksi-Remaja.pdf>
- Basri, Burhanuddin et al. (2022). Pendidikan Seksual Komprehensif Untuk Pencegahan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja. Bandung : Media Sains Indonesia
- Datu, Arlin. (2023). Sinergi Orang Tua dan Sekolah dalam Pendidikan Seksual pada Anak terhadap Upaya Pencegahan Kekerasan Seksual. <https://attractivejournal.com/index.php/aj/article/view/626/463>
- Dentiana, Inez & Adisel. (2022). Peran Orang Tua Dalam Memberikan Pendidikan Seks Pada Remaja Untuk Mencegah Hubungan Seks Pranikah <https://eprints.ums.ac.id/41910/25/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>

Devita, Yeni, et al (2022). Edukasi Pengenalan Dan Pencegahan Kekerasan Seksual Pada Anak Dan Remaja Di Panti Asuhan Anak Yatim/ Fakir Miskin Ar-Rahman Pekanbaru.
<https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kreativitas/article/view/7140>

Gultom, Ellen, Juita. (2024) Pola Asuh. Waspada Kekerasan Seksual Dikalangan Remaja.<https://lldikti3.kemdikbud.go.id/wp-content/uploads/2024/09/RTK09-60-65.pdf>

Hamdani, Aisyah, et al. (2021). Peran Orang Tua dalam Memberikan Pemahaman Kesehatan Reproduksi. <https://semnas.biologi.fmipa.unp.ac.id/index.php/prosiding/article/download/354/309/1091>

Handayani, Meni. (2017). Pencegahan kasus kekerasan seksual pada anak melalui komunikasi antar pribadi orang tua dan anak.
<https://journal.unj.ac.id/unj/index.php/jiv/article/view/2805/2091>

Kartika, Chlara SD, et al. (2019). Keterlibatan_Orang_Tua_dalam_Pendidikan Seksualitas Anak. https://d1wqxts1xzle7.cloudfront.net/69718669/pdf-libre.pdf?1631746714=&response-content-disposition=inline%3B+filename=%3DKeterlibatan_Orang_Tua_dalam_Pendidikan.pdf&Expires=1732654378&Signature=Ihx2SF31CDKR4neNSs1I~TyIRfoTwpzHs4bdkGM00KW19ZI-sNEccsMv8kFqAUOy9GvqGkgZMucYRpSoNe2d7uO~W~MXAGLSFaWXopyyoofQ~iPfVjUNRZbhib-1rUQotx93PSob5V1fwa9~lv5S2x0XMr5kEYeDbbkcHP~7f52R91O-gm6ysWO5fLRSud0VQ0E9G~PK0-O5K6F5yqoFETYEndvuJFTlqDOAIQRONPV-jrJc590pnfRm4Zcio0HNcdWzScEno~pHYQffjCDhn4XxV0cuUVqQQGqlEDWcHFpxXk-cvCXXAFBbWa2aI6pl9EoDJ0s7Xvlz~gHHjhGspQxg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI

Kurniati. (2021). Peran Orangtua Dalam Pendidikan Seksualitas Anak Studi Pada 3 Keluarga Di Kelurahan Malatunrung Kecamatan Wara Timur Kota Palopo.
<http://repository.umpalopo.ac.id/2142/>

- Mata, Y., & Gadja, R. O. (2022). Peran Orang Tua Dalam Memberikan Pendidikan Seks Bagi Remaja di Desa Tasi Kecamatan Lembur Kabupaten Alor <https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/download/2906/2250/>
- Munawaroh. (2023). Pendidikan Seksual Bagi Remaja: Tantangan Dan Harapan Dari Perspektif Orang Tua. <https://ejournal.lp2m.uinjambi.ac.id/ojs/index.php/an-Nisa/article/view/2611/1234>
- Saripah, Ipah, et al. (2021). Kebutuhan Pendidikan Seksual Pada Remaja: Berdasarkan Survei Persepsi Pendidikan Seksual Untuk Remaja. <https://www.academia.edu/download/72790304/664.pdf>
- Septiani, Reni, Dwi. (2021). Pentingnya Komunikasi Keluarga dalam Pencegahan Kasus Kekerasan Seks pada Anak Usia Dini. <https://journal.uny.ac.id/index.php/jpa/article/view/40031/15924>
- Sitorus, Rusmawaty. (2021). Panduan pendidikan seks pada anak dan remaja. <https://dinsospmd.babelprov.go.id/content/panduan-pendidikan-seks-pada-anak-dan-remaja>
- Situmorang, Diana, Annabelle. (2024). Fenomena Gunung Es : Kekerasan Seksual di Kalangan Remaja. <https://fk.unair.ac.id/fenomena-gunung-es-kekerasan-seksual-di-kalangan-remaja/>
- Sugiharti, R., & Erlangga, E. (2023). Sosialisasi Parenting Pendidikan Seksual di Era Digital. *TEMATIK*, 4(1). <https://doi.org/10.26623/tmt.v4i1.8038>
- Swara, Tasya, Anjani. (2024). Peran Komunikasi Orang Tua Dalam Pencegahan Kekerasan Seksual Pada Anak Usia Dini Di TK Tunas Harapan Sokosari. http://etheses.uingusdur.ac.id/7962/2/2420094_Full%20Text.pdf
- World Health Organization (WHO). (2018). *Guidance on ethical considerations in planning and reviewing research studies on sexual and reproductive health in adolescent*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/guidance-on-ethical-considerations-in-planning-and-reviewing-research-studies-on-sexual-and-reproductive-health-in-adolescents>
- Yusuf, Helmi. (2019). Pentingnya Pendidikan Seks Bagi Anak. <https://ejournal.lp2m.uinjambi.ac.id/ojs/index.php/an-Nisa/article/view/2611>

L. Glosarium

BKKBN	: Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
DepKes	: Departemen Kesehatan
HIV/AIDS	: Immunodeficiency virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome
KPAI	: Komisi Perlindungan Anak Indonesia
SKRRI	: Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
WHO	: World health organization

CHAPTER 9

KESEHATAN MENTAL REMAJA DAN DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI

Bdn. Lea Ingne Reffita, S.ST.Keb., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan mental adalah kondisi Dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan mental merupakan salah satu masalah Kesehatan di dunia termasuk di Indonesia. Terdapat berbagai macam gangguan mental dengan gejala yang berbeda-beda. Karakteristik gangguan mental secara umum yaitu kombinasi pikiran yang abnormal, emosi, persepsi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Faktor psikologis yaitu kegagalan, kekecewaan, trauma yang mengakibatkan stress dan faktor biologis yaitu genetic, gizi dan infeksi perinatal serta kondisi lingkungan yang buruk juga merupakan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan mental. Gangguan mental dapat terjadi pada anak sampai lanjut usia. Sebesar 50% gangguan mental berawal pada usia 14 tahun namun Sebagian besar tidak terdeteksi dan diobati.

Survei Kesehatan jiwa penduduk Indonesia dilakukan untuk pertama kalinya menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SQR). Jumlah penduduk yang mengikuti survey pada saat itu tidak sebanyak jumlah subyek Riskesdas tahun 2007, 2013 dan 2018. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia adalah sebesar 11,6% (2007), 6,0% (2013), dan 9,8% (2018). Survei mengenai kesehatan mental pada remaja di Indonesia tahun 2022, mendapatkan hasil 5,5% remaja usia 10-17 tahun mengalami gangguan mental. Sebanyak 1% remaja mengalami depresi, 3,7% cemas, post traumatic syndrome disorder (SPTSD) 0,9%, dan attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) sebanyak 0,5%.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan bahwa 6,2% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami depresi. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 melakukan penilaian terhadap gangguan depresi dengan menggunakan instrument *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) untuk kondisi 2 minggu terakhir. Sebelumnya dalam Riskesdas 2018 juga pernah dilakukan penilaian dengan instrumen dan metode yang sama.

B. Kesehatan Mental Remaja

1. Pengertian Sehat Jiwa

Menurut Undang-undang No 3 Tahun 1966 yang dimaksud dengan kesehatan jiwa adalah keadaan jiwa yang sehat menurut ilmu kedokteran sebagai unsur kesehatan, yang dalam penjelasannya disebutkan sebagai berikut: "Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain". Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain.

Kesehatan mental yang baik bukan hanya dilihat dari tidak adanya masalah kesehatan mental yang didiagnosis, melainkan berhubungan dengan *well-being* seseorang. *Well-being* adalah sebuah konsep yang lebih luas dibanding kesehatan mental. Walaupun begitu, keduanya memiliki keterkaitan. Gangguan yang terjadi pada kesehatan mental anak dapat memberikan dampak pada keseluruhan *well-being* anak, sebaliknya *well-being* yang buruk dalam bentuk apapun dapat menjadi resiko terhadap kesehatan mental.

Masa anak dan remaja yang masih erat kaitannya dengan masa perkembangan membuat adanya kesulitan dalam melakukan diagnosis dan memberikan perlakuan (Remschmidt, et al., 2007). Kesulitan ini muncul karena tidak ada garis yang jelas dalam membedakan perkembangan yang normal dan abnormal. Kesehatan mental melibatkan lebih dari masalah medis. Banyak faktor yang memengaruhi, seperti adanya faktor social ekonomi. Masalah kesehatan mental dapat muncul di berbagai area mulai dari ranah individu seperti penyalahgunaan zat, kejahatan, kekerasan, kehilangan produktivitas hingga bunuh diri.

Kesehatan mental pada anak dan remaja juga melibatkan kapasitasnya untuk dapat berkembang dalam berbagai area seperti biologis, kognitif dan sosial-emosional (Remschmidt, et al., 2007). Oleh karenanya, penting bagi kita memahami tahapan perkembangan sebagai upaya untuk melihat adanya indikasi permasalahan pada perkembangan anak dan remaja. Anak yang memiliki kesehatan mental memiliki ciri-ciri yang dapat kita amati dari proses perkembangannya.

a. Proses Biologis

Proses biologis pada anak melibatkan terjadinya perubahan fisik pada tubuh anak (Santrock, 2014). Perkembangan fungsi-fungsi tubuh seperti fungsi seksual akan memengaruhi perilaku dan perkembangan anak. Beberapa contohnya adalah gen yang diwarisi dari orang tua, perkembangan otak, tinggi

badan dan kenaikan berat badan, kemajuan dalam keterampilan motorik serta perubahan hormonal. Anak perlu mendapatkan nutrisi yang cukup untuk perkembangan dan pertumbuhan fisiknya. Mereka perlu ruang dan waktu untuk bermain dengan aman. Dengan melakukan aktivitas bermain dan aktivitas belajar, anak melatih dirinya untuk mengembangkan kemampuan koordinasi tubuhnya. Anak yang sehat mental dapat melakukan aktivitas yang produktif seperti bermain dan belajar sesuai dengan kapasitas intelektual dan usianya.

b. Proses Kognitif

Proses kognitif melibatkan perubahan dalam cara berpikir individu dan kecerdasan seseorang (Santrock, 2014). Proses ini sangat erat kaitannya dengan perkembangan otak. Anak yang sehat mental dan memiliki perkembangan kognitif yang memadai memunculkan kemauan untuk mempelajari hal baru di sekitarnya, memiliki kreativitas, dan kemampuan bahasanya pun berkembang. Proses ini lalu berkembang sampai pada kemampuan anak untuk mampu membedakan hal-hal yang dianggap benar dan salah, menghafal, memecahkan masalah sederhana, memilih dan mengambil keputusan, serta mengendalikan dirinya.

c. Proses Sosial-Emosional

Proses sosial-emosional melibatkan perubahan emosi, kepribadian, hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial (Santrock, 2014). Proses sosialemosional yang berkembang dengan baik membuat anak mampu menyadari, membedakan, mengelola serta mengekspresikan emosi secara tepat. Seiring perkembangannya, anak perlu untuk menjadi sadar akan adanya orang lain dan berusaha menumbuhkan empatinya terhadap orang lain. Di lingkungan, anak memiliki kemampuan untuk masuk dan menjalin hubungan serta mempertahankan hubungan tersebut. Anak yang sehat mental memiliki kedekatan dalam hubungan dan mampu merasa aman berada di lingkungan.

2. Perkembangan Psikososial Remaja

a. Perkembangan Psikososial Remaja Awal (10 – 14 Tahun)

Perkembangan psikososial remaja awal diantaranya:

- 1) Cemas terhadap penampilan badan / fisik
- 2) Perubahan hormonal
- 3) Menyatakan kebebasan dan merasa sebagai seorang individu, tidak hanya sebagai anggota keluarga
- 4) Perilaku memberontak dan melawan
- 5) Kawan menjadi lebih penting

- 6) Perasaan memiliki terhadap teman sebaya, anak laki-laki membentuk gang, kelompok, anak perempuan mempunyai sahabat
- 7) Sangat menuntut keadilan tapi cenderung melihat sesuatu sebagai hitam putih serta dari sisi pandang mereka sendiri

Dampak terhadap anak diantaranya:

- 1) Kesadaran diri meningkat (*self consciousness*)
- 2) Menjadi pemarah, anak laki-laki yang tadinya baik dapat menjadi agresif
- 3) Bereksperimen dengan cara berpakaian, berbicara dan cara penampilan diri sebagai suatu usaha untuk mendapatkan identitas baru
- 4) Kasar dan menuntut memperoleh kebebasan
- 5) Ingin tampak sama dengan teman dalam cara berpakaian, gaya rambut, mendengarkan musik
- 6) Pengaruh teman menjadi sangat besar, remaja tidak mau berbeda dengan dari teman sebaya
- 7) Tampak tidak toleransi dan sulit berkompromi, timbul iri hati dengan saudara kandung

b. Perkembangan Psikososial Remaja Pertengahan (15- 16 Tahun)

Perkembangan psikososial remaja awal diantaranya:

- 1) Lebih mampu berkompromi
- 2) Belajar berfikir secara independen dan membuat keputusan sendiri
- 3) Terus menerus bereksperimen untuk mendapatkan citra diri yang dirasakan nyaman bagi mereka
- 4) Merasa perlu mengumpulkan pengalaman baru, mengujinya walaupun beresiko
- 5) Tidak lagi terfokus pada diri sendiri
- 6) Membangun norma/nilai dan mengembangkan realitas
- 7) Membutuhkan lebih banyak teman dan rasa setia kawan
- 8) Mulai membina hubungan lawan jenis
- 9) Intelektual lebih berkembang dan ingin tahu banyak hal, berfikir abstrak; Perkembangnya ketrampilan intelektual khusus
- 10) Mengembangkan minat yang besar terhadap bidang seni dan olah raga
- 11) Senang berpetualang, ingin bepergian sendiri

Dampak terhadap anak diantaranya:

- 1) Lebih tenang, sabar dan lebih toleransi. dapat menerima pendapat orang lain meskipun berbeda dengan pendapatnya sendiri
- 2) Menolak campur tangan orang tua
- 3) Baju, gaya rambut, sikap dan pendapat mereka sering berubah-ubah

- 4) Mulai bereksperimen dengan rokok , alkohol dan napza
- 5) Lebih bersosialisasi dan tidak lagi pemalu
- 6) Mempertanyakan nilai , norma yang diterima dari keluarga
- 7) Menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman, mulai pacaran
- 8) Mulai mempertanyakan sesuatu yang sebelumnya tidak berkesan. ingin mengikuti debat dan diskusi
- 9) Mungkin mengabaikan pelajaran sekolah karena adanya minat yang baru.

c. Perkembangan psikososial remaja akhir (17-19 tahun) Perkembangan psikososial remaja akhir diantaranya:

- 1) Ideal
- 2) Terlibat dalam kehidupan, pekerjaan dan hubungan diluar keluarga
- 3) Harus belajar untuk mencapai kemandirian baik dalam bidang finansial maupun emosional
- 4) Lebih mampu membuat hubungan yang stabil dengan lawan jenis
- 5) Merasa sebagai orang dewasa yang setara dengan anggota keluarga lainnya
- 6) Hampir siap untuk menjadi arang dewasa yang mandiri.

Dampak terhadap anak diantaranya:

- 1) Cenderung menggeluti masalah sosial politik, nilai – nilai agama
- 2) Mulai belajar mengatasi stress yang dihadapinya
- 3) Kecemasan dan ketidakpastian masa depan dapat merusak harga diri remaja
- 4) Mempunyai pasangan yang lebih serius
- 5) Cenderung merasa pengalamannya berbeda dengan orang tua

3. Prinsip Kesehatan Mental

Prinsip-prinsip pengertian kesehatan mental adalah sebagai berikut:

- a. Kesehatan mental adalah lebih dari tiadanya perilaku abnormal. Prinsip ini menegaskan bahwa yang dikatakan sehat mentalnya tidak cukup kalau dikatakan sebagai orang yang tidak mengalami abnormalitas atau orang yang normal. Karena pendekatan statistik memberikan kelemahan pemahaman normalitas itu. Konsep kesehatan mental lebih bermakna positif daripada makna keadaan umum atau normalitas sebagaimana konsep statistic.
- b. Kesehatan mental adalah konsep yang ideal. Prinsip ini menegaskan bahwa kesehatan mental menjadi tujuan yang amat tinggi bagi seseorang. Apalagi disadari bahwa kesehatan mental itu bersifat kontinum. Jadi sedapat mungkin orang mendapatkan kondisi sehat yang paling optimal dan berusaha terus untuk mencapai kondisi sehat yang setinggi-tingginya.

- c. Kesehatan mental sebagai bagian dan karakteristik kualitas hidup. Prinsip ini menegaskan bahwa kualitas hidup seseorang salah satunya ditunjukkan oleh kesehatan mentalnya. Tidak mungkin membiarkan kesehatan mental seseorang untuk mencapai kualitas hidupnya, atau sebaliknya kualitas hidup seseorang dapat dikatakan meningkat jika juga terjadi peningkatan kesehatan mentalnya

4. Aspek Kesehatan Mental

Kartono (1989) menyatakan bahwa orang yang memiliki mental sehat ditandai dengan sifat-sifat khas, antara lain mempunyai kemampuan kemampuan untuk bertindak secara efisien, memiliki tujuan-tujuan hidup yang jelas, punya konsep diri yang sehat, ada koordinasi antara segenap potensi dengan usaha-usahanya, memiliki

regulasi-diri dan integrasi kepribadian, dan batinnya selalu tenang.

Orang yang sehat mentalnya menurut Marie Jahoda memiliki karakter utama sebagai berikut:

- a. Sikap kepribadian yang baik terhadap diri sendiri dalam arti ia dapat mengenal dirinya dengan baik.
- b. Pertumbuhan, perkembangan, dan perwujudan diri yang baik.
- c. Integrasi diri yang meliputi keseimbangan mental, kesatuan pandangan, dan tahan terhadap tekanan-tekanan yang terjadi.
- d. Otonomi diri yang mencakup unsur-unsur pengatur kelakuan dari dalam atau kelakuan-kelakuan bebas.
- e. Persepsi mengenai realitas, bebas dari penyimpangan kebutuhan serta memiliki empati dan kepekaan sosial.
- f. Kemampuan untuk menguasai lingkungan dan berintegrasi dengan lingkungan secara baik.

5. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kesehatan mental

Kesehatan mental dipengaruhi oleh beberapa faktor baik eksternal maupun internal. Yang termasuk faktor internal adalah faktor biologis dan psikologis. Beberapa faktor biologis yang secara langsung berpengaruh terhadap kesehatan mental, di antaranya: otak, sistem endokrin, genetika, sensori, dan kondisi ibu selama kehamilan. Faktor psikologi yang berpengaruh terhadap kesehatan mental, yaitu: pengalaman awal, proses pembelajaran, dan kebutuhan (Muhyani, 2012).

Faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan mental yaitu sosial budaya, diantaranya:

- a. Stratifikasi Sosial

Holingshead dan Redlich menemukan bahwa terdapat distribusi gangguan mental secara berbeda antara kelompok masyarakat yang berada pada strata sosial tinggi dan rendah.

b. Interaksi Sosial

Faris dan Dunham mengemukakan bahwa kualitas interaksi sosial individu sangat mempengaruhi kesehatan mentalnya.

c. Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan mikrosistem yang menentukan kepribadian dan kesehatan mental anak.

d. Sekolah

Sekolah juga merupakan lingkungan yang turut mempengaruhi terhadap perkembangan kesehatan mental anak (Muhyani, 2012).

C. Kesimpulan

Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera mental yang memungkinkan seseorang mengatasi tekanan hidup, belajar dengan baik, bekerja dengan baik, serta berkontribusi pada komunitasnya. Kesehatan mental merupakan komponen yang menyatu dengan kesehatan, karena seseorang dinyatakan sehat bila keadaannya baik secara fisik, jiwa, maupun sosial, dan bukan terbebas dari penyakit untuk memungkinkan hidup produktif. Diperkirakan 450 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan jiwa, neurologi, dan penyalahgunaan obat; angka tersebut menyumbang 14% beban penyakit global. Sekitar 154 juta diantaranya menderita depresi. Secara Nasional, prevalensi depresi di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1,4%. Prevalensi depresi paling tinggi ada pada kelompok anak muda (15-24 tahun), yaitu sebesar 2%.

D. Referensi

Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strength and Diffculties Questionnaire (SDQ) and Child Behavior Checklist (CBCL): Is small beautiful ?. *Journal of Abnormal child Psychology*, 27, 17-24.

Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 124-134.

Laporan Riskesdas 2007. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI:2007

Laporan Riskesdas 2013. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI:2007

- Laporan Riskesdas 2018. Jakarta: Badan Litbangkes Kemenkes RI:2007
- Abbo C., Ekblad S., Waako P., Ookello E., Muhwezi., Musisi S. (2008). Psychological distress and associated factors among the attendees of traditional healing practices in Jinja and Iganga districts, Eastern Uganda: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* Vol 2: 16
- Gelaye, B., Lemma A., Deyasa N., Bahretibeb Y., Tesfaye M., Berhanne Y., et al. (2012). Prevalence and Correlates of Mental Distress Among Working adults in Ethiopia. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, Vol 8: 126-133.
- Pedoman Tata Kelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa. Kementerian Kesehatan RI:2021
- Panduan Praktik Klinis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Kementerian Kesehatan RI: 2015.
- Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Kementerian Kesehatan RI: 2020
- Modul Pelatihan Deteksi Dini dan Tata Laksana Gangguan Jiwa bagi Dokter di FKTP. Kementerian Kesehatan RI: 2017
- Modul Pelatihan Deteksi Dini dan Tata laksana Gangguan Jiwa bagi Perawat di FKTP. Kementerian Kesehatan RI: 2017
- Ikatan Psikolog Klinis Indonesia. 2021. Pedoman Nasional Pelayanan Psikologi Klinis. Yogyakarta: Ikatan Psikologi Klinis Indonesia.
- Pusat Pelatihan SDM Kemenkes RI. 2016. Modul Pelatihan Jabatan Fungsional Psikologi Klinis Jenjang Ahli Pertama.
- Pusat Pelatihan SDM Kemenkes RI. 2016. Modul Pelatihan Jabatan Fungsional Psikologi Klinis Jenjang Ahli Muda.
- Kerig, P. K., Ludlow, A., & Wenar, C. 2012. *Developmental Psychopathology* 6th Edition. McGraw-Hill Education
- Santrock, J. W. 2019. *Life-span Development* 7th Edition. McGraw-Hill Education.

E. Glosarium

- MINI = *Mini International Neuropsychiatric Interview*
SQR = *Self Reporting Questionnaire*

PROFIL PENULIS



Bd. Wahyuni Alinengsih S.ST., M.Keb. Lahir di Salemba, 17 November 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII pada Program Studi D III Kebidanan di Stikes Panrita Husada Bulukumba tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Mega Rezky Makassar tahun lulus 2016. Kemudian melanjutkan S2 pada Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun pada tahun 2019, serta mengambil Profesi kebidanan di Stikes Panrita Husada Bulukumba tahun lulus 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sebagai tenaga magang di Puskesmas Ujungloe. Saat ini penulis bekerja di Stikes Panrita Husada Bulukumba. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu selain sebagai dosen juga sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: wahyuninalinengsih91@gmail.com

Motto: "Jadilah yang terbaik dari dirimu"



Cynthia Puspariny, S.ST, Bdn., M.Kes. Lahir di Tanjung Karang, 25 September 1985. Pendidikan kebidanan dan Kesehatan Masyarakat ditempuh di STIKes Estu Utomo Boyolali, Poltekkes Kemenkes Surakarta dan Universitas Malahayati Lampung. Penulis pernah bekerja di salah satu klinik di Surakarta, lalu bekerja di akademik kebidanan di Lampung Utara dan saat ini penulis mengabdi menjadi seorang dosen Prodi S1 Kebidanan di Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu. Penulis mengampu beberapa mata kuliah yaitu Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause, Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan BBL serta, mata kuliah asuhan kebidanan pranikah dan prakonsepsi namun penelitian dan pengabdian fokus pada tema yang berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi Remaja dan Pelayanan Keluarga Berencana (KB).

PROFIL PENULIS



Rosita Khaerina, S.S.T., M.Keb lahir di Montong Sari pada tanggal 30 Juni 1993. Penulis menyelesaikan pendidikan jenjang D-IV pada Program Studi D-IV Bidan Pendidik di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2016. Setelah itu, penulis melanjutkan studi ke jenjang S2 di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dan berhasil meraih gelar Magister Kebidanan pada tahun 2019. Karier penulis dimulai pada tahun 2019 sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram. Penulis mengampu beberapa mata kuliah antara lain Asuhan Kebidanan Pranikah dan Prakonsepsi, Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause, Asuhan Kebidanan Persalinan, serta Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Selain menjalankan aktivitas di bidang akademik, penulis turut berperan aktif dalam Organisasi Profesi sebagai anggota Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Provinsi Nusa Tenggara Barat periode 2023-2028. Di lingkungan Perguruan Tinggi, penulis juga mengemban tanggung jawab sebagai Ketua Satuan Tugas Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di Perguruan Tinggi (PPKPT) periode 2024-2026. Selain itu, penulis menjabat sebagai Sekretaris Program Studi S1 Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram periode 2024-2028.

Penulis dapat dihubungi melalui email: khaerinar@gmail.com

Motto: "Menginspirasi hari ini, Membentuk masa depan".



Bdn. Rosmawati. S.Si.T., M. Keb Lahir di Belitang, 18 Juli Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D4 Program Studi Kebidanan, Universitas Gajah Mada Yogyakarta lulus tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dan lulus tahun 2018. Riwayat pekerjaan pada tahun 1984 – th 2022 di RS PKU Muhammadiyah Gombong, Saat ini penulis bekerja di Universitas Muhammadiyah Gombong mengampu mata kuliah Konsep Kebidanan, KKPK, KB, Etika Hukum Kesehatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: wati1807rose@gmail.com. Organisasi yang diikuti : Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan 'Aisyiyah.

Motto: "Teruslah berbuat baik, karena itulah yang akan kembali kepada kita."

PROFIL PENULIS



Yuliyanik, AMd. Keb., S.KM., M.Biomed Lahir di Nganjuk, 24 Juli 1967. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga Surabaya tahun 2004. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik, Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2002. Saat ini penulis bekerja di Stikes Widyagama Husada Malang Prodi D3 Kebidanan, mengampu mata kuliah Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan KB, Anatomi Fisiologi, Parasitologi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, narasumber. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yuliyanik67@widyagamahusada.ac.id

Motto: "Great woman is simple in talk but strong in action."



Bdn. Yulita Nengsih, S.SiT., M.Kes. Lahir di Pekanbaru, 04 Juli 1985. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S-1 pada Program Studi Bidan Pendidik di STIKes Mitra RIA Husada Jakarta Tahun 2010. Kemudian melanjutkan pendidikan S-2 pada Universitas Respati Indonesia dan lulus pada tahun 2015 dan Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Abdi Nusantara Lulus Tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 setelah lulus menjadi bidan bekerja di RS. MH. Thamrin Cileungsi hingga tahun 2012, kemudian bergabung di Instituis Kesehatan yaitu STIKes Mitra RIA Husada Jakarta sejak tahun 2012 hingga sekarang. Penulis saat ini aktif sebagai dosen di Program Studi Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra RIA Husada Jakarta, selain itu aktif juga memberikan pelayanan kebidanan di TPMB sendiri. Penulis mengajar juga di Prodi Sarjana Kebidanan STIKes Mitra RIA Husada Jakarta dan mengampu beberapa Mata Kuliah yaitu: Asuhan Kesehatan reproduksi, Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan maternal neonatal, Asuhan pelayanan keluarga berencana. Penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi , menerbitkan beberapa jurnal publikasi, Menciptakan beberapa Hak Karya Cipta (HKI) dan juga aktif dalam kegiatan pengabdian Masyarakat. Selain itu penulis juga aktif sebagai fasilitator pelatihan kegawatdaruratan kebidanan.

Penulis dapat dihubungi melalui email: yulitanengsih2015@gmail.com



PROFIL PENULIS



Nina Hidayatunnikmah, S.Keb., Bd., M.Kes. dilahirkan di Gresik pada bulan Januari Tahun 1992. Penulis menyelesaikan S1 Kebidanan pada tahun 2013, pada tahun 2015 penulis menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Brawijaya. Kemudian lanjut S2 di Universitas Airlangga mengambil Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak tahun 2015. Saat ini penulis menjadi seorang pengajar di Prodi Kebidanan Fakultas Sains Dan Kesehatan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya, Jawa timur Indonesia. Penulis pernah publikasi jurnal ilmiah nasional. Sekarang ini penulis aktif menulis buku bidang Kesehatan



Susilawati, SST., M. Kes. Lahir di Palembang, 05 Juli 1985. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Kebidanan dan DIV Bidan Pendidik di Universitas Kader Bangsa lulus Tahun 2009. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Kader Bangsa dan lulus pada Tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009 dengan mengampuh mata kuliah Konsep Kebidanan, Komunikasi dalam praktik kebidanan dan KDPK. Saat ini penulis bekerja di Akademi Kebidanan Budi Mulia Jambi sejak tahun 2009 sampai dengan sekarang dan mengampuh mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan KB,serta Asuhan Kebidanan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: susiandreas370@gmail.com

Motto: "Bersyukur adalah kunci hidup bahagia"



PROFIL PENULIS



Bdn. Lea Ingne Reffita, S.ST.Keb., M.Kes. Lahir di Situbondo, 01 Juli 1992. Jenjang pendidikan tinggi yang dilalui dimulai dari Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Malang lulus pada tahun 2013, Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Kadiri – Kediri lulus pada tahun 2014 dan Pendidikan Strata 2 (S2) Kesehatan Masyarakat d STIKes Surya Mitra Husada Kediri tahun 2018, serta pendidikan profesi Bidan di Stikes Banyuwangi dan Lulus pada tahun 2023. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, workshop, pelatihan. Karya tulis dalam bentuk artikel maupun hasil penelitian telah diterbitkan dalam beberapa jurnal.

Penulis dapat dihubungi melalui email leaingne25@gmail.com

Sinopsis

Masa remaja adalah fase kehidupan yang penuh dengan perubahan signifikan, baik secara fisik, emosional, maupun sosial. Di tengah segala transformasi ini, pengetahuan yang tepat tentang kesehatan reproduksi menjadi kunci untuk membantu remaja menghadapi tantangan yang mereka hadapi dengan bijak. Buku **Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja** hadir sebagai sumber informasi yang lengkap, komprehensif, dan mudah dipahami mengenai topik-topik penting seputar kesehatan reproduksi bagi para remaja.

Buku ini menyajikan berbagai artikel yang mencakup berbagai aspek perubahan tubuh selama pubertas, pengelolaan emosi, serta pentingnya memahami dan menjaga kesehatan seksual dan reproduksi. Dibagi menjadi beberapa bab yang menarik, buku ini tidak hanya memberikan informasi medis yang berbasis riset, tetapi juga mengangkat perspektif sosial, budaya, dan agama yang relevan dengan kehidupan sehari-hari remaja. Dengan bahasa yang sederhana dan langsung, buku ini mengajak para pembaca untuk terbuka, menyadari hak-hak mereka, dan belajar untuk menjaga tubuh dan kesehatan mental mereka dengan cara yang sehat dan bertanggung jawab.

Topik yang dibahas dalam buku ini meliputi perubahan fisik yang terjadi saat pubertas, cara mengelola hubungan interpersonal, pengetahuan mengenai kehamilan dan kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seksual, serta pentingnya menjaga kesehatan mental dan emosional selama masa remaja. Buku ini juga menekankan pentingnya komunikasi yang terbuka antara remaja, orang tua, dan pendidik, guna menciptakan lingkungan yang mendukung untuk belajar dan berkembang.

Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja tidak hanya menjadi panduan praktis bagi remaja, tetapi juga bagi orang tua, guru, dan masyarakat untuk lebih memahami dan mendukung proses tumbuh kembang remaja. Dengan pemahaman yang tepat, diharapkan remaja dapat membuat keputusan yang bijak terkait tubuh mereka, hubungan mereka, dan masa depan mereka.

Masa remaja adalah fase kehidupan yang penuh dengan perubahan signifikan, baik secara fisik, emosional, maupun sosial. Di tengah segala transformasi ini, pengetahuan yang tepat tentang kesehatan reproduksi menjadi kunci untuk membantu remaja menghadapi tantangan yang mereka hadapi dengan bijak. Buku Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja hadir sebagai sumber informasi yang lengkap, komprehensif, dan mudah dipahami mengenai topik-topik penting seputar kesehatan reproduksi bagi para remaja.

Buku ini menyajikan berbagai artikel yang mencakup berbagai aspek perubahan tubuh selama pubertas, pengelolaan emosi, serta pentingnya memahami dan menjaga kesehatan seksual dan reproduksi. Dibagi menjadi beberapa bab yang menarik, buku ini tidak hanya memberikan informasi medis yang berbasis riset, tetapi juga mengangkat perspektif sosial, budaya, dan agama yang relevan dengan kehidupan sehari-hari remaja. Dengan bahasa yang sederhana dan langsung, buku ini mengajak para pembaca untuk terbuka, menyadari hak-hak mereka, dan belajar untuk menjaga tubuh dan kesehatan mental mereka dengan cara yang sehat dan bertanggung jawab.

Topik yang dibahas dalam buku ini meliputi perubahan fisik yang terjadi saat pubertas, cara mengelola hubungan interpersonal, pengetahuan mengenai kehamilan dan kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seksual, serta pentingnya menjaga kesehatan mental dan emosional selama masa remaja. Buku ini juga menekankan pentingnya komunikasi yang terbuka antara remaja, orang tua, dan pendidik, guna menciptakan lingkungan yang mendukung untuk belajar dan berkembang.

Bunga Rampai Kesehatan Reproduksi Remaja tidak hanya menjadi panduan praktis bagi remaja, tetapi juga bagi orang tua, guru, dan masyarakat untuk lebih memahami dan mendukung proses tumbuh kembang remaja. Dengan pemahaman yang tepat, diharapkan remaja dapat membuat keputusan yang bijak terkait tubuh mereka, hubungan mereka, dan masa depan mereka.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7139-83-2



9

786347

139832