

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PERAWATAN KOMUNITAS

PENDEKATAN TERPADU
UNTUK KESEJAHTERAAN REMAJA

Siti Solihat Holida
Rodiyah
Sukmawati
Dewi Nawang Sari
Umi Aniroh
Della Erriani Akaputri

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PERAWATAN KOMUNITAS: PENDEKATAN TERPADU UNTUK KESEJAHTERAAN REMAJA

Siti Solihat Holida, S. Kp., MM.

Rodiyah, S. Kep., Ns., M. Kes.

Sukmawati, S. Si.T., M. Kes.

Dewi Nawang Sari, SST, MTr., keb.

Ns.Umi Aniroh, S.Kep., M.Kes.

Bdn. Della Erriani Akaputri, S.ST., M.Tr.Keb.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PERAWATAN KOMUNITAS: PENDEKATAN TERPADU UNTUK KESEJAHTERAAN REMAJA

Penulis: Siti Solihat Holida, S. Kp., MM.
Rodiyah, S. Kep., Ns., M. Kes.
Sukmawati, S. Si.T., M. Kes.
Dewi Nawang Sari, SST, MTr., keb
Ns.Umi Aniroh, S.Kep., M.Kes.
Bdn. Della Erriani Akaputri, S.ST., M.Tr.Keb.

Desain Sampul: Ivan Zumarano
Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7097-20-0

Cetakan Pertama: Januari 2025

Hak Cipta © 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit 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 IKAPI (624/DKI/2022)

Prakata

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan karunia-Nya sehingga buku ini dapat terwujud dengan baik. Buku yang berjudul ***Pendidikan Kesehatan Dan Perawatan Komunitas: Pendekatan Terpadu Untuk Kesejahteraan Remaja*** ini disusun dengan tujuan untuk memberikan wawasan yang lebih mendalam mengenai pentingnya perhatian terhadap kesehatan remaja, terutama dalam aspek asuhan keperawatan komunitas pada agregat remaja, pencegahan kekerasan seksual, penurunan dismenore, serta dampak pola makan terhadap kesehatan remaja.

Remaja merupakan kelompok usia yang sangat rentan terhadap berbagai masalah kesehatan, baik fisik, mental, maupun sosial. Oleh karena itu, buku ini hadir untuk memberikan solusi dan pemahaman yang komprehensif mengenai berbagai isu kesehatan yang sering dihadapi oleh remaja, serta bagaimana pendekatan-pendekatan kesehatan berbasis komunitas dan terapi bisa membantu mengatasi masalah tersebut. Setiap bab dalam buku ini dirancang untuk memberikan pengetahuan yang praktis dan aplikatif bagi para tenaga kesehatan, pendidik, orang tua, serta pihak-pihak yang terlibat dalam proses pembinaan dan perawatan remaja.

Buku ini terdiri dari beberapa bab yang membahas topik-topik penting, seperti asuhan keperawatan komunitas pada agregat remaja, peningkatan pengetahuan tentang pencegahan kekerasan seksual, terapi visualisasi positif dalam pengurangan dismenore, serta pengaruh konsumsi makanan siap saji terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja. Kami berharap, buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi para pembaca dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan remaja di komunitas.

Tidak lupa, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam proses penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi positif dan manfaat yang luas bagi pembaca dalam meningkatkan kesejahteraan remaja.

Akhir kata, semoga Allah

Subhanahu wata'ala selalu memberkati segala usaha kita dalam mewujudkan dunia kesehatan yang lebih baik bagi generasi muda.

November, 2024

Penulis

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	iv

BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGREGAT

REMAJA.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas.....	2
1. Definisi Keperawatan Komunitas.....	2
2. Peran dan Fungsi Perawat dalam Komunitas Agregat	3
3. Karakteristik agregat remaja dalam konteks komunitas.....	5
C. Profil Remaja dalam Konteks Kesehatan Komunitas	7
1. Profil Remaja	7
2. Masalah kesehatan yang sering dihadapi remaja.	14
3. Pengaruh media sosial dan teknologi terhadap kesehatan remaja.....	14
D. Pendidikan Kesehatan bagi Remaja	15
E. Intervensi Keperawatan Komunitas pada Remaja.....	17
1. Pengkajian kesehatan komunitas pada agregat remaja.	17
2. Strategi promosi kesehatan yang fokus pada remaja.....	17
F. Peran Keluarga dan Lingkungan Sekitar dalam Kesehatan Remaja	18
G. Kebijakan Kesehatan dan Program Nasional untuk Remaja	21
1. Landasan kebijakan kesehatan remaja di Indonesia.	21
2. Program kesehatan nasional dan internasional yang mendukung kesehatan remaja.	25
H. Implementasi Asuhan Keperawatan pada Remaja	27
1. Pengkajian (Assessment)	28
2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Perencanaan (Planning)	29
4. Implementasi (Implementation).....	30
5. Evaluasi (Evaluation)	30
I. Penutup	31
Referensi.....	32
Glosarium.....	36

BAB 2 PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN

KEKERASAN SEKSUAL DI PONDOK PESANTREN	43
A. Pendahuluan.....	43
B. Kekerasan Seksual di Pondok Pesantren.....	43
C. Angka Kejadian Kekerasan Seksual di Pesantren	44
D. Dampak Kekerasan Seksual di Pondok Pesantren.....	45

E. Pencegahan Kekerasan Seksual di Pondok Peantren.....	47
F. Pendidikan Seks Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dalam Pencegahan Kekerasan Seksual Di Pondok Pesantren	47
G. Penutup	48
Referensi.....	49
Glosarium.....	50

BAB 3 OPTIMALISASI TERAPI VISUALISASI POSITIF NEURO LINGUISTIC PROGRAMMING (NLP) UNTUK PENGURANGAN DISMENORE PRIMER PADA REMAJA PUTERI53

A. Pendahuluan.....	53
B. Dismenore Primer Pada Remaja Putri.....	54
C. Neuro Linguistic Programming (NLP)	55
D. Terapi Visualisasi Positif NLP untuk Pengurangan Dismenore Primer	57
1. Terapi Visualisasi Positif	57
2. Aplikasi Terapi Teknik Visualisasi Positif dalam Kehidupan Sehari-Hari ...	59
E. Efektivitas Terapi Visualisasi Positif NLP dalam Mengurangi Dismenore Primer.....	59
F. Penggunaan Terapi Visualisasi Positif NLP pada Dismenore Primer	60
G. Umpan Balik dari Remaja Putri yang Menggunakan Terapi Visualisasi Positif NLP	61
H. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Terapi Visualisasi Positif NLP	62
1. Karakteristik Individu.....	62
2. Dukungan Lingkungan	63
3. Pelaksanaan Terapi	63
4. Faktor Psikologis.....	63
I. Keterbatasan dan Tantangan dalam Penerapan NLP	64
1. Pemahaman yang terbatas tentang NLP	64
2. Kemampuan Individu dalam Visualisasi.....	64
3. Komitmen dan Konsistensi Klien	64
4. Faktor Lingkungan	64
5. Keterbatasan Terapis dan Sumber Daya.....	64
6. Variabilitas Respon Terhadap Terapi.....	65
J. Penutup	65
Referensi.....	67
Glosarium.....	70

BAB 4 EFIKASI DIRI DALAM PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP).....71

A. Pendahuluan.....	71
B. Tujuan Keluarga Berencana.....	72
C. Permasalahan Keluarga Berencana	72

D. Upaya Meningkatkan Efikasi Diri.....	76
E. Efikasi Diri dalam Penggunaan Metode Kontrasepsi MKJP.....	77
F. Penutup	78
Referensi.....	79
Glosarium.....	81

BAB 5 KONSUMSI MAKANAN SIAP SAJI (FAST FOOD) SEBAGAI SALAH SATU FAKTOR RISIKO TERJADINYA DISMENORE PADA REMAJA83

A. Pendahuluan.....	83
B. Remaja dan Perkembangannya.....	83
C. Dismenore	85
D. Makanan Siap Saji (<i>Fast Food</i>)	88
E. Konsumsi Makanan Siap Saji (Fast Food) sebagai Salah Satu Faktor Risiko Terjadinya Dismenore pada Remaja	90
F. Penutup	90
Referensi.....	91
Glosarium.....	93

BAB 6 REMAJA.....97

A. Pendahuluan.....	97
B. Pengertian Remaja	98
C. Ciri-Ciri Remaja.....	99
D. Tahapan Tumbuh Kembang Remaja	101
E. Karakteristik Perkembangan Remaja.....	103
F. Penutup	107
Referensi.....	108
Glosarium.....	109

Profil Penulis..... 111

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA AGREGAT REMAJA

Siti Solihat Holida.

A. Pendahuluan

Remaja adalah kelompok usia yang berada dalam periode transisi antara masa kanak-kanak dan dewasa, yang ditandai dengan perubahan fisik, emosional, dan sosial yang sangat signifikan. Periode ini merupakan masa yang penuh dengan tantangan, baik bagi individu itu sendiri maupun bagi masyarakat di sekitarnya. Berbagai faktor seperti tekanan teman sebaya, perkembangan teknologi, serta perubahan sosial dan budaya, sering kali mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan remaja. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk memahami kebutuhan khusus remaja dan merancang intervensi yang tepat dalam rangka mendukung mereka untuk tumbuh dan berkembang secara optimal.

Asuhan keperawatan komunitas pada agregat remaja menjadi suatu pendekatan yang strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan kelompok ini. Melalui pendekatan berbasis komunitas, perawat dapat memberikan perawatan yang tidak hanya bersifat individual, tetapi juga berfokus pada peningkatan kesehatan secara kolektif di dalam kelompok remaja. Hal ini melibatkan pemahaman mendalam tentang kondisi fisik, psikologis, sosial, dan budaya yang mempengaruhi kehidupan mereka.

Buku ini hadir untuk memberikan panduan bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif bagi remaja di tingkat komunitas. Dengan memanfaatkan pendekatan yang holistik dan berbasis pada prinsip-prinsip pemberdayaan, buku ini diharapkan dapat memberikan wawasan praktis mengenai bagaimana perawat dapat berperan dalam mendeteksi masalah kesehatan yang sering dihadapi oleh remaja, serta merancang dan mengimplementasikan intervensi yang sesuai.

Adapun tujuan utama dari buku ini adalah untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang asuhan keperawatan komunitas bagi agregat remaja, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi dari berbagai upaya keperawatan yang diterapkan dalam komunitas remaja. Dengan adanya buku ini, diharapkan dapat tercipta perubahan positif dalam praktik keperawatan yang dapat

meningkatkan kualitas hidup remaja serta memperkuat peran perawat dalam pembangunan kesehatan di tingkat komunitas.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Definisi Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas didefinisikan sebagai bidang keperawatan yang berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan peningkatan kesejahteraan komunitas.(Stanhope, M., & Lancaster, 2020) Berbeda dengan keperawatan di rumah sakit yang terfokus pada individu, keperawatan komunitas menitikberatkan pada populasi atau agregat, misalnya keluarga, kelompok usia, atau masyarakat secara keseluruhan.(Nies, M. A., & McEwen, 2018) Keperawatan komunitas mencakup berbagai intervensi kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup melalui pendekatan kolaboratif antara tenaga kesehatan dan komunitas.

Menurut Stanhope & Lancaster dalam bukunya *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (2020), keperawatan komunitas bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada kelompok masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan.

Monografi WHO mendefinisikan keperawatan komunitas sebagai pendekatan yang terorganisir untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya yang difokuskan pada pencegahan primer dan pendidikan kesehatan.

Prinsip-Prinsip Dasar Keperawatan Komunitas:

- a. Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit Keperawatan komunitas bertujuan untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit sebelum terjadi. Ini meliputi edukasi masyarakat tentang gaya hidup sehat, kebersihan, nutrisi, dan aktivitas fisik.(Allender et al., 2013)
- b. Pendekatan Holistik Pendekatan keperawatan komunitas bersifat holistik, yaitu memperhatikan aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan dalam perawatan kesehatan individu maupun kelompok. Perawat komunitas melihat kesehatan tidak hanya sebagai ketiadaan penyakit, tetapi sebagai kesejahteraan yang menyeluruh.(Nies, M. A., & McEwen, 2018)
- c. Kolaborasi dan Kemitraan Keperawatan komunitas bekerja secara kolaboratif dengan berbagai pihak, termasuk organisasi kesehatan, pemerintah, sekolah, dan masyarakat itu sendiri. Kerjasama ini penting untuk mengoptimalkan intervensi dan memastikan keberlanjutan program kesehatan.(Allender et al., 2013)

- d. Pemberdayaan Masyarakat Prinsip pemberdayaan dalam keperawatan komunitas menekankan pentingnya memberikan edukasi dan alat kepada komunitas untuk secara mandiri meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya. Perawat komunitas bertindak sebagai fasilitator dalam proses ini.(WHO, 2020)
- e. Aksesibilitas dan Kesetaraan Keperawatan komunitas berkomitmen untuk memberikan layanan yang mudah diakses oleh semua lapisan masyarakat, terutama kelompok yang rentan atau terpinggirkan. Prinsip kesetaraan menjadi fondasi untuk memastikan semua individu memiliki kesempatan yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.(Clark, 2014)
- f. Berbasis Data dan Evidence-Based Practice Keperawatan komunitas didasarkan pada bukti ilmiah dan data kesehatan yang relevan untuk merancang dan mengimplementasikan intervensi yang tepat. Ini mencakup pengumpulan data epidemiologi, survei kesehatan, dan hasil penelitian terbaru untuk memahami kebutuhan kesehatan masyarakat.
- g. Pencegahan Primer hingga Tersier Pendekatan ini mencakup seluruh spektrum pencegahan:
 - 1) Pencegahan Primer: Mencegah terjadinya penyakit melalui edukasi kesehatan dan vaksinasi.
 - 2) Pencegahan Sekunder: Deteksi dini dan pengobatan penyakit untuk mencegah komplikasi.
 - 3) Pencegahan Tersier: Rehabilitasi dan intervensi untuk mengurangi dampak penyakit kronis.

2. Peran dan Fungsi Perawat dalam Komunitas Agregat

Perawat dalam komunitas agregat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan populasi tertentu (misalnya, remaja, lansia, atau kelompok dengan masalah kesehatan khusus). Berikut adalah beberapa peran dan fungsi utama perawat dalam komunitas agregat:

a. Promotor Kesehatan

Perawat berperan sebagai promotor kesehatan dengan melakukan pendidikan kesehatan dan penyuluhan kepada komunitas agregat. Mereka memberikan informasi tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pentingnya deteksi dini. Dalam hal ini, perawat "membantu meningkatkan kesadaran komunitas tentang pentingnya menjaga kesehatan secara proaktif dan mandiri" (Stanhope, M., & Lancaster, 2020)

b. Advokat Kesehatan

Sebagai advokat kesehatan, perawat komunitas berperan dalam memperjuangkan hak-hak kesehatan anggota komunitas agregat. Mereka

bekerja untuk memastikan bahwa komunitas mendapatkan akses yang adil terhadap layanan kesehatan. "Perawat bertindak sebagai penghubung antara komunitas dan sumber daya kesehatan, serta berusaha untuk mengurangi kesenjangan akses kesehatan" (Clark, 2014)

c. Kolaborator

Perawat berkolaborasi dengan berbagai pihak, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, institusi pendidikan, dan layanan kesehatan lainnya untuk menciptakan intervensi kesehatan yang komprehensif. "Kerjasama antara perawat dan para pemangku kepentingan lainnya sangat penting dalam memastikan bahwa kebutuhan kesehatan komunitas terpenuhi" (Allender et al., 2013)

d. Penggerak Perubahan

Perawat dalam komunitas berfungsi sebagai agen perubahan, yang mendorong perubahan perilaku dan lingkungan yang mendukung kesehatan. Mereka menginisiasi program-program yang membantu komunitas mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat. "Peran ini melibatkan kemampuan perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan bekerja bersama komunitas untuk menciptakan solusi yang berkelanjutan" (Nies, M. A., & McEwen, 2018)

e. Pengumpul dan Penganalisis Data

Perawat komunitas juga bertanggung jawab untuk mengumpulkan data kesehatan dari populasi agregat. Data ini digunakan untuk menganalisis tren kesehatan, mengidentifikasi risiko, dan merancang intervensi yang tepat. "Pengumpulan data yang efektif adalah langkah awal dalam mengidentifikasi masalah kesehatan spesifik komunitas agregat" (WHO, 2020)

f. Pemberdaya Komunitas

Peran penting lainnya adalah memberdayakan komunitas agar dapat mengelola dan menjaga kesehatan mereka secara mandiri. Perawat mengedukasi dan melatih anggota komunitas tentang keterampilan kesehatan dasar dan cara mengakses layanan kesehatan. "Pemberdayaan ini bertujuan agar komunitas lebih mandiri dalam menjaga kesehatan dan mengurangi ketergantungan pada sistem kesehatan formal" (Stanhope, M., & Lancaster, 2020)

Dengan memainkan berbagai peran ini, perawat komunitas berfungsi sebagai penghubung antara komunitas agregat dan sistem pelayanan kesehatan

yang lebih luas, membantu meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

3. Karakteristik agregat remaja dalam konteks komunitas.

Remaja merupakan salah satu agregat atau kelompok populasi yang memiliki karakteristik khusus dalam konteks komunitas. Remaja, biasanya berusia antara 12 hingga 18 tahun, berada dalam fase transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Pada tahap ini, mereka mengalami perubahan fisik, emosional, dan sosial yang signifikan, sehingga kebutuhan kesehatan mereka juga unik. Berikut adalah beberapa karakteristik utama agregat remaja dalam konteks komunitas:

a. Perubahan Fisik yang Pesat

Pada masa remaja, tubuh mengalami pertumbuhan yang cepat, termasuk perubahan hormon yang mempengaruhi perkembangan seksual dan fungsi tubuh lainnya. Perubahan ini bisa menjadi sumber kecemasan dan kekhawatiran bagi remaja, terutama terkait dengan citra tubuh dan kesehatan reproduksi. "Perubahan fisik ini sering kali memengaruhi persepsi diri dan kesejahteraan mental remaja dalam komunitas" (Stanhope, M., & Lancaster, 2020)

b. Kesehatan Mental dan Emosional

Remaja sering kali berada pada masa yang rentan secara emosional. Mereka berjuang dengan identitas diri, tekanan dari teman sebaya, dan harapan dari lingkungan sosial mereka. Masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku sering muncul pada kelompok usia ini. "Dalam komunitas, perhatian khusus perlu diberikan pada kesehatan mental remaja karena mereka sering kali menghadapi berbagai tekanan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka" (Nies, M. A., & McEwen, 2018).

c. Perilaku Berisiko

Remaja dikenal lebih rentan terhadap perilaku berisiko, seperti penggunaan zat adiktif (rokok, alkohol, narkoba), seks bebas, dan perilaku kriminal. Hal ini disebabkan oleh keingintahuan yang tinggi, pengaruh teman sebaya, serta kurangnya kemampuan dalam mengambil keputusan yang matang. "Komunitas memiliki peran penting dalam menyediakan lingkungan yang mendukung dan intervensi preventif untuk mencegah perilaku berisiko pada remaja" (Clark, 2014)

d. Pengaruh Teman Sebaya

Teman sebaya menjadi salah satu faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku dan keputusan remaja. Mereka cenderung mengikuti tren atau perilaku teman-teman mereka, baik itu yang positif maupun negatif. "Dukungan dan tekanan dari kelompok sebaya bisa sangat memengaruhi

perilaku kesehatan remaja, termasuk dalam hal gaya hidup dan pilihan kesehatan" (Allender et al., 2013)

e. Penggunaan Teknologi dan Media Sosial

Remaja adalah kelompok yang sangat terhubung dengan teknologi, khususnya media sosial. Ini memberikan akses mudah terhadap informasi kesehatan, tetapi juga dapat membawa risiko terkait dengan paparan konten negatif, cyberbullying, dan penyalahgunaan teknologi. "Perawat komunitas harus memahami pengaruh media sosial terhadap kesehatan remaja dan memanfaatkannya sebagai alat untuk promosi kesehatan" (Stanhope, M., & Lancaster, 2020)

f. Kesadaran dan Edukasi Kesehatan yang Terbatas

Banyak remaja memiliki pemahaman yang terbatas tentang kesehatan, khususnya terkait dengan kesehatan reproduksi dan gizi. Sering kali mereka mengandalkan informasi dari teman sebaya atau sumber-sumber yang tidak dapat dipercaya. "Pendidikan kesehatan di komunitas berperan penting dalam mengisi kesenjangan pengetahuan ini, khususnya melalui program yang dirancang untuk remaja" (WHO, 2020).

g. Dinamika Sosial dan Budaya

Dalam konteks komunitas, remaja dipengaruhi oleh faktor sosial dan budaya, seperti norma-norma keluarga, tradisi lokal, dan kondisi ekonomi. Budaya dan keyakinan tertentu dapat membentuk pandangan mereka tentang kesehatan, perilaku seksual, dan interaksi sosial. "Pemahaman terhadap dinamika sosial dan budaya di komunitas sangat penting bagi perawat untuk mendesain intervensi yang relevan dan efektif bagi remaja" (Nies, M. A., & McEwen, 2018).

h. Keterbatasan Akses ke Layanan Kesehatan

Meskipun remaja biasanya dalam kondisi fisik yang sehat, mereka sering kali kurang memanfaatkan layanan kesehatan. Keterbatasan ini dapat disebabkan oleh kurangnya kesadaran, stigma sosial, atau masalah aksesibilitas layanan kesehatan. "Remaja, terutama di komunitas pedesaan atau yang kurang berkembang, sering menghadapi hambatan dalam mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan" (Allender et al., 2013).

i. Kebutuhan Akan Pendidikan Kesehatan yang Sesuai Usia

Remaja membutuhkan pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan perkembangan fisik, mental, dan sosial mereka. Ini termasuk pendidikan tentang kesehatan reproduksi, gizi, dan pencegahan penyakit menular. "Program pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan remaja sangat penting untuk membantu mereka membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan mereka" (Clark, 2014).

Dengan memahami karakteristik khusus remaja dalam konteks komunitas, perawat dapat merancang intervensi yang lebih efektif dan relevan untuk meningkatkan kesehatan agregat remaja.

C. Profil Remaja dalam Konteks Kesehatan Komunitas

Profil remaja dalam konteks kesehatan komunitas penting untuk dipahami karena masa remaja merupakan fase transisi dari anak-anak menuju dewasa yang ditandai oleh perubahan fisik, mental, emosional, dan sosial. Profil ini dapat mencakup berbagai aspek kesehatan yang mempengaruhi kesejahteraan dan kualitas hidup remaja dalam komunitas. Berikut adalah beberapa komponen utama dari profil remaja dalam konteks kesehatan komunitas:

1. Profil Remaja

a. Demografi Remaja

Demografi remaja menurut konsep dan teori para ahli mencakup aspek usia, jenis kelamin, latar belakang sosial, serta lingkungan tempat remaja tumbuh dan berkembang. Remaja, menurut definisi dari WHO, adalah individu yang berusia antara 10 hingga 19 tahun, yang merupakan masa transisi kritis antara masa kanak-kanak dan dewasa (WHO, 2022a). Para ahli seperti Erik Erikson, dalam teorinya tentang perkembangan psikososial, menekankan bahwa remaja berada dalam tahap pencarian identitas, di mana mereka menghadapi tantangan untuk menemukan jati diri sambil beradaptasi dengan perubahan fisik, sosial, dan emosional (Erikson, 196 C.E.) Selain itu, teori ekologi perkembangan dari Urie Bronfenbrenner menjelaskan bahwa perkembangan remaja dipengaruhi oleh lingkungan yang lebih luas, seperti keluarga, sekolah, komunitas, dan budaya (Bronfenbrenner, 1979). Latar belakang sosio-ekonomi juga memainkan peran penting, sebagaimana dijelaskan oleh teori kapital sosial yang menunjukkan bahwa akses terhadap pendidikan, kesehatan, dan dukungan sosial dapat sangat bervariasi antara kelompok remaja yang berbeda, tergantung pada kondisi sosial-ekonomi keluarga mereka (Bourdieu, 1986)

b. Kesehatan Fisik Remaja

Kesehatan fisik remaja menurut konsep dan teori para ahli melibatkan perubahan signifikan yang terjadi selama masa pubertas, dipengaruhi oleh faktor biologis dan lingkungan. (Hall, 1904) mengemukakan bahwa remaja mengalami fase "storm and stress" di mana lonjakan hormon seperti estrogen dan testosteron memicu perkembangan fisik seperti pertumbuhan organ seksual dan ciri-ciri sekunder. Teori hormon endokrin (Tanner, 1978) menjelaskan bahwa perubahan hormonal ini mempengaruhi perkembangan

fisik, sementara teori ekologi perkembangan dari (Bronfenbrenner, 1979) menyoroti peran lingkungan seperti nutrisi dan aktivitas fisik dalam mendukung kesehatan fisik. Selain itu, (WHO, 2022b) menggarisbawahi pentingnya perilaku gaya hidup sehat, termasuk pola makan dan olahraga, untuk menjaga perkembangan fisik remaja yang optimal. Secara keseluruhan, kesehatan fisik remaja dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor biologis dan gaya hidup.

c. Kesehatan Mental Remaja

Kesehatan mental remaja dalam pandangan para ahli melibatkan perkembangan emosional dan psikologis yang kompleks selama masa transisi menuju kedewasaan. Erik Erikson, melalui teori perkembangan psikososial, menjelaskan bahwa remaja berada pada tahap pencarian identitas (*identity vs. role confusion*), di mana mereka menghadapi tantangan besar dalam memahami diri sendiri dan peran mereka dalam masyarakat (Erikson, 1968). Kegagalan menemukan identitas yang kuat dapat menyebabkan krisis identitas dan gangguan mental seperti kecemasan atau depresi. Menurut teori perkembangan kognitif Jean Piaget, remaja mulai memasuki tahap pemikiran operasional formal, di mana mereka mampu berpikir abstrak dan kritis, namun ini juga dapat meningkatkan tingkat stres karena kesadaran yang lebih besar terhadap masalah sosial dan diri (Piaget, 1972). Teori ekologi perkembangan dari Bronfenbrenner menambahkan bahwa faktor-faktor lingkungan, seperti keluarga, teman sebaya, sekolah, dan komunitas, sangat memengaruhi kesehatan mental remaja. Dukungan sosial yang baik dapat melindungi remaja dari tekanan emosional, sementara konflik dalam lingkungan sosial dapat memperburuk risiko gangguan mental (Bronfenbrenner, 1979). Selain itu, teori stres di masa remaja menunjukkan bahwa perubahan hormonal dan sosial yang cepat selama masa pubertas dapat menyebabkan ketidakstabilan emosional yang memerlukan penanganan dan dukungan yang tepat (Compas, 1987). Secara keseluruhan, kesehatan mental remaja dipengaruhi oleh interaksi antara perkembangan psikologis, tekanan sosial, dan dukungan lingkungan.

d. Perilaku Kesehatan remaja

Perilaku kesehatan remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor psikologis, sosial, dan lingkungan. Health Belief Model (HBM) Rosenstock, (1974) menyatakan bahwa remaja akan lebih cenderung berperilaku sehat jika mereka merasa berisiko terhadap penyakit dan melihat manfaat dari tindakan preventif. Teori Perencanaan Perilaku Ajzen, (1991) menambahkan bahwa sikap, norma sosial, dan persepsi kontrol diri mempengaruhi keputusan remaja, terutama jika mereka merasa didukung oleh lingkungannya. Menurut

(Bronfenbrenner, (1979), lingkungan seperti keluarga dan teman sebaya berperan besar dalam membentuk perilaku kesehatan remaja. (Jessor, 1991) menekankan bahwa perilaku berisiko remaja, seperti merokok atau minum alkohol, sering kali muncul dari interaksi antara tekanan sosial dan perubahan hormonal.

Tren dan isu terkini terkait perilaku kesehatan remaja mencakup berbagai tantangan yang semakin berkembang, terutama di bidang kesehatan mental, penggunaan zat adiktif, kesehatan seksual, serta dampak lingkungan sosial seperti kekerasan dan bullying.

Perilaku kesehatan remaja saat ini menghadapi sejumlah isu penting, termasuk peningkatan masalah kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi, yang memengaruhi sekitar 1 dari 7 remaja di seluruh dunia (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)(WHO, 2024b)Selain itu, penggunaan zat adiktif seperti alkohol dan ganja juga mengalami peningkatan seiring dengan upaya remaja untuk mengatasi tekanan emosional dan sosial (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Di bidang kesehatan seksual, meskipun jumlah remaja yang aktif secara seksual menurun, penggunaan kondom juga berkurang, yang meningkatkan risiko infeksi menular seksual (IMS) seperti HIV(Sophia Durant, 2023).(Weir, 2023).Untuk mengatasi masalah-masalah ini, program-program pendidikan kesehatan yang komprehensif serta peningkatan dukungan sosial di sekolah terus didorong untuk membantu meningkatkan kesejahteraan remaja(Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

Perilaku kesehatan remaja di Indonesia mengalami berbagai tren dan isu terkini yang penting untuk dicermati. Beberapa di antaranya meliputi:

- 1) Penggunaan Gadget dan Media Sosial: Peningkatan penggunaan gadget menyebabkan remaja lebih banyak menghabiskan waktu di depan layar. Ini berdampak pada kesehatan mental, seperti kecemasan dan depresi, serta risiko gangguan tidur.

Penggunaan gadget dan media sosial di kalangan remaja di Indonesia terus meningkat, dengan 98% remaja memiliki akses ke perangkat mobile (APJII, 2022). Rata-rata, mereka menghabiskan 3-5 jam per hari di media sosial, dengan TikTok, Instagram, dan WhatsApp menjadi platform paling populer (Nielsen). Penelitian menunjukkan bahwa 20-30% remaja melaporkan kecemasan akibat penggunaan media sosial (Jurnal Psikologi Indonesia), dan selama pandemi, lebih dari 70% remaja menggunakan gadget untuk kegiatan belajar (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan). Namun, sekitar 60% remaja merasa ketergantungan pada gadget (Jurnal Kesehatan

Masyarakat Indonesia), menunjukkan tantangan yang perlu diatasi terkait perilaku kesehatan mereka.

Studi yang didanai oleh UNICEF dan dilaksanakan oleh Kementerian Komunikasi dan Informatika (Kemkominfo) menemukan bahwa 98 persen dari anak-anak dan remaja tahu tentang internet dan 79,5 persen diantaranya adalah pengguna internet (diskominfo.kuningan, 2024). Penggunaan *smartphone* paling banyak dari segi kelompok usia berada pada rentang usia 20-29 tahun sebesar 75,95 persen (Adisty, 2024)

- 2) Gaya Hidup Tidak Sehat: Banyak remaja yang mengadopsi pola makan tidak sehat dan kurang aktivitas fisik. Konsumsi makanan cepat saji dan minuman manis meningkat, yang berkontribusi pada masalah obesitas dan penyakit terkait.

Beberapa perilaku hidup tidak sehat yang sering dilakukan remaja di Indonesia mencakup jajan sembarangan, yang mengarah pada konsumsi makanan cepat saji dan jajanan tidak sehat tinggi gula, garam, dan lemak. Selain itu, banyak remaja tidak minum air putih cukup, yang dapat menyebabkan dehidrasi, serta memiliki kebiasaan begadang akibat penggunaan gadget dan media sosial, mengganggu pola tidur dan kesehatan mental. Melewatkan sarapan juga menjadi hal umum, yang penting untuk memulai hari dengan energi yang cukup. Kebiasaan makan yang terburu-buru atau berlebihan dapat menyebabkan gangguan pencernaan dan obesitas, sementara minum yang tidak memadai mengganggu metabolisme. Tidak berolahraga meningkatkan risiko obesitas dan penyakit terkait, sedangkan merokok tetap menjadi isu meskipun ada kampanye antirokok. Terakhir, menghabiskan waktu terlalu lama menonton televisi berkontribusi pada gaya hidup sedentari dan berdampak negatif pada kesehatan mental. Meningkatkan kesadaran akan perilaku ini sangat penting untuk mendorong gaya hidup sehat di kalangan remaja (Kemenkes, 2023).

- 3) Penyalahgunaan Narkoba dan Alkohol:

Data menunjukkan bahwa penyalahgunaan narkoba dan alkohol di kalangan remaja Indonesia mencapai angka yang mengkhawatirkan, dengan survei menunjukkan lebih dari 10% remaja di kota-kota besar pernah mencoba narkoba (Badan Narkotika Nasional, 2021). Faktor penyebabnya meliputi tekanan teman sebaya, akses mudah, dan kurangnya pengetahuan tentang dampak negatifnya, yang berpotensi mengganggu kesehatan mental dan fisik remaja. Upaya pencegahan melalui pendidikan

dan kampanye kesadaran menjadi sangat penting untuk mengatasi masalah ini dan melindungi generasi muda

Berdasarkan data dari kominfo 2021 menjelaskan bahwa penggunaan narkoba berada di kalangan anak muda berusia 15-35 tahun dengan persentase sebanyak 82,4% berstatus sebagai pemakai, sedangkan 47,1% berperan sebagai pengedar, dan 31,4% sebagai kurir.(BNN, 2022). Di kalangan pelajar dan mahasiswa, angka prevalensi penyalahgunaan narkoba meningkat dari 1,10 persen pada 2019 menjadi 1,38 persen pada 2021(JUMARTO YULIANUS, 2023)

4) Masalah Kesehatan Mental:

Masalah kesehatan mental di kalangan remaja di Indonesia semakin menjadi perhatian, dengan data menunjukkan bahwa sekitar 20% remaja mengalami gangguan mental, termasuk depresi dan kecemasan (Risikesdas, 2018). Faktor-faktor yang berkontribusi meliputi tekanan akademis, masalah keluarga, dan pergaulan sosial yang tidak sehat. Selain itu, stigma terkait kesehatan mental sering menghalangi remaja untuk mencari bantuan, membuat masalah ini semakin rumit. Pentingnya pendidikan dan dukungan dari keluarga serta masyarakat sangat krusial dalam mengatasi isu ini dan meningkatkan kesejahteraan mental remaja.

Gangguan kesehatan mental pada remaja di Indonesia merupakan masalah serius, dengan survei I-NAMHS 2022 menunjukkan bahwa 15,5 juta remaja (34,8%) mengalami masalah ini (tim medis siloam hospital, 2024). Gangguan yang paling umum adalah kecemasan (3,7%), diikuti oleh depresi mayor (1,0%), gangguan perilaku (0,9%), PTSD, dan ADHD (0,5% masing-masing)(gloriabarus, 2022).Remaja lebih tua cenderung mengalami kecemasan dan depresi, yang dapat berdampak negatif pada pendidikan dan sosial mereka. Gangguan perilaku lebih umum pada remaja muda, sedangkan gangguan makan, seperti anoreksia dan bulimia, lebih sering terjadi pada perempuan. Bunuh diri menjadi penyebab kematian ketiga tertinggi di kalangan remaja, dipengaruhi oleh faktor risiko seperti penggunaan alkohol dan stigma terhadap pencarian bantuan. Perilaku berisiko, termasuk penyalahgunaan zat dan kekerasan, juga meningkat di kalangan remaja, berdampak pada kesehatan mental dan fisik mereka(WHO, 2024a)

5) Pendidikan Seks dan Kesehatan Reproduksi:

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) 2012, 1,6% remaja perempuan usia 15-19 tahun telah melakukan hubungan seksual sebelum usia 15 tahun, dengan hanya 40,5% yang menggunakan kondom

saat berhubungan dan 61% yang membatasi hubungan dengan satu pasangan. Remaja laki-laki memiliki angka seks pra-nikah lebih tinggi, yaitu 4,5% dibandingkan 0,7% pada remaja perempuan; alasan utama remaja laki-laki melakukan hubungan seksual adalah penasaran (57,7%), sedangkan remaja perempuan sering melakukannya karena terjadi begitu saja (38%) atau akibat paksaan (12,6%). Faktor utama permasalahan kesehatan reproduksi remaja adalah rendahnya kesadaran tentang kesehatan dan seksualitas, tekanan sosial, serta pola hubungan yang tidak seimbang. Selain itu, menurut United Nations Development Economic and Social Affairs (UNDESA) 2010, Indonesia berada di peringkat ke-37 untuk pernikahan usia muda, dengan usia minimum perempuan menikah masih 16 tahun, menjadikannya negara tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja. Berdasarkan SKDI 2012, 12,6% remaja usia 15-19 tahun sudah menikah, dan Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan proporsi kehamilan remaja usia 15-19 tahun adalah 1,28% di perkotaan dan 2,71% di pedesaan, sementara kehamilan pada remaja di bawah 15 tahun tercatat sebesar 0,02%(Wongso, 2016).

Menurut data dari PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia) Jawa Tengah tahun 2010, terdapat 863 remaja yang berhubungan seksual pra-nikah, 452 remaja hamil pra-nikah, 283 mengalami infeksi menular seksual, 337 melakukan masturbasi, dan 244 mengalami aborsi. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2009, di mana terdapat 765 remaja berhubungan seksual pra-nikah, 367 hamil pra-nikah, 275 infeksi menular seksual, 322 masturbasi, dan 166 aborsi (PILAR PKBI, 2010).Data lain dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta pada tahun 2016 mencatat 720 remaja yang melakukan persalinan, dan 340 kasus dispensasi nikah untuk remaja dengan alasan hamil di luar nikah. Pada tahun 2018, terdapat sekitar 240 kasus pernikahan dini di Yogyakarta, yang disebabkan oleh kehamilan tidak diinginkan (KTD). Sementara itu, pada tahun 2019, tercatat 74 kasus kehamilan tidak diinginkan (KTD) pada remaja di bawah 18 tahun (Setiawan dan Hafil, 2019).dalam (Ardiansyah, 2022)

6) Kegiatan Olahraga:

Dorongan bagi anak remaja untuk berolahraga dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk dukungan keluarga, hubungan sosial dengan teman sebaya, dan ketersediaan fasilitas olahraga. Penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang aktif berolahraga bersama dapat menciptakan lingkungan positif (Sinha, 2020), sementara teman yang terlibat dalam aktivitas fisik juga memotivasi remaja untuk ikut serta (Biddle, S. J. H., Gorely, T., & Stensel,

2011). Selain itu, program pendidikan jasmani yang kuat di sekolah dan akses ke fasilitas yang memadai berkontribusi pada tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi (McKenzie et al., 2006; Gordon-Larsen et al., 2006). Media sosial, dengan konten yang mempromosikan gaya hidup aktif, berperan dalam meningkatkan minat remaja (Böcker, L., 2020). Minat pribadi terhadap olahraga tertentu dan budaya lokal yang mendukung kegiatan fisik semakin memperkuat kebiasaan olahraga di kalangan remaja (Kirk, 2005). Kombinasi dari faktor-faktor ini menunjukkan bahwa untuk meningkatkan partisipasi olahraga, semua aspek tersebut perlu diperhatikan.

Pemerintah Indonesia memiliki berbagai kebijakan terkait remaja dan olahraga. Beberapa di antaranya meliputi:

- a) Rencana Aksi Nasional: Pemerintah telah mengeluarkan rencana aksi nasional untuk meningkatkan aktivitas fisik dan olahraga di kalangan masyarakat, termasuk remaja. Ini mencakup program-program untuk mempromosikan gaya hidup sehat dan olahraga di sekolah.
 - b) Kurikulum Pendidikan Jasmani: Dalam sistem pendidikan, terdapat kebijakan yang mewajibkan pendidikan jasmani sebagai bagian dari kurikulum sekolah. Ini bertujuan untuk mengembangkan kebiasaan olahraga sejak dini.
 - c) Fasilitas Olahraga: Pemerintah berupaya meningkatkan akses ke fasilitas olahraga, baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat. Ini termasuk pembangunan lapangan, taman, dan pusat kebugaran.
 - d) Program Pemberdayaan Remaja: Ada program-program khusus yang ditujukan untuk memberdayakan remaja melalui olahraga, seperti kompetisi antar sekolah dan pelatihan atlet muda.
 - e) Kampanye Kesehatan: Pemerintah juga meluncurkan kampanye kesehatan yang mengedukasi remaja tentang pentingnya aktivitas fisik dan gaya hidup sehat.
- e. Kesehatan Sosial remaja
- Konsep kesehatan sosial remaja mencakup interaksi sosial, dukungan emosional, dan pengaruh lingkungan sosial terhadap kesejahteraan fisik dan mental. Menurut Wilkinson dan Pickett (2009), kesehatan sosial dipengaruhi oleh ketidaksetaraan dalam masyarakat, di mana remaja yang memiliki dukungan sosial dan akses ke sumber daya cenderung lebih sehat. Teori ekologi sosial oleh Bronfenbrenner (1979) menekankan bahwa perkembangan individu, termasuk kesehatan sosial, dipengaruhi oleh berbagai lapisan lingkungan seperti keluarga, teman sebaya, dan masyarakat. Ryff (1989) menyoroti pentingnya hubungan positif dan tujuan hidup dalam kesejahteraan

psikologis, sedangkan Baumeister dan Leary (1995) menekankan bahwa ikatan sosial yang kuat dapat mengurangi stres dan meningkatkan kesehatan mental. Graham (2000) juga mencatat bahwa kesehatan sosial melibatkan keterlibatan dalam komunitas dan akses ke layanan kesehatan berkualitas. Secara keseluruhan, kesehatan sosial remaja sangat dipengaruhi oleh dukungan sosial dan lingkungan positif, yang berkontribusi pada kesejahteraan holistik mereka.

2. Masalah kesehatan yang sering dihadapi remaja.

Remaja sering kali rentan terhadap berbagai jenis penyakit yang dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental mereka. Salah satu masalah utama adalah gangguan kesehatan mental, seperti depresi dan kecemasan, yang dapat disebabkan oleh tekanan akademis dan sosial (WHO, 2021). Selain itu, obesitas menjadi masalah yang semakin umum, terkait dengan pola makan yang tidak sehat dan kurangnya aktivitas fisik, dengan data menunjukkan prevalensi obesitas yang meningkat di kalangan remaja di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Penyakit menular seksual juga menjadi perhatian serius, karena banyak remaja yang kurang mendapatkan informasi dan akses terhadap layanan kesehatan seksual (UNFPA, 2020). Penggunaan zat terlarang, termasuk alkohol dan narkoba, merupakan ancaman lain yang dapat berdampak buruk pada kesehatan mereka, seperti yang dicatat oleh Badan Narkotika Nasional (BNN, 2022)(BNN, 2021). Terakhir, remaja juga sering mengalami cedera akibat kecelakaan, baik saat berolahraga maupun dalam kegiatan sehari-hari, yang menjadi salah satu penyebab utama kematian dalam kelompok usia ini (WHO, 2021).

3. Pengaruh media sosial dan teknologi terhadap kesehatan remaja.

(Ilmiah & Pendidikan, 2023) Pengaruh media sosial dan teknologi terhadap kesehatan remaja dilihat dari berbagai aspek, baik positif maupun negatif. Berikut adalah beberapa

a. Dampak Positif:

- 1) Komunikasi dan Dukungan Sosial: Media sosial memungkinkan remaja untuk berkomunikasi dengan teman-teman mereka, membangun identitas diri, dan mendapatkan dukungan sosial. Ini dapat membantu mereka merasa lebih terhubung dan mengurangi rasa kesepian
- 2) Akses Informasi: Remaja dapat menggunakan media sosial sebagai sumber informasi yang berguna, yang dapat meningkatkan kesadaran sosial dan pengetahuan mereka tentang isu-isu penting

b. Dampak Negatif:

- 1) Kecanduan dan Ketergantungan: Penggunaan media sosial yang berlebihan dapat menyebabkan kecanduan, yang berdampak pada kesehatan mental remaja, termasuk peningkatan kecemasan dan depresi
- 2) Cyberbullying: Remaja yang aktif di media sosial rentan terhadap perundungan siber, yang dapat menyebabkan dampak serius pada kesehatan mental mereka, seperti peningkatan kecemasan, depresi, dan bahkan pikiran untuk bunuh diri
- 3) Perbandingan Sosial: Media sosial sering kali memicu perbandingan sosial yang tidak sehat, di mana remaja merasa tidak puas dengan diri mereka sendiri karena melihat kehidupan sempurna orang lain, yang dapat menyebabkan rendah diri dan tekanan emosional
- 4) Menurunnya Kualitas Interaksi Sosial: Penggunaan media sosial dapat mengurangi komunikasi langsung dengan orang lain, yang penting untuk perkembangan keterampilan sosial dan hubungan interpersonal yang sehat

D. Pendidikan Kesehatan bagi Remaja

Pendidikan kesehatan bagi remaja bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan sehat dalam kehidupan mereka. Topik yang relevan meliputi kesehatan reproduksi, hubungan antar pribadi, penggunaan zat adiktif, pola makan sehat, aktivitas fisik kesehatan, mental, dan pencegahan penyakit menular Seksual. Metode yang efektif dalam pendidikan kesehatan remaja meliputi diskusi kelompok, simulasi peran, penyuluhan interaktif, dan penggunaan media sosial dan teknologi yang relevan (Fitria Hayu Palupi et al., 2023)

Strategi edukasi yang efektif untuk remaja.

1. Komunikasi Terbuka

Remaja membutuhkan orang dewasa yang bisa mereka percayai dan berbicara secara terbuka. Oleh karena itu, orang tua dan pendidik perlu menunjukkan bahwa mereka siap mendengarkan dan memahami masalah yang dihadapi remaja.

2. Batasi Penggunaan Gadget

Remaja cenderung menghabiskan waktu berjam-jam dengan gadget. Oleh karena itu, perlu dibatasi penggunaannya dan disarankan untuk membatasi waktu bermain gadget untuk menghindari efek buruk dari terlalu lama bermain gadget, seperti kurang tidur, kurang interaksi sosial, dan kurang gerak fisik.

3. Berikan Ruang Privasi

Remaja sedang mencari identitas diri mereka, sehingga perlu diberikan ruang privasi. Hal ini akan memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengeksplorasi minat dan bakat mereka.

4. Jadilah Role Model yang Baik

Orang tua dan pendidik adalah contoh yang paling penting bagi remaja. Oleh karena itu, perlu untuk menjadi role model yang baik, karena remaja akan meniru pola perilaku yang dilihat dari orang dewasa di sekitarnya.

5. Berikan Tanggung Jawab

Remaja perlu diberikan tanggung jawab agar mereka bisa belajar bertanggungjawabkan tindakan mereka. Hal ini juga membantu mereka mempersiapkan diri untuk menjadi dewasa yang mandiri. (Visecoach, 2022)

(SMP Ahklak cendikia Muslim, 2024) melengkapi tentang strategi edukasi yang efektif untuk remaja yaitu :

1. Tetaplah Konsisten dalam Aturan dan Batasan

Anak remaja sering mencoba batasan untuk melihat sejauh mana mereka dapat pergi. Penting bagi orang tua dan pengajar untuk tetap konsisten dalam menegakkan aturan dan batasan yang telah ditetapkan. Jelaskan konsekuensi dari pelanggaran aturan dengan jelas dan tegaskan bahwa mereka akan diterapkan secara konsisten.

2. Beri Ruang untuk Mengekspresikan Diri

Anak remaja sering merasa terbatas dan terkekang oleh ekspektasi orang dewasa. Beri mereka ruang untuk mengekspresikan diri mereka sendiri dan mengeksplorasi minat serta bakat mereka. Dukunglah mereka dalam mengejar kegiatan yang mereka sukai dan berikan mereka kesempatan untuk berkembang.

3. Terlibat dalam Hidup Mereka

Tunjukkan minat dan keterlibatan dalam kehidupan anak remaja Anda. Tanyakan tentang teman-teman mereka, kegiatan di sekolah, dan hal-hal yang mereka sukai. Jadilah orang tua atau pengajar yang hadir dan mendukung mereka dalam setiap langkah perjalanan mereka.

E. Intervensi Keperawatan Komunitas pada Remaja

1. Pengkajian kesehatan komunitas pada agregat remaja.

Pengkajian kesehatan komunitas merupakan proses sistematis untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan data kesehatan dari suatu populasi atau agregat. Dalam konteks remaja, pengkajian ini bertujuan untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan fisik, mental, dan sosial mereka. (Nies, M. A., & McEwen, 2018). Aspek yang dinilai dalam pengkajian kesehatan remaja mencakup kesehatan fisik, kesehatan mental, perilaku berisiko, dan kondisi sosial (Allen, J. D., & Haines, 2022)

Tujuan utama pengkajian kesehatan komunitas pada remaja adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang prevalen di kalangan mereka, menilai kebutuhan kesehatan spesifik agar dapat merancang intervensi yang tepat, serta membangun kesadaran dan keterlibatan masyarakat dalam isu-isu kesehatan yang dihadapi oleh remaja. Melalui proses ini, diharapkan dapat ditemukan solusi yang efektif untuk meningkatkan kesejahteraan remaja dan mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam mendukung kesehatan generasi muda. (B. B. Wright, J. D., & McCarthy, 2009)

Metode yang umum digunakan dalam pengkajian kesehatan komunitas termasuk survei kuantitatif, wawancara kualitatif, dan pengamatan. Survei kuantitatif dapat mengukur prevalensi masalah kesehatan, sedangkan wawancara kualitatif dapat memberikan wawasan mendalam tentang pengalaman dan persepsi remaja terkait kesehatan mereka. (Polit, D. F., & Beck, 2021)

2. Strategi promosi kesehatan yang fokus pada remaja.

Strategi promosi kesehatan untuk remaja bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan keterlibatan mereka dalam menjaga kesehatan, melalui pendekatan yang holistik dan terintegrasi, beberapa strategi yang dapat ditetapkan adalah

a. Edukasi Kesehatan Terintegrasi di Sekolah

Pendidikan kesehatan yang terintegrasi dalam kurikulum sekolah sangat penting. Ini mencakup topik kesehatan reproduksi, gizi, kesehatan mental, dan pencegahan penyakit. Melalui program ini, remaja dapat memahami pentingnya gaya hidup sehat sejak dini. (Nies, M. A., & McEwen, 2020)

b. Kampanye Kesadaran Melalui Media Sosial

Menggunakan media sosial sebagai alat untuk menyebarkan informasi kesehatan dapat menjangkau remaja secara efektif. Kampanye ini dapat mencakup informasi tentang risiko perilaku berisiko, pentingnya kesehatan mental, dan cara menjaga kesehatan secara umum. (Allen, J. D., & Haines, 2022)

c. Program Dukungan Teman Sebaya

Membangun program yang melibatkan remaja sebagai duta kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang mendukung perilaku sehat. Program ini memberikan kesempatan bagi remaja untuk berbagi informasi dan mendukung satu sama lain dalam menjalani gaya hidup sehat. (B. B. (2022). Wright, J. D., & McCarthy, 2022)

d. **Pelibatan Keluarga dalam Edukasi Kesehatan**

Mengajak keluarga dalam program edukasi kesehatan membantu menciptakan lingkungan yang mendukung bagi remaja. Program yang melibatkan orang tua dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang pentingnya kesehatan remaja. (McEwen, 2021)

F. Peran Keluarga dan Lingkungan Sekitar dalam Kesehatan Remaja

Peran keluarga dalam kesehatan anak remaja sangat penting dan mencakup beberapa aspek, antara lain:

1. **Pendidikan dan Penanaman Karakter:** Keluarga berperan dalam menanamkan nilai-nilai dan norma yang baik kepada anak sejak dini. Dengan memberikan pendidikan agama dan moral, anak dapat tumbuh dengan baik dan memiliki karakter yang positif, yang berkontribusi pada kesehatan mental dan emosional mereka
2. **Perhatian dan Keterlibatan:** Keluarga yang memberikan perhatian lebih kepada anak, baik di dalam rumah maupun di luar rumah, dapat membantu anak merasa diperhatikan dan dicintai. Ini penting untuk kesehatan emosional remaja, yang sering kali mencari perhatian dari lingkungan luar jika tidak mendapatkannya di rumah
3. **Lingkungan yang Harmonious:** Menciptakan lingkungan keluarga yang harmonis, komunikatif, dan nyaman sangat penting untuk perkembangan remaja. Keluarga yang mendukung dapat membantu remaja dalam memilih teman dan lingkungan yang baik, yang berdampak positif pada kesehatan fisik dan mental mereka
4. **Kegiatan Bersama:** Mengajak anak untuk terlibat dalam kegiatan masyarakat dan keluarga dapat meningkatkan kesehatan sosial mereka. Kegiatan ini tidak hanya memperkuat ikatan keluarga tetapi juga membantu anak belajar berinteraksi dengan orang lain secara positif (Anggraeny, 2013) (Anggraini & Siregar, 2023)

Keluarga memiliki peranan besar terhadap anak remaja, bagi pertumbuhan dan kesehatan remaja, Secara sosiologis, juju sujana dalam (Anggraini & Siregar, 2023) mengemukakan fungsi keluarga sebagai berikut:

1. **Fungsi afeksi:** keluarga merupakan tempat terjadinya hubungan sosial yang penuh dengan kemesraan dan afeksi (penuh kasih sayang dan rasa aman).

Keluarga menjadi sarana untuk trasmisi nilai, keyakinan, sikap, nilai, pengetahuan, keterampilan dan teknik dari generasi sebelumnya ke generasi yang lebih muda.

2. Fungsi sosial berkaitan dengan mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik, maupun memegang norma-norma kehidupan secara universal. Fungsi keluarga dalam membentuk kepribadian anak melalui interaksi sosial dalam keluarga, anak mempelajari pola-pola tingkah laku, sikap keyakinan, cita-cita dan nilai-nilai dalam keluarga, masyarakat, dan dalam rangka pengembangan kepribadianya. Keluarga memberikan identitas pada anggotanya seperti ras, etnik, religi, sosial, ekonomi dan peran gender.
3. Fungsi edukatif: keluarga merupakan tempat pendidikan bagi semua anggotanya dimana orang tua memiliki peran yang cukup penting untuk membawa anak menuju kedewasaan jasmani dan rohani dalam dimensi kognisi, afektif maupun skill, dengan tujuan untuk mengembangkan aspek mental spiritual, moral, intelektual, dan profesional. Fungsi edukatif ini merupakan bentuk penjaminan hak dasar manusia dalam memelihara dan mengembangkan potensi akalnya. Sejak dulu merupakan institusi pendidikan dalam keluarga merupakan satu-satunya institusi untuk mempersiapkan anak agar dapat hidup secara sosial di masyarakat, sekarang pun keluarga dikenal sebagai lingkungan pendidikan yang pertama dan utama dalam mengembangkan dasar kepribadian anak.
4. Fungsi ekonomis: keluarga merupakan suatu kesatuan ekonomis dimana keluarga memiliki aktifitas mencari nafkah, pembinaan usaha, perencanaan anggaran, pengelolaan belanja dan bagaimana memanfaatkan sumber-sumber penghasilan dengan baik, mendistribusikan secara adil dan proporsional, serta dapat bertanggungjawabkan kekayaan dan harta bendanya secara sosial maupun moral.

(Nahliyah Septi Zahrah Manik, 2024) menyampaikan Peran yang dapat dilakukan keluarga untuk membentuk kepribadian remaja adalah:

1. Menerapkan Model Pengasuhan Otoritatif atau Demokratis: Orang tua perlu mendorong remaja untuk mandiri namun tetap memberikan batasan pada perilaku mereka. Remaja yang dibesarkan dalam keluarga otoritatif cenderung mampu berinteraksi dengan orang lain secara baik dan mampu mengelola emosi dengan baik;
2. Menggunakan Pola Komunikasi yang Positif dengan Remaja: Jika orang tua menggunakan komunikasi yang baik dengan remaja, mereka juga akan belajar berkomunikasi dengan baik dengan orang lain di luar rumah. Ada tiga indikasi dari komunikasi positif ini:

- a. Orang tua memberikan kendali namun juga memberikan otonomi, sehingga remaja memiliki kesempatan untuk berpendapat dan memutuskan sesuatu dengan batasan yang diberikan oleh orang tua;
- b. Orang tua mengajak remaja untuk berdiskusi, di mana remaja diberi kesempatan untuk didengar dan juga mendengarkan. Diskusi ini membantu remaja memahami pentingnya hubungan sosial;
- c. Pentingnya kehangatan dan keterlibatan orang tua dalam aktivitas remaja. Keterlibatan orang tua dalam kegiatan remaja membuat mereka lebih menerima pengaruh orang tua karena adanya kepercayaan yang kokoh terbangun di antara mereka (Purwasih, 2021) dalam (Nahliyah Septi Zahrah Manik, 2024)

Program pemberdayaan keluarga adalah upaya sistematis untuk meningkatkan kapasitas keluarga dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarganya, khususnya remaja, sehingga mereka dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, baik fisik, mental, maupun sosial. Dalam konteks kesehatan remaja, program ini sangat penting untuk memberikan bekal pengetahuan, keterampilan, Mencegah perilaku berisiko, Meningkatkan kualitas hidup dan dukungan yang diperlukan remaja agar mereka dapat menjaga kesehatan diri dan membuat keputusan yang sehat.

(BKKBN, 2023): Beberapa intervensi yang dapat dilakukan dalam mendukung program pembangunan keluarga antara lain:

1. Peningkatan akses informasi, pendidikan, penyuluhan, dan pelayanan tentang perawatan, pengasuhan, dan perkembangan anak.
2. Peningkatan kualitas remaja serta pemberian akses informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan tentang kehidupan berkeluarga.
3. Peningkatan kualitas lingkungan keluarga.

Keterlibatan keluarga diakui sebagai landasan yang efektif dalam kerja kasus kesejahteraan anak (termasuk remaja) dan sebagai elemen penting dalam penyampaian layanan. Tinjauan literatur mengenai kesejahteraan anak dan empat disiplin ilmu terkait menunjukkan keterlibatan keluarga tersebut (Child Welfare Information Gateway, 2017). Dalam (Building, 2019)

1. Meningkatkan kesesuaian antara kebutuhan dan layanan keluarga
2. Mempromosikan atau meningkatkan kemungkinan hasil positif bagi anak-anak, remaja, dan keluarga
3. Meningkatkan kemampuan keluarga untuk mengatasi masalah yang mereka alami

Dukungan keluarga dan penggunaan layanan, pada gilirannya, dapat membantu memberikan hasil positif bagi anak-anak dan keluarga, termasuk

reunifikasi keluarga yang tepat waktu (Berrick, Cohen, & Anthony, 2011). Dalam (Building, 2019)

G. Kebijakan Kesehatan dan Program Nasional untuk Remaja

1. Landasan kebijakan kesehatan remaja di Indonesia.

- a. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2023 Tentang Kesehatan

Penyelenggaraan kesehatan remaja diatur dalam Pasal 50 dan Pasal 51. Ringkasan dari pasal-pasal tersebut adalah

1) Pasal 50 tentang upaya kesehatan remaja

Upaya kesehatan remaja bertujuan untuk mempersiapkan mereka menjadi individu yang sehat, cerdas, berkualitas, dan produktif, dengan membentuk kebiasaan hidup sehat sejak dini yang akan berdampak positif saat mereka memasuki fase dewasa. Kesehatan fisik dan mental yang baik akan mendukung pencapaian potensi remaja dalam pendidikan dan kontribusi mereka kepada masyarakat. Setiap remaja berhak memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau, yang mencakup pemeriksaan kesehatan untuk deteksi dini masalah kesehatan seperti gangguan pertumbuhan atau penyakit menular. Selain itu, kesehatan reproduksi remaja menjadi fokus dengan edukasi dan pelayanan terkait seksual, termasuk akses ke kontrasepsi dan penanganan masalah reproduksi, serta kesehatan jiwa yang mencakup dukungan untuk mengatasi gangguan mental seperti stres, depresi, kecemasan, dan perundungan. Kebijakan ini mengharuskan pemerataan fasilitas kesehatan di seluruh wilayah, baik di perkotaan maupun pedesaan, guna mendukung kesejahteraan remaja secara menyeluruh.

2) Pasal 51 tentang Upaya Kesehatan Dewasa

Pasal ini lebih umum dan mencakup upaya kesehatan tidak hanya untuk remaja, tetapi juga untuk orang dewasa. Fokus utama adalah memastikan bahwa individu, termasuk remaja, tetap hidup sehat dan produktif sepanjang hidup. Sama seperti Pasal 50, Pasal 51 menegaskan bahwa setiap orang, termasuk remaja, berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.

Tujuan utama upaya kesehatan adalah untuk menjaga agar individu tetap hidup sehat dan produktif, sehingga mereka dapat terus berkontribusi secara positif kepada masyarakat dalam jangka panjang. Setiap orang, termasuk remaja, berhak mendapatkan akses yang setara terhadap

pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau, yang menunjukkan pentingnya pemerataan akses kesehatan di seluruh lapisan masyarakat. Penyelenggaraan kesehatan ini merupakan tanggung jawab bersama yang melibatkan berbagai pihak: Pemerintah Pusat bertugas menyediakan kebijakan, pendanaan, dan pengaturan standar pelayanan kesehatan; Pemerintah Daerah melaksanakan kebijakan tersebut dengan penyesuaian sesuai konteks lokal dan menyediakan fasilitas kesehatan yang lebih dekat dengan masyarakat; keluarga memiliki peran penting dalam mendukung gaya hidup sehat anggota keluarga, termasuk remaja, dengan menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan fisik dan mental; serta masyarakat yang berperan dalam menciptakan lingkungan sehat, mendukung program-program kesehatan, dan memberikan informasi yang benar mengenai kesehatan. (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*, 2023)

b. Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2014: Tentang Upaya Kesehatan Anak

Pedoman pelaksanaan program kesehatan remaja diatur dalam Pasal 30 dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014. Pasal ini menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan peduli remaja dilakukan melalui beberapa kegiatan, antara lain:

- 1) Pelayanan konseling.
- 2) Pelayanan klinis medis.
- 3) Pelayanan rujukan.
- 4) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan remaja.
- 5) Partisipasi remaja.
- 6) Keterampilan sosial.

Pelayanan kesehatan ini bertujuan untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan remaja secara menyeluruh

c. Rencana Aksi Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja:

1) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2024

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Kesehatan Reproduksi mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, termasuk yang terkait dengan remaja. beberapa pasal yang relevan mengatur tentang kesehatan reproduksi remaja adalah

a) Pasal 1: Definisi

Pasal ini menjelaskan definisi yang relevan dengan konteks kesehatan reproduksi, termasuk definisi "remaja". Di sini, remaja diartikan sebagai individu yang berada dalam fase transisi dari anak-anak menuju dewasa, yang membutuhkan perhatian khusus terhadap kesehatan reproduksinya.

b) Pasal 5: Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Pasal ini mengatur tentang pentingnya pendidikan kesehatan reproduksi yang harus diberikan sejak usia dini, termasuk di tingkat sekolah. Pendidikan ini bertujuan untuk memberikan informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi, perlindungan dari penyakit menular seksual, serta hak-hak remaja terkait kesehatan reproduksi.

c) Pasal 7: Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Pasal ini menekankan bahwa remaja harus memiliki akses yang mudah dan aman terhadap pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan seksual, dan konseling yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

d) Pasal 10: Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja

Pasal ini mengatur tentang langkah-langkah pencegahan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja, yang meliputi pemberian edukasi, penyuluhan tentang penggunaan kontrasepsi, dan akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan reproduksi.

e) Pasal 12: Pencegahan Penyakit Menular Seksual

Dalam pasal ini, dibahas tentang upaya pencegahan penyakit menular seksual yang harus dilakukan melalui edukasi kepada remaja tentang cara-cara pencegahan, serta penyediaan layanan kesehatan yang mendukung.

f) Pasal 15: Keterlibatan Orang Tua dan Masyarakat

Pasal ini mengatur tentang pentingnya keterlibatan orang tua dan masyarakat dalam mendukung kesehatan reproduksi remaja. Ini termasuk mendidik dan memberikan pemahaman tentang pentingnya peran keluarga dalam mendukung kesehatan reproduksi anak-anak mereka. (Pemerintah Pusat, 2024)

2) Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Ruang lingkup Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) mencakup beberapa aspek, antara lain:

a) Pengguna Pelayanan PKPR:

Sasaran pengguna layanan PKPR adalah kelompok remaja usia 10-19 tahun, tanpa memandang status pernikahan. Ini termasuk:

- (1) Remaja di sekolah (sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa).
 - (2) Remaja di luar sekolah (karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu/rehabilitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan).
 - (3) Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil.
 - (4) Remaja yang rentan terhadap penularan HIV, remaja yang sudah terinfeksi HIV, dan remaja yang terkena dampak HIV dan AIDS.
- b) Aspek Pelayanan: PKPR bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif, sesuai dengan kebutuhan remaja, dan menghargai hak-hak mereka sebagai individu.
- c) Standar Pelayanan: KPR mengatur berbagai standar yang berkaitan dengan sumber daya manusia, fasilitas kesehatan, kegiatan konseling, jejaring, dan manajemen kesehatan.

Ruang lingkup ini bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada remaja adalah berkualitas, merata, dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Bentuk atau aksi nyata dari Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) meliputi berbagai jenis pelayanan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan remaja secara komprehensif. Beberapa bentuk pelayanan tersebut antara lain:

- a) Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Memberikan informasi dan layanan terkait kesehatan reproduksi, termasuk pencegahan infeksi menular seksual (IMS), HIV/AIDS, serta edukasi tentang seksualitas dan pubertas.
- b) Pencegahan Kehamilan: Menyediakan konseling dan layanan untuk pencegahan dan penanggulangan kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja.
- c) Pelayanan Gizi: Melakukan konseling dan edukasi mengenai masalah gizi, termasuk penanganan anemia dan masalah gizi lainnya.
- d) Kesehatan Jiwa: Menyediakan layanan untuk masalah psikososial, gangguan jiwa, dan peningkatan kualitas hidup remaja.
- e) Deteksi Dini Masalah Kesehatan: Melakukan skrining untuk masalah kesehatan seperti tuberkulosis, kecacingan, dan kekerasan terhadap remaja.
- f) Kegiatan Pemberian Informasi: Melaksanakan kegiatan penyuluhan dan konseling yang melibatkan remaja sebagai konselor sebaya untuk

meningkatkan pengetahuan dan kesadaran kesehatan di kalangan remaja.

- g) Pelayanan di Luar Gedung: Menyediakan layanan kesehatan di luar fasilitas kesehatan formal, seperti di sekolah atau komunitas, untuk menjangkau remaja yang sulit mengakses layanan kesehatan.
- h) Advokasi dan Peningkatan Partisipasi: Melakukan kegiatan advokasi untuk meningkatkan partisipasi remaja dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan yang berkaitan dengan mereka. (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

2. Program kesehatan nasional dan internasional yang mendukung kesehatan remaja.

Terdapat berbagai program kesehatan nasional dan internasional yang bertujuan mendukung kesehatan remaja. Program-program ini biasanya mencakup pencegahan penyakit, peningkatan gaya hidup sehat, pendidikan tentang kesehatan mental dan fisik, serta pemberdayaan remaja untuk mengatasi masalah kesehatan mereka. Berikut adalah beberapa program yang dapat mendukung kesehatan remaja:

a. Program Kesehatan Nasional yang Mendukung Kesehatan Remaja

1) Program Kesehatan Remaja (PKR) – Indonesia

- a) Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial remaja melalui edukasi tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan peningkatan kesadaran akan masalah kesehatan yang sering dialami remaja, seperti gangguan makan, penyalahgunaan zat, dan kesehatan reproduksi.
- b) Salah satu bagian penting dari program ini adalah kegiatan edukasi mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi untuk mengurangi angka kehamilan remaja dan penyebaran penyakit menular seksual.

2) Gizi Seimbang untuk Remaja – Indonesia

- a) Pemerintah Indonesia melalui program ini mendorong remaja untuk mengadopsi pola makan sehat dengan tujuan mengurangi masalah gizi buruk dan obesitas pada remaja.
- b) Program ini mencakup edukasi mengenai pentingnya gizi seimbang, serta cara memilih makanan yang sehat dan bergizi, terutama untuk mendukung tumbuh kembang remaja.

3) Program Kesehatan Mental Remaja – Indonesia

- a) Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran remaja tentang pentingnya kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan mental. Fokusnya termasuk pencegahan stres, depresi,

- kecemasan, serta pengenalan layanan konseling bagi remaja yang membutuhkan.
- b) Program ini juga memperkenalkan berbagai teknik coping yang sehat untuk menghadapi masalah emosional dan psikologis.
- 4) Promosi Kesehatan di Sekolah Indonesia: Program ini mengimplementasikan kegiatan promosi kesehatan di sekolah-sekolah yang melibatkan siswa dalam kegiatan seperti kampanye kebersihan, olahraga, pola makan sehat, serta pelatihan tentang kesehatan mental dan seksual.
- b. Program Kesehatan Internasional yang Mendukung Kesehatan Remaja
- 1) Youth Health Program (WHO)
 - a) Program ini dicanangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) untuk mendukung kesehatan remaja di seluruh dunia. Program ini fokus pada berbagai aspek, seperti kesehatan seksual dan reproduksi, kesehatan mental, pencegahan penyalahgunaan zat, dan gaya hidup sehat.
 - b) WHO mengembangkan berbagai panduan dan alat untuk mendukung negara-negara dalam meningkatkan pelayanan kesehatan untuk remaja dan mengurangi risiko penyakit terkait perilaku.
 - 2) Adolescent Health and Development Program – UNICEF
 - a) UNICEF bekerja untuk meningkatkan kesehatan remaja di berbagai negara, dengan fokus pada kesehatan seksual dan reproduksi, gizi, serta pencegahan HIV/AIDS. UNICEF berusaha memastikan akses remaja terhadap informasi dan layanan kesehatan yang dapat mendukung perkembangan fisik dan mental mereka.
 - b) Program ini juga mendukung pemberdayaan remaja agar mereka dapat membuat keputusan yang lebih baik mengenai kesehatan mereka.
 - 3) The Global Health Initiative – USAID
 - a) USAID menjalankan berbagai program kesehatan yang melibatkan remaja, terutama dalam hal akses terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, pencegahan HIV, serta peningkatan pengetahuan tentang gizi dan pola hidup sehat.
 - b) USAID juga berfokus pada pendidikan kesehatan remaja untuk mengurangi angka pernikahan dini, kehamilan remaja, serta penyakit yang bisa dicegah.
 - 4) Global Youth Initiative – The World Bank: Inisiatif ini berfokus pada pemberdayaan remaja melalui peningkatan akses ke layanan kesehatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup mereka. The World Bank bekerja sama dengan pemerintah dan organisasi internasional untuk meningkatkan kebijakan dan program yang mendukung kesehatan remaja, dengan fokus

pada pencegahan penyakit, promosi gaya hidup sehat, dan pendidikan kesehatan.(<https://www.worldbank.org>)

5) UNFPA – The United Nations Population Fund

- a) UNFPA mendukung berbagai program yang berfokus pada kesehatan seksual dan reproduksi remaja, serta pemberdayaan mereka dalam membuat keputusan terkait tubuh dan kesehatan mereka.
- b) Program ini juga berfokus pada upaya untuk mengurangi pernikahan anak dan kehamilan remaja yang dapat berisiko bagi kesehatan fisik dan mental.

c. Inisiatif Spesifik yang Mendukung Kesehatan Remaja

- 1) Program Pengurangan Merokok dan Penyalahgunaan Narkoba – Global Tobacco Control (WHO): WHO meluncurkan berbagai kampanye untuk mengurangi kebiasaan merokok di kalangan remaja, serta mencegah penyalahgunaan narkoba. Kampanye ini melibatkan edukasi dan pembatasan akses terhadap produk tembakau dan narkoba.
- 2) "Be Healthy, Be Mobile" – WHO & ITU: Program ini adalah hasil kerja sama antara WHO dan International Telecommunication Union (ITU) yang bertujuan untuk memanfaatkan teknologi informasi untuk menyebarkan informasi kesehatan kepada remaja, termasuk melalui aplikasi mobile yang memberikan akses mudah ke informasi kesehatan yang relevan.

d. Pendekatan Kesehatan Remaja dalam Pendidikan

Beberapa negara juga mengintegrasikan program kesehatan dalam kurikulum pendidikan sekolah, dengan tujuan memberikan pengetahuan langsung kepada remaja mengenai kesehatan fisik, mental, serta pentingnya pola hidup sehat sejak dini.

Secara keseluruhan, kesehatan remaja menjadi fokus utama dalam kebijakan kesehatan global karena remaja adalah kelompok yang rentan terhadap berbagai masalah kesehatan, baik yang bersifat fisik maupun mental. Program-program ini berupaya untuk memberikan remaja pengetahuan, keterampilan, dan akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan untuk tumbuh dan berkembang dengan sehat.

H. Implementasi Asuhan Keperawatan pada Remaja

Implementasi Asuhan Keperawatan pada Remaja adalah proses yang mencakup pendekatan yang holistik, dengan mempertimbangkan kebutuhan fisik,

psikologis, sosial, dan emosional remaja. Asuhan keperawatan pada remaja penting untuk mendukung mereka dalam masa transisi dari anak-anak ke dewasa, ketika mereka menghadapi banyak perubahan fisik, psikologis, serta tantangan sosial. Berikut adalah beberapa tahapan dan komponen yang terlibat dalam implementasi asuhan keperawatan pada remaja:

1. Pengkajian (Assessment)

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data yang sistematis dan menyeluruh mengenai kondisi kesehatan pasien. Ini mencakup pengumpulan informasi tentang riwayat kesehatan, gejala yang dialami, serta faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan pasien, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Pengkajian bertujuan untuk memahami kebutuhan dan masalah kesehatan pasien secara menyeluruh, sehingga perawat dapat merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat dan menyusun rencana intervensi yang sesuai. Proses ini juga melibatkan observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang kondisi pasien (Hadinata & Abdillah, 2021)

Pada remaja, pengkajian tidak hanya mencakup kondisi fisik, tetapi juga mencakup kondisi mental, emosional, sosial, serta status perkembangan mereka. Beberapa aspek yang harus diperhatikan adalah:

- a. Kesehatan Fisik: Pemeriksaan fisik yang meliputi status gizi, perkembangan seksual (Tanner stage), kondisi umum (tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, suhu tubuh), serta pengukuran tinggi badan dan berat badan.
- b. Kesehatan Mental: Pengkajian terhadap masalah psikologis yang mungkin dialami oleh remaja, seperti kecemasan, depresi, gangguan makan, atau gangguan tidur. Alat seperti Kuesioner Kesehatan Mental dapat digunakan untuk mendalami masalah ini.
- c. Gaya Hidup: Memahami kebiasaan remaja seperti pola makan, tingkat aktivitas fisik, penggunaan alkohol, rokok, atau obat-obatan terlarang.
- d. Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Meliputi edukasi tentang pubertas, perubahan hormon, menstruasi, perencanaan keluarga, dan risiko infeksi menular seksual (IMS).
- e. Hubungan Sosial: Meliputi hubungan dengan keluarga, teman sebaya, dan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan remaja.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa ini menjadi dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan yang bertujuan mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Diagnosa keperawatan dapat mencakup masalah yang ditangani oleh perawat (masalah keperawatan) serta masalah yang memerlukan kolaborasi dengan disiplin lain (masalah kolaborasi). Proses ini penting untuk memastikan bahwa perawat dapat memberikan asuhan yang tepat dan efektif sesuai dengan kebutuhan pasien. Diagnosa keperawatan pada remaja sering kali meliputi beberapa aspek berikut:

- a. Risiko gangguan pola tidur: Remaja sering menghadapi masalah tidur, baik karena kecemasan atau gangguan pola hidup.
- b. Gangguan kecemasan atau depresi: Mengingat banyak remaja yang mengalami stres akibat tuntutan akademik atau sosial.
- c. Gizi buruk atau obesitas: Dengan banyaknya remaja yang mengalami masalah terkait pola makan yang tidak sehat, termasuk kekurangan atau kelebihan gizi.
- d. Risiko penyalahgunaan zat: Misalnya, merokok, minum alkohol, atau menggunakan obat-obatan terlarang.
- e. Gangguan kesehatan seksual: Termasuk masalah terkait menstruasi yang tidak teratur atau gangguan seksual lainnya.

3. Perencanaan (Planning)

Setelah mendiagnosis masalah, perawat perlu membuat rencana tindakan yang spesifik dan terukur untuk menangani masalah kesehatan remaja. Tujuan perencanaan ini adalah untuk memfasilitasi perbaikan fisik, psikologis, dan sosial remaja melalui pendekatan yang bersifat preventif dan kuratif. Beberapa komponen perencanaan meliputi:

- a. Edukasi Kesehatan: Memberikan edukasi yang sesuai dengan usia dan perkembangan remaja tentang topik-topik seperti pola makan sehat, pentingnya olahraga, kesehatan reproduksi, serta kesehatan mental.
- b. Intervensi Kesehatan Mental: Memberikan dukungan emosional, konseling, atau rujukan ke layanan kesehatan mental jika diperlukan. Ini juga dapat mencakup teknik pengelolaan stres dan kecemasan, serta penyuluhan tentang pentingnya kesejahteraan mental.
- c. Promosi Kesehatan Seksual dan Reproduksi: Menyediakan informasi tentang pubertas, hak-hak seksual, kesehatan menstruasi, serta penggunaan kontrasepsi dan pencegahan infeksi menular seksual.
- d. Pencegahan Penyalahgunaan Zat: Memberikan pendidikan tentang bahaya merokok, alkohol, narkoba, serta cara menghindari tekanan teman sebaya yang dapat mempengaruhi keputusan mereka.

- e. Meningkatkan Keterampilan Sosial: Mendorong remaja untuk lebih percaya diri, meningkatkan kemampuan komunikasi, dan mendukung pengembangan hubungan sosial yang sehat.

4. Implementasi (Implementation)

Pada tahap implementasi, perawat melaksanakan rencana yang telah dibuat, dengan fokus pada intervensi yang sesuai untuk masalah kesehatan remaja. Beberapa kegiatan yang dilakukan dalam implementasi ini adalah:

- a. Edukasi Individu atau Kelompok: Melakukan penyuluhan mengenai topik-topik kesehatan yang relevan, seperti gizi seimbang, pentingnya olahraga, cara menjaga kebersihan diri, serta pencegahan penyakit menular seksual.
- b. Pelaksanaan Program Kesehatan di Sekolah: Menjalankan program-program yang melibatkan remaja, seperti olahraga bersama, pengajaran keterampilan hidup sehat, atau sesi konseling mengenai kesehatan mental.
- c. Dukungan Psikososial: Memberikan ruang untuk remaja berbicara mengenai perasaan atau masalah mereka, serta mengarahkan mereka pada konseling jika diperlukan.
- d. Pendampingan dalam Pengambilan Keputusan: Memberikan remaja kesempatan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya, termasuk dalam memilih gaya hidup yang sehat.

5. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi dilakukan untuk menilai sejauh mana intervensi yang dilakukan telah berhasil. Beberapa indikator yang dievaluasi antara lain:

- a. Perubahan dalam Status Kesehatan Fisik: Seperti peningkatan berat badan atau tinggi badan, perbaikan pola makan, serta pengurangan risiko penyakit yang berkaitan dengan kebiasaan hidup tidak sehat (misalnya hipertensi atau diabetes tipe 2).
- b. Perubahan Kesehatan Mental: Perbaikan dalam tingkat kecemasan atau depresi remaja, serta peningkatan kesejahteraan emosional dan psikologis mereka.
- c. Peningkatan Pengetahuan dan Sikap: Remaja menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya pola makan sehat, olahraga, serta kesehatan seksual dan reproduksi.
- d. Perubahan Perilaku: Misalnya, penurunan kebiasaan merokok, minum alkohol, atau perilaku berisiko lainnya.

I. Penutup

Dalam perjalanan kita melalui buku ini, kita telah mengeksplorasi berbagai aspek kesehatan remaja yang sangat penting dan kompleks. Kesehatan remaja bukan hanya sekadar masalah fisik, tetapi juga mencakup dimensi psikologis, sosial, dan lingkungan yang saling berinteraksi. Melalui pemahaman yang mendalam tentang tantangan yang dihadapi oleh remaja, kita dapat merumuskan strategi yang lebih efektif untuk mendukung mereka dalam mencapai kesejahteraan holistik.

Pentingnya edukasi kesehatan, baik di sekolah maupun di komunitas, tidak dapat diabaikan. Program-program yang dirancang untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental, pola makan sehat, dan aktivitas fisik harus terus diperkuat. Selain itu, dukungan sosial dari keluarga, teman sebaya, dan masyarakat sangat berperan dalam membentuk kesehatan sosial remaja. Dengan menciptakan lingkungan yang positif dan mendukung, kita dapat membantu remaja mengatasi berbagai tantangan yang mereka hadapi.

Kita juga telah membahas berbagai masalah kesehatan yang sering dihadapi oleh remaja, seperti gangguan kesehatan mental, masalah gizi, dan risiko penyalahgunaan zat. Kesadaran akan masalah-masalah ini harus ditingkatkan, dan intervensi yang tepat harus diterapkan untuk mencegah dampak jangka panjang yang dapat memengaruhi kualitas hidup mereka.

Sebagai penutup, mari kita ingat bahwa kesehatan remaja adalah tanggung jawab bersama. Tenaga kesehatan, pendidik, orang tua, dan masyarakat harus bekerja sama untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan remaja. Dengan pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif, kita dapat membantu generasi muda kita untuk tumbuh menjadi individu yang sehat, bahagia, dan produktif.

Semoga buku ini dapat menjadi sumber informasi yang bermanfaat dan menginspirasi semua pihak untuk berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan remaja. Mari kita terus berupaya untuk menciptakan masa depan yang lebih baik bagi generasi mendatang.

Referensi

- Adisty, N. (2024). Mengulik Perkembangan Penggunaan Smartphone di Indonesia. *Goodstats*. <https://goodstats.id/>
- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*.
- Allen, J. D., & Haines, C. (2022). *Adolescent Health: A Social Perspective*. Routledge.
- Allender, J., Rector, C., Rector, C., & Warner, K. (2013). *Community & public health nursing: Promoting the public's health*. lippincott williams & wilkins.
- Anggraeny, C. (2013). Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya. *Kebijakan Dan Manajemen Publik*, 1, 85–93. http://journal.unair.ac.id/filerPDF/11_Cindy_KMP_V1_N1_Jan-April_2013.pdf
- Anggraini, R., & Siregar, B. (2023). *Peran Keluarga terhadap Perkembangan Remaja*. 7, 27685–27689.
- Ardiansyah. (2022). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Permasalahan dan Upaya Pencegahan*. Kemenkes, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/29/kesehatan-reproduksi-remaja-permasalahan-dan-upaya-pencegahan
- Biddle, S. J. H., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2011). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 29(1), 75-. <https://doi.org/10.1080/02640414.2010.527129>.
- BKKBN. (2023). *KIE PEMBERDAYAAN DAN PERLINDUNGAN KELUARGA*. <https://kampungkb.bkkbn.go.id/>
- BNN. (2022). *Hindari Narkotika Cerdaskan Generasi Muda Bangsa*. <https://bnn.go.id/>
- Böcker, L., et al. (2020). The role of social media in promoting physical activity among adolescents.". *Journal of Adolescent Health*, 66(3), 283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.016>.
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of capital*. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Greenwood Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Building, C. (2019). Family Empowerment Implementation Manual Updated 2019. *Family Empowerment Leadership Academy*, 48.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY DATA SUMMARY & TRENDS REPORT*. U .S . Department of Health and Human Services; <https://www.cdc.gov/yrbbs/dstr/pdf/YRBS-2023-Data-Summary->

Trend-Report.

- Clark, M. J. (2014). *Community Health Nursing: Advocacy for Population Health*. (6th ed.). Pearson.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence: Conceptual issues and review of the research. *Psychological Bulletin*, *https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.393*, 393-403.
- diskominfo.kuningan. (2024). *https://diskominfo.kuningankab.go.id/*. Diskominfo.Kuningan. *https://diskominfo.kuningankab.go.id/*
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Fitria Hayu Palupi, S. S. T. M. K., Dian Fitra Arismawati, S. S. T. M. K., Dr. Imran Tumenggung, M. K., Dr. Brilliant Margalin, S. P. K. M. K., Retno Dewi Prisusanti, S. S. T. M. P. H., Dr. Prihayati, S. S. T. M. K. M., Zuhrotunida, S. S. T. M. K., Dr. Nurul Husnul Lail, S. S. T. M. K., Dr. Marthia Ikhlasiah, S. S. T. B. D. M. K. M., & Dra. Rita Rena Pudyastuti, M. K. M. M. (2023). *ILMU KESEHATAN MASYARAKAT*. CV Rey Media Grafika. *https://books.google.co.id/books?id=otzEEAAQBAJ*
- gloriabarus. (2022). *Hasil Survei I-NAMHS: Satu dari Tiga Remaja Indonesia Memiliki Masalah Kesehatan Mental*. UGM. *https://ugm.ac.id/id/*
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2021). Metodologi Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, *3*(April), 49–58.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Appleton & Company.
- Ilmiah, J., & Pendidikan, W. (2023). *DAMPAK PENGGUNAAN MEDIA SOSIAL BAGI KESEHATAN MENTAL REMAJA Irene Preisilia Ilat 1 , Jufita Tapada 2 , Claudia Durandt 3 , Febrianti Koyongian 4 Institut Agama Kristen Negeri Manado. 9*(10), 830–837.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*.
- JUMARTO YULIANUS. (2023, September 6). Penyalahgunaan Narkotika di Kalangan Mahasiswa Meningkat Pascapandemi. *Kompas*. *https://www.kompas.id/*
- Kemenkes. (2023). *5 Gaya Hidup Remaja Agar Sehat dan Tetap Glowing*. *https://ayosehat.kemkes.go.id/*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*".
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. KEMENTERIAN KESEHATAN R.

- Kirk, D. (2005). *"Physical education: a critical approach."* *Physical Education & Sport Pedagogy*, 10(2), 135. <https://doi.org/10.1080/1740898042000335864>.
- McEwen, M. (2021). *Community Health Nursing: A Focus on Health Promotion and Disease Prevention*. Jones & Bartlett Learning.
- Nahliyah Septi Zahrah Manik. (2024). Peran Keluarga dalam Pendidikan Moral pada Remaja. *Indonesian Research Journal on Education*, 4, 637–646.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2018). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. (7th ed.). Elsevier.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2020). *Community Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Jones & Bartlett Learning.
- Pemerintah Pusat. (2024). *Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. 226975, 656. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/294077/pp-no-28-tahun-2024>
- Piaget, J. (1972). *The psychology of the child*. Basic Books.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosenstock, I. M. (1974). *The health belief model and preventive health behavior*. Health Education Monographs.
- Sinha, M. et al. (2020). Family influences on children's physical activity: A review.". *American Journal of Lifestyle Medicine*, 14(5), 471. <https://doi.org/10.1177/1559827620920842>.
- SMP Ahklak cendikia Muslim. (2024). *Strategi Efektif dalam Mendidik Anak Remaja: Tips dan Trik yang Teruji*. <https://smp.sekolahakhlak.id/>
- Sophia Durant. (2023). *Current Trends in Adolescent Sexual and Reproductive Health*. ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL HEALTH OFFICIALS. <https://www.astho.org/>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (10th ed.). Elsevier Inc.
- Tanner, J. M. (1978). *Fetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Harvard University Press.
- tim medis siloam hospital. (2024). *6 Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja yang Perlu Diwaspadai*. Siloam Hospital. <https://www.siloamhospitals.com/>
- UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN. (2023). 187315. <https://peraturan.go.id/>

- UNFPA. (2020). *"State of World Population 2020: Against My Will"*.
- Visecoach. (2022). *Strategi dan Pentingnya Mendidik Anak Usia Remaja*.
<https://www.visecoach.com/>
- Weir, K. (2023). *Social media brings benefits and risks to teens. Psychology can help identify a path forward*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/>
- WHO. (2020). *Community Health Nursing: Report of a WHO Expert Committee*. WHO.
- WHO. (2021). *Adolescent mental health*. World Health Organization.
<https://www.who.int/>
- WHO. (2022a). *Adolescent Health*. <https://www.who.int>
- WHO. (2022b). *Global standards for health promoting schools*.
- WHO. (2024a). *Kesehatan mental remaja*. WHO. <https://www-who-int>
- WHO. (2024b). *Securing adolescent health and well-being today is vital for the health of future generations - WHO*.
- Wongso, L. V. (2016). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan HIV*. Unika Atma Jaya.
<https://pph.atmajaya.ac.id/>
- Wright, J. D., & McCarthy, B. B. (2009). *Adolescent Health: A Comprehensive Approach*. Nova Science Publishers.
- Wright, J. D., & McCarthy, B. B. (2022). (2022). *Adolescent Health: Comprehensive Approaches and Innovative Solutions*. Nova Science Publishers.

Glosarium

Agregat Remaja	: Kelompok remaja yang memiliki karakteristik atau kebutuhan kesehatan yang sama, yang menjadi fokus intervensi keperawatan.
Akses Layanan Kesehatan	: Kemudahan yang dimiliki remaja untuk mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan, termasuk lokasi, biaya, dan ketersediaan
Asuhan Keperawatan Komunitas	: Proses perawatan yang berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan
Asuhan Keperawatan	: Proses yang dilakukan oleh perawat untuk memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien, termasuk pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi
Demografi Remaja	: Karakteristik populasi remaja yang mencakup usia, jenis kelamin, latar belakang sosial, dan lingkungan tempat mereka tumbuh dan berkembang
Diagnosa Keperawatan	: Pernyataan tentang masalah kesehatan yang diidentifikasi melalui pengkajian, yang menjadi dasar untuk merumuskan rencana intervensi.
Dukungan Sosial	: Jaringan dukungan yang diberikan oleh keluarga, teman, dan komunitas yang berkontribusi pada kesejahteraan remaja
Edukasi Kesehatan	: Proses penyampaian informasi dan pengetahuan tentang kesehatan kepada remaja untuk meningkatkan kesadaran dan perilaku sehat
Edukasi Seksual	: Pendidikan yang memberikan informasi tentang aspek-aspek seksual, termasuk anatomi, kesehatan reproduksi, hubungan, dan pencegahan infeksi menular seksual.
Evaluasi Kesehatan	: Proses untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilakukan, termasuk pengukuran hasil kesehatan remaja.
Identitas Remaja ...	: Proses pencarian dan pembentukan jati diri yang dialami remaja, yang melibatkan eksplorasi nilai, keyakinan, dan peran sosial.
Intervensi Keluarga	: Tindakan yang diambil oleh keluarga untuk mendukung kesehatan remaja, termasuk

	pendidikan, dukungan emosional, dan pengawasan
Intervensi Keperawatan	: Tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu atau kelompok, termasuk remaja, berdasarkan penilaian kebutuhan kesehatan.
Intervensi Kesehatan	: Tindakan yang diambil untuk meningkatkan kesehatan remaja, termasuk program pencegahan dan promosi kesehatan
Kampanye Kesehatan	: Upaya terorganisir untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang isu kesehatan tertentu di kalangan remaja dan masyarakat umum
Kebijakan Kesehatan	: Rangkaian keputusan dan tindakan yang diambil oleh pemerintah atau lembaga kesehatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, termasuk remaja
Kebijakan Publik	: Rangkaian tindakan dan keputusan yang diambil oleh pemerintah untuk mengatasi isu-isu yang mempengaruhi masyarakat, termasuk kesehatan remaja.
Keperawatan Komunitas	: Cabang keperawatan yang berfokus pada kesehatan masyarakat dan intervensi yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan populasi di suatu komunitas
Kesehatan Fisik Remaja	: Kondisi kesehatan yang mencakup aspek fisik, seperti pertumbuhan, perkembangan, dan kebugaran, serta pencegahan penyakit
Kesehatan Gizi	: Aspek kesehatan yang berkaitan dengan pola makan dan nutrisi, termasuk pentingnya asupan gizi yang seimbang untuk pertumbuhan dan perkembangan remaja.
Kesehatan Holistik	: Pendekatan yang mempertimbangkan semua aspek kesehatan remaja, termasuk fisik, mental, emosional, dan sosial, yang dipengaruhi oleh keluarga dan lingkungan
Kesehatan Lingkungan	: Aspek kesehatan yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan fisik dan sosial terhadap kesehatan individu, termasuk faktor-faktor seperti polusi dan akses ke layanan kesehatan.
Kesehatan Masyarakat	: Ilmu dan seni yang berfokus pada perlindungan dan peningkatan kesehatan populasi melalui pendidikan, penelitian, dan kebijakan kesehatan.

Kesehatan Mental Remaja	: Kondisi psikologis yang mencakup kesejahteraan emosional dan kemampuan remaja untuk mengatasi stres, berinteraksi sosial, dan berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.
Kesehatan Remaja	: Aspek kesehatan yang berkaitan dengan individu dalam rentang usia remaja, mencakup kesehatan fisik, mental, dan sosial.
Kesehatan Reproduksi Remaja	: Aspek kesehatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi remaja, termasuk pendidikan tentang kesehatan seksual, pencegahan penyakit menular, dan akses ke layanan kesehatan reproduksi
Kesehatan Seksual	: Aspek kesehatan yang berkaitan dengan perilaku seksual, pendidikan tentang risiko, dan pencegahan infeksi menular seksual.
Kesehatan Sosial Remaja	: Dimensi kesehatan yang berkaitan dengan interaksi sosial, dukungan dari teman sebaya, dan pengaruh lingkungan sosial terhadap kesejahteraan remaja
Keterampilan Hidup	: Kemampuan yang diperlukan untuk mengelola kehidupan sehari-hari, termasuk keterampilan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pemecahan masalah.
Keterampilan Sosial	: Kemampuan yang diperlukan untuk berinteraksi dengan orang lain secara efektif, yang penting untuk kesehatan mental dan emosional remaja
Keterbatasan Akses	: Hambatan yang dihadapi remaja dalam mendapatkan informasi atau layanan kesehatan yang diperlukan, yang dapat disebabkan oleh stigma, kurangnya sumber daya, atau masalah transportasi
Keterlibatan Keluarga	: Partisipasi aktif anggota keluarga dalam kehidupan remaja, termasuk dalam pendidikan, kegiatan sosial, dan kesehatan.
Keterlibatan Komunitas	: Partisipasi aktif individu dan kelompok dalam kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat
Keterlibatan Remaja dalam Kesehatan	: Partisipasi aktif remaja dalam kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan, termasuk edukasi, advokasi, dan program kesehatan komunitas.
Kolaborasi Interdisipliner	: Kerja sama antara perawat dan profesional kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan efektif bagi remaja.

Komunikasi Keluarga	:	Proses pertukaran informasi dan perasaan antara anggota keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan emosional remaja
Komunikasi Terapeutik	:	Teknik komunikasi yang digunakan oleh perawat untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien, mendukung proses penyembuhan.
Konseling:	:	Proses memberikan dukungan dan bimbingan kepada remaja untuk membantu mereka mengatasi masalah emosional atau psikologis.
Krisis Keluarga	:	Situasi sulit yang dihadapi oleh keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan emosional dan mental remaja, seperti perceraian atau kehilangan anggota keluarga.
Krisis Kesehatan	:	Situasi darurat yang mempengaruhi kesehatan remaja, seperti bencana alam, epidemi, atau masalah kesehatan mental yang mendesak.
Lingkungan Keluarga	:	Kondisi fisik dan emosional di dalam rumah yang mempengaruhi perkembangan dan kesehatan remaja, termasuk komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga.
Lingkungan Sosial	:	Jaringan sosial di luar keluarga yang mempengaruhi kesehatan remaja, termasuk teman sebaya, sekolah, dan komunitas.
Lingkungan Harmonious	yang :	Suasana keluarga yang mendukung, komunikatif, dan nyaman, yang penting untuk perkembangan positif remaja
Model Peran	:	Contoh perilaku yang ditunjukkan oleh anggota keluarga yang dapat mempengaruhi sikap dan tindakan remaja terhadap kesehatan.
Norma Keluarga	:	Aturan dan nilai yang dipegang oleh keluarga yang mempengaruhi perilaku dan keputusan kesehatan remaja.
Partisipasi Remaja	:	Keterlibatan aktif remaja dalam kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan, termasuk program edukasi, advokasi, dan pengambilan keputusan
Pelayanan Kesehatan	:	Layanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu, termasuk pemeriksaan kesehatan, konseling, dan pengobatan
Pencegahan Penyakit	:	Tindakan yang diambil untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit, termasuk vaksinasi, skrining, dan edukasi kesehatan.

Pendekatan Holistik	: Pendekatan yang mempertimbangkan semua aspek individu, termasuk fisik, mental, sosial, dan lingkungan dalam perawatan kesehatan
Pendidikan Karakter	: Proses pengajaran nilai-nilai moral dan etika kepada remaja oleh keluarga, yang berkontribusi pada pembentukan kepribadian dan perilaku positif.
Pendidikan Kesehatan	: Informasi dan pengetahuan yang diberikan oleh keluarga kepada remaja tentang isu-isu kesehatan, termasuk gizi, kebersihan, dan kesehatan reproduksi.
Pengkajian (Assessment)	: Proses pengumpulan data yang sistematis mengenai kondisi kesehatan pasien, termasuk riwayat kesehatan, gejala, dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
Pengkajian Kesehatan	: Proses sistematis untuk mengumpulkan dan menganalisis data kesehatan dari individu atau kelompok untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan kebutuhan.
Penyakit Menular Seksual (PMS)	: Infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, yang penting untuk dipahami dan dicegah melalui pendidikan kesehatan.
Penyuluhan Kesehatan	: Kegiatan yang bertujuan untuk memberikan informasi dan meningkatkan kesadaran tentang isu-isu kesehatan tertentu di kalangan remaja.
Peran Keluarga:	: Fungsi dan tanggung jawab yang diemban oleh anggota keluarga dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan remaja.
Perilaku Berisiko	: Tindakan yang dapat membahayakan kesehatan remaja, seperti penggunaan narkoba, merokok, atau perilaku seksual yang tidak aman.
Perkembangan Psikososial	: Proses perkembangan yang melibatkan interaksi antara faktor psikologis dan sosial, termasuk pencarian identitas dan adaptasi terhadap perubahan.
Pola Hidup Sehat	: Kebiasaan yang mendukung kesehatan fisik dan mental, termasuk pola makan seimbang, aktivitas fisik, dan penghindaran dari zat berbahaya seperti alkohol dan narkoba.
Program Kesehatan Remaja	: Inisiatif yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan khusus remaja, termasuk pendidikan, layanan kesehatan, dan dukungan sosial.

Program Nasional	:	Inisiatif yang dirancang oleh pemerintah untuk menangani isu kesehatan tertentu di tingkat nasional, termasuk kesehatan remaja.
Program Pendidikan Kesehatan	:	Inisiatif yang bertujuan untuk memberikan informasi dan keterampilan kepada remaja agar mereka dapat membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan mereka
Program Pengurangan Risiko	:	Inisiatif yang dirancang untuk mengurangi perilaku berisiko di kalangan remaja, seperti penyalahgunaan zat dan perilaku seksual yang tidak aman.
Remaja	:	Individu yang berada dalam rentang usia transisi dari anak-anak menuju dewasa, biasanya antara usia 10 hingga 19 tahun.
Rencana Perawatan	:	Dokumen yang merinci tujuan, intervensi, dan evaluasi yang direncanakan untuk perawatan pasien, berdasarkan diagnosa keperawatan
Risiko Gangguan	:	Potensi terjadinya masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan remaja, seperti gangguan pola tidur atau penyalahgunaan zat.
Stigma Sosial terhadap Remaja	:	Pandangan negatif atau penilaian yang diberikan oleh masyarakat terhadap remaja, yang dapat mempengaruhi akses mereka terhadap layanan kesehatan dan dukungan sosial.

BAB 2

PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG PENCEGAHAN KEKERASAN SEKSUAL DI PONDOK PESANTREN

Rodiyah

A. Pendahuluan

Pondok pesantren adalah tempat dimana seseorang menuntut ilmu agama dengan sistem agama yang didalamnya ada kiai sebagai pemimpin utama dan masjid sebagai pusat aktivitasnya. Kekerasan seksual akhir – akhir ini menjadi sebuah masalah yang terus menjadi perhatian bangsa Indonesia. Kekerasan seksual bisa terjadi dimana saja dan kapan saja termasuk di pesantren yang notabene ajaran agamanya lebih kuat.

Masalah kekerasan seksual di pondok ini merupakan hal yang kompleks dan memerlukan perhatian serius dari seluruh pihak. Banyaknya kasus menunjukkan bahwa pesantren bukan lagi menjadi tempat yang aman dari kekerasan seksual. Mengapa hal ini bisa terjadi: ada beberapa hal yang menyebabkan dimana kasus kekerasan terhadap santri selalu terulang salah satunya disebabkan oleh relasi kuasa yang timpang antara antara anak yang berhadapan dengan orang dewasa, perempuan berhadapan dengan laki-laki, murid/santriwati yang berhadapan dengan guru, dan awam berhadapan dengan seseorang dengan otoritas pengetahuan keagamaan. Tindak kekerasan seksual dapat menyebabkan dampak Psikologis yang parah bagi korban dan juga merusak iklim pesantren yang seharusnya aman dan mendukung. Salah satu upaya preventif untuk mencegah kejadian kekerasan seksual di pondok pesantren adalah dengan meningkatkan pengetahuan santri terkait dengan pencegahan kekerasan seksual.

B. Kekerasan Seksual di Pondok Pesantren

Kekerasan seksual yaitu semua tingkah laku seksual yang tidak diharapkan seseorang, baik secara fisik, ucapan maupun psikologis. Menurut Survivor sebagai upaya merendahkan kehormatan, ancamani, ejekan, tekanan. Pada kondisi ini rawan terhadap penyalahgunaan kekuasaan dan adanya kesenioran dalam memengang

kukuasaan(Nugraha, 2022). Dalam pengertian yang lain kekerasan seksual adalah Menyentuh atau mencium organ seksual anak, melakukan aktivitas seksual pada anak, memperkosa mereka, mengekspos anak dengan materi dan barang pornografi, dan sebagainya(Maulanasyah & Ahmad, 2023). Peristiwa kekerasan seksual ini banyak sekali terjadi di kawasan pesantren dimana kejahatan ini menyakiti wanita yaitu melakukan pemaksaan persetubuhan atau bahkan rudapaksa, hal tersebut merupakan tindakan yang kejam yang terjadi di komunitas tanpa melihat keadaan, lokasi dan dapat dilakukan dimanapun (Feisal Akbar Alfauzi, 2022). Secara umum kasus kekerasan seksual dapat disebabkan oleh beberapa hal: 1) keadaan psikologis pelaku mempunyai orientasi seksual yang tidak normal sehingga membuat pelaku tidak dapat mengendalikan hasrat seksualnya dengan baik, 2). kondisi biologis pelaku disebabkan oleh kebutuhan seksual yang tidak terpenuhi sehingga menyebabkan ia membutuhkan suatu objek untuk mengekspresikan dirinya, 3) Kondisi lingkungan memberikan peluang untuk melakukan tindakan kekerasan seksual kepada objek. Jika dilihat secara keseluruhan,terdapat pula kasus kekerasan seksual yang terjadi di pesantren,hal ini disebabkan karena belum Adanya upaya pencegahan kekerasan seksual dilingkungan pesantren itu sendiri (Rodiyah, 2023). 3 macam kekerasan (Nugraha, 2022)

1. Gender Harassment: pelecehan berbasis jenis kelamin yang sama sekali tidak bertujuan mendapatkan kerja sama seksual, namun melibatkan bentuk pelecehan fisik, verbal dan bentuk lain yang tidak diinginkan.
2. Unwanted Sexual Attention: perhatian seksual yang tidak diinginkan, baik verbal, non verbal atau fisik. Misalnya komentar sugestif hingga terjadi penyerangan seksual dan pemerkosaan.
3. Sexual Coercion: pemaksaan seksual sebagai kombinasi dari perhatian seksual yang tidak diinginkan dengan tekanan yang digunakan untuk memaksa persetujuan seksual.

C. Angka Kejadian Kekerasan Seksual di Pesantren

SIMFONI-PPA mencatat per tanggal 24 Desember 2021, terdapat 20.278 kasus kekerasan yang terjadi. Kekerasan dan pelecehan seksual adalah jenis kekerasan yang paling sering terjadi (8.274 kasus), disusul oleh kekerasan fisik (7.310 kasus). Di ranah publik, institusi publik menjadi tempat paling sering terjadi kasus kekerasan dengan 4.902 kasus, disusul fasilitas umum dengan 2.493 kasus, 508 kasus terjadi di sekolah, 332 kasus di tempat kerja dan 71 kasus di lingkungan pesantren. Masih di ranah publik, sepanjang tahun 2021 sebanyak 375 pelaku kekerasan adalah tenaga

pendidik, 99 pelaku adalah rekan kerja dan 86 pelaku adalah atasan/majikan (Nugraha, 2022)

Menurut data statistik Komnas Perempuan, terdapat 2.851 kejadian kekerasan seksual yang terjadi tak terkecuali di lembaga keagamaan selama periode 2011–2019, dengan total 46.698 kasus kekerasan seksual yang terjadi baik di ranah publik maupun privat. Selain itu, menurut informasi terbaru dari laporan tahunan KPAI, pada tahun 2021 terdapat 18 kejadian kekerasan seksual di lembaga pendidikan. Dari 18 kejadian kekerasan seksual di lingkungan pendidikan, 4 kasus (atau 22,22 persen) terjadi di lembaga yang diawasi oleh Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Pendidikan, dan Teknologi, sedangkan 14 kasus (atau 77,78 persen) terjadi di lembaga yang berada di bawah Kementerian Agama. Selanjutnya, dengan total 12 satuan pendidikan atau sekitar 66,66 persen, kekerasan seksual paling banyak terjadi di lembaga pendidikan yang memiliki struktur pesantren, asrama, atau pesantren dibandingkan dengan 6 satuan pendidikan atau sekitar 33,34 persen di lembaga pendidikan yang tidak memiliki pesantren. Selain itu, laporan Komnas Perempuan menyatakan bahwa antara tahun 2015 dan 2020, terdapat 51 pengaduan kasus kekerasan seksual di lingkungan pendidikan, dengan kasus di tingkat universitas terhitung 27% dari pengaduan tersebut. Pesantren menempati urutan kedua dalam hal jumlah kasus kekerasan seksual. kenaikan 19% (Maulanasyah & Ahmad, 2023)

Meski didominasi oleh kasus di ranah domestik, kasus kekerasan dan pelecehan seksual di ranah publik setiap tahun mengalami peningkatan, bahkan seringkali menjadi topik pemberitaan media massa; di Mojokerto, pengasuh pondok pesantren mencabuli para santriwati sejak 2018; pimpinan yayasan pesantren di Bandung memperkosa belasan santri dari tahun 2016, beberapa di antaranya telah melahirkan; di Ogan Ilir, 26 santri laki-laki menjadi korban pelecehan oleh pengasuh pondok pesantren sejak Juni 2020 (Nugraha, 2022)

D. Dampak Kekerasan Seksual di Pondok Pesantren

Hasil penelitian terdahulu menyebutkan bahwa kekerasan seksual yang dilakukan pada anak akan berdampak pada kerusakan saraf di bagian cortex. Kemudian dampak lain yang paling parah adalah 70% kemungkinan anak yang mengalami kekerasan seksual akan menjadi pelaku di kemudian hari. Kemudian, disebutkan bahwa anak yang mengalami kekerasan akan menimbulkan dampak dalam kehidupannya, seperti gangguan kemampuan sosial, emosi, dan kognitif selama hidupnya, kesehatan mental seperti halusinasi dan depresi, serta perilaku beresiko kesehatan, seperti penyalahgunaan obat-obatan terlarang dan perilaku seksual yang lebih dini datangnya. Semua tindakan kekerasan kepada anak-anak akan direkam dalam bawah sadar mereka dan akan dibawa sampai kepada masa

dewasa dan terus sepanjang hidupnya. Jika hal ini terjadi, maka akan menjadi rantai dan budaya kekerasan (Octaviani & Nurwati, 2021)

Kekerasan seksual yang dilakukan pada anak akan menimbulkan dampak traumatis sepanjang hidupnya. Ketika mereka mengalami kekerasan seksual tersebut mereka masih belum mengerti kondisi yang terjadi, dan mereka tidak menyadari bahwa mereka adalah korban dari fenomena tersebut. Anak sebagai korban merupakan subjek pelampiasan hawa nafsu dari pelaku yang akan sangat berpengaruh pada aspek psikologis dan psikososial dalam dirinya. Menurut Noviana (2015, dalam Hetty 2019) kekerasan seksual yang dilakukan pada anak akan berdampak dari sisi biologis dan sosialnya. Dari sisi biologis, anak akan mengalami gangguan pada organ-organ vital karena telah dipaksa melakukan aktivitas seksual. Kemudian dari sisi sosialnya, anak akan merasa mudah terintimidasi sehingga anak merasa kurang percaya diri. Anak-anak yang menjadi korban kekerasan seksual cenderung akan lebih tertutup karena mereka takut akan ancaman-ancaman yang diberikan pelaku. Mereka akan merahasiakan peristiwa tersebut dari orang disekitarnya. Selain itu, anak merasa malu untuk menceritakan hal tersebut dan menganggap yang sudah terjadi pada dirinya adalah sebuah kesalahan yang ia perbuat.

1. Dampak psikologis Kekerasan seksual menurut WHO akan berdampak pada kesehatan mental anak sebagai korban. Hal ini disebabkan karena umumnya pelaku dan korban hidup di satu lingkungan yang sama sehingga mereka cenderung akan mengalami depresi, fobia, dan mengalami kecurigaan pada orang lain dalam waktu yang lama.
2. Dampak fisik Ketika seorang anak mengalami fenomena kekerasan seksual, maka akan berpengaruh pada perubahan fisiknya. Anak akan mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan otak dan mengalami kerusakan di organ-organ internalnya.
3. Dampak sosial Selain berdampak pada fisik dan psikologisnya, anak korban kekerasan seksual juga akan berdampak pada kehidupan sosialnya. Fenomena ini merupakan hal yang tidak biasa di lingkungan masyarakat sehingga jika kekerasan seksual ini terjadi akan menimbulkan berbagai pandangan negative dari masyarakat. Pandangan-pandangan ini membuat masyarakat dapat memberikan sebuah label kepada korban bahwa mereka sengaja menggunakan pakaian-pakaian yang terbuka dan mengundang nafsu seksual pelaku. Dengan begini, korban akan sulit untuk melakukan interaksi dengan lingkungan sosialnya karena korban cenderung akan dikucilkan. (Octaviani & Nurwati, 2021)

E. Pencegahan Kekerasan Seksual di Pondok Pesantren

Belum ada Peraturan yang lebih spesifik mengenai pencegahan dan penanggulangan kejahatan seksual di lembaga pendidikan pesantren baik yang diatur melalui undang - undang, peraturan pemerintah maupun peraturan menteri. Pentingnya membuat regulasi tersebut karena sudah banyak sekali kasus yang terungkap mengenai kekerasan seksual di pesantren. Perlu langkah yang serius dibarengi kebijakan yang komprehensif untuk melakukan upaya pencegahan kekerasan seksual di lembaga pendidikan pesantren. Upaya pencegahan harusnya bisa dilakukan dengan melakukan deteksi kepeda setiap lembaga pesantren yang memiliki anak didik, melakukan evakuasi dan monitoring oleh lembaga terkait serta membuat sarana pengaduan di lingkungan pesantren tersebut. Kementerian Agama sebagai lembaga yang berwenang mengawasi dan memberikan pembinaan kepada pesantren juga belum mengemukakan kebijakan pencegahan berkaitan dengan kekerasan seksual di pesantren. Belum adanya sebuah regulasi tentang pencegahan dan penanggulangan kejahatan seksual di lembaga pendidikan pesantren menjadi sebuah problematika bagi dunia pesantren, sebab citra pesantren menjadi tercoreng akibat beberapa oknum pendidik yang ada di pesantren melakukan perbuatan tidak terpuji tersebut. Padahal banyak pesantren di Indonesia yang sudah berkiprah di dunia pendidikan dan menjadikan anakdidiknya semakin berilmu pengetahuan serta mempunyai akhlak yang baik. Dari uraian latar belakang tersebut di atas, rumusan permasalahan (Jamaludin & Prayuti, 2022)

F. Pendidikan Seks Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dalam Pencegahan Kekerasan Seksual Di Pondok Pesantren

Pengetahuan merupakan hasil pemahaman dan terjadi setelah manusia mengalami suatu objek tertentu. Persepsi terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan sentuhan. Sebagian besar pengetahuan manusia dan didukung oleh teori Green yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan faktor penentu dalam membentuk perilaku seseorang. Pengetahuan merupakan Bidang yang sangat penting dalam membentuk perilaku seseorang. Perilaku yang berbasis pengetahuan lebih berkelanjutan dibandingkan perilaku yang tidak berbasis pengetahuan.

Pemahaman remaja terhadap kekerasan seksual adalah setiap tindakan penghinaan,

penghinaan, pelecehan dan penyerangan terhadap tubuh atau fungsi reproduksi seseorang karena adanya kesenjangan dalam kekuasaan dan relasi gender, sehingga menimbulkan penderitaan psikis dan fisik, termasuk terganggunya

kesehatan reproduksi seseorang dan kerugian, kesuburan, peluang untuk menyelenggarakan pendidikan secara aman dan optimal. Pelecehan seksual terhadap anak merupakan salah satu bentuk penyimpangan seksual yang menjadikan anak sebagai objek seks. Dampak kekerasan seksual terhadap anak menimbulkan penderitaan fisik, mental, sosial, bahkan kematian. Banyak remaja yang masih merasa bahwa pendidikan seks hanya sebatas hubungan seksual dan tidak mencakup pelecehan seksual atau cara mencegahnya. Mereka beranggapan bahwa membicarakan sesuatu yang berhubungan dengan seks adalah sesuatu yang tabu. banyak remaja yang masih berpersepsi bahwa pendidikan seksual hanya sebatas hubungan seksual dan tidak termasuk pelecehan seksual dan cara pencegahannya, Selain itu, bahwa Sebelum diberikan pendidikan kesehatan masih ada santri / santriwati dengan pengetahuan kuranghal ini dimungkinkan karena santri datang dari berbagai sekolah yang beragam sebelum masuk pondok. Ada beberapa sekolah yang tidak memberikan pendidikan seksual karena dianggap tabu. Berbicara mengenai urgensi pendidikan seksual (sex education) bagi para santri di pesantren tentu sangat penting untuk diberikan. Hal ini mengingat fakta-fakta yang terjadi di lapangan terkait kasus kekerasan seksual di lingkungan pesantren yang semakin marak. Selain memberikan dampak yang sangat merugikan bagi para santri sebagai korbannya, kasus kekerasan seksual juga telah memberikan citra yang negative terhadap nama baik Pesantren sebagai lembaga pengajaran agama Islam. Hampir di semua pesantren belum mencanangkan program pendidikan seksual (sex education) secara intensif untuk mencegah kasus kekerasan seksual di lingkungan Pesantren. Pendidikan kesehatan yang dilakukan peneliti bertujuan agar para remaja khususnya yang bersekolah di pesantren dapat memahami berbagai hal tentang cara pencegahan kekerasan seksual. Siapa pun bisa menjadi korban pelecehan seksual di pesantren, baik dalam bentuk perilaku maupun kata -kata, perlu dilakukan upaya pencegahan, mulai dari anak – anak hingga remaja, dengan memberikan informasi agar mereka memiliki pengetahuan terhadap bentuk –bentuk pelecehan seksual yang umum terjadi antar perempuan, sehingga remaja dapat terhindar dari pelecehan seksual(Rodiyah, 2023)

G. Penutup

Pendidikan seks merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan remaja sehingga bisa mencegah kekerasan seksual. Pendidikan kesehatan mengenai pelecehan seksual dapat terus diberikan dan menjadi acuan bagi perawat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja.

Referensi

- Feisal Akbar Alfauzi, J. K. (2022). Upaya Penanggulangan Pelecehan Seksual Pesantren Mamba'ul Huda Al Djunaidi di Pondok. *Borobudur Law and Society Journal*, 5, 20–27.
- Jamaludin, A., & Prayuti, Y. (2022). Model Pencegahan Kejahatan Seksual Di Lembaga Pendidikan Pesantren. *Res Nullius Law Journal*, 4(2), 161–169. <https://doi.org/10.34010/rnlj.v4i2.6861>
- Maulanasyah, M. R. H., & Ahmad, M. J. (2023). Urgensi Pengaturan Pencegahan Kekerasan Seksual Di Lembaga Pondok Pesantren. *Bureaucracy Journal: Indonesia Journal of Law and Social-Political Governance*, 3(1), 591–602. <https://doi.org/10.53363/bureau.v3i1.204>
- Nugraha, aldy R. (2022). Kekerasan Seksual dalam Perspektif Dominasi Kuasa. *IJouGS: Indonesian Journal of Gender Studies*, 3(1), 21–31. <https://doi.org/10.21154/ijougs.v3i1.3694>
- Octaviani, F., & Nurwati, N. (2021). Analisis Faktor Dan Dampak Kekerasan Seksual Pada Anak. *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial HUMANITAS*, 3(II), 56–60. <https://doi.org/10.23969/humanitas.v3iii.4118>
- Rodiyah. (2023). Pengaruh Pendidikan Seks Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Dalam Pencegahan Kekerasan Seksual Di Pondok Pesantren. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(5), 701–707. <https://doi.org/10.33023/jikep.v9i5.1789>

Glosarium

A

- Anak : Individu yang berada dalam masa perkembangan sebelum dewasa, termasuk sebagai subjek dalam kasus kekerasan seksual yang sering menjadi korban.
- Asrama : Tempat tinggal santri di pondok pesantren yang menjadi salah satu lingkungan di mana kekerasan seksual dapat terjadi.
-

B

- Biologis : Aspek tubuh atau jasmani manusia yang dapat terpengaruh oleh kekerasan seksual, seperti gangguan organ reproduksi.
-

C

- Citra : Gambaran atau persepsi masyarakat terhadap pesantren, yang dapat rusak akibat kasus kekerasan seksual.
- Cortex : Bagian otak yang dapat mengalami kerusakan akibat kekerasan seksual.
-

D

- Depresi : Kondisi mental yang sering dialami korban kekerasan seksual karena tekanan psikologis.
- Deteksi : Upaya untuk mengenali potensi kekerasan seksual di lingkungan pesantren.
-

F

- Fobia : Ketakutan berlebihan yang dapat muncul sebagai dampak psikologis pada korban kekerasan seksual.
-

G

- Gender Harassment*: Pelecehan berbasis jenis kelamin yang tidak bertujuan untuk mendapatkan kerja sama seksual.
- Gangguan Sosial: Kondisi korban kekerasan seksual yang cenderung tertutup dan sulit berinteraksi dengan lingkungan.
-

P

- Pemaksaan Seksual: Tindakan memaksa korban untuk melakukan aktivitas seksual.
- Pesantren: Lembaga pendidikan Islam dengan fokus utama pada ilmu agama, yang dipimpin oleh kiai.
- Psikologis: Aspek mental atau emosional yang dapat terpengaruh oleh kekerasan seksual.
- Psikososial: Hubungan antara kondisi mental korban dan lingkungan sosialnya.
-

R

Regulasi : Aturan yang dibutuhkan untuk mencegah dan menangani kasus kekerasan seksual di pesantren.

S

Santri : Murid yang menuntut ilmu di pesantren, baik laki-laki maupun perempuan, yang rentan menjadi korban kekerasan seksual.

Sex Education: Pendidikan tentang seksualitas yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan mencegah kekerasan seksual.

T

Trauma : Dampak psikologis jangka panjang yang dialami korban kekerasan seksual.

BAB 3

OPTIMALISASI TERAPI VISUALISASI POSITIF NEURO LINGUISTIC PROGRAMMING (NLP) UNTUK PENGURANGAN DISMENORE PRIMER PADA REMAJA PUTERI

Sukmawati

A. Pendahuluan

Dismenore primer adalah salah satu masalah kesehatan reproduksi yang paling umum dialami oleh remaja putri dan wanita muda di seluruh dunia. Kondisi ini ditandai dengan rasa nyeri yang intens pada bagian bawah perut yang terjadi selama menstruasi, yang sering kali mempengaruhi aktivitas harian dan kualitas hidup para penderitanya (Abu Helwa et al., 2018). Prevalensi dismenore primer pada populasi wanita muda berkisar antara 16% hingga 91%, dengan sekitar 2% hingga 29% mengalami dismenore yang parah dan mengganggu kehidupan sehari-hari (Agarwal & Agarwal, 2010). Dismenore sering kali dimulai beberapa tahun setelah menarche dan berlangsung hingga menopause, menyebabkan beban fisik dan emosional yang signifikan.

Sebagian besar penderita dismenore primer menggunakan obat farmakologis seperti antiinflamasi nonsteroid (NSAID) untuk mengatasi rasa sakit. Namun, penelitian menunjukkan bahwa banyak wanita merasa pengobatan ini tidak efektif atau hanya memberikan sedikit bantuan (Chen et al., 2021). Selain itu, penggunaan jangka panjang obat-obatan tersebut dapat menimbulkan efek samping yang tidak diinginkan, sehingga memerlukan pendekatan alternatif yang lebih holistik dan minim risiko. Dalam beberapa tahun terakhir, pendekatan nonfarmakologis seperti teknik relaksasi, terapi komplementer, dan intervensi psikologis semakin menarik perhatian sebagai alternatif yang efektif untuk mengelola nyeri menstruasi (Armour et al., 2019).

Salah satu pendekatan baru yang menjanjikan adalah Neuro-Linguistic Programming (NLP), sebuah metode intervensi psikologis yang berfokus pada perubahan pola pikir, bahasa, dan perilaku untuk meningkatkan kualitas hidup individu (Bridges, 2014). NLP didasarkan pada asumsi bahwa proses neurologis,

bahasa, dan pola perilaku yang dipelajari dapat diubah melalui strategi yang sistematis, sehingga memungkinkan individu untuk mengatasi stres, rasa sakit, dan masalah emosional lainnya (Sturt et al., 2012). Dalam konteks dismenore primer, NLP dianggap dapat membantu remaja putri dalam mengelola persepsi terhadap rasa nyeri, meningkatkan kontrol diri, dan mengurangi dampak emosional yang diakibatkan oleh nyeri menstruasi.

B. Dismenore Primer Pada Remaja Putri

Dismenore primer adalah rasa nyeri menstruasi yang tidak disertai dengan kelainan organik pada sistem reproduksi. Nyeri ini biasanya muncul dalam 1-2 hari sebelum atau saat hari pertama menstruasi dan dapat berlangsung selama 2-3 hari. Dismenore primer disebabkan oleh kontraksi uterus yang berlebihan, dipicu oleh peningkatan prostaglandin, zat kimia yang dihasilkan oleh lapisan rahim. Peningkatan prostaglandin menyebabkan kontraksi otot rahim yang intens dan penyempitan pembuluh darah, sehingga menimbulkan nyeri. Penelitian oleh (Armour et al., 2019) menunjukkan bahwa lebih dari 70% remaja putri mengalami dismenore primer, yang berdampak signifikan pada aktivitas sehari-hari mereka.

Gejala utama dismenore primer adalah nyeri yang terletak di bagian bawah perut dan dapat menjalar ke punggung bawah atau paha. Nyeri ini bervariasi dalam intensitasnya, mulai dari rasa tidak nyaman ringan hingga nyeri yang parah dan melumpuhkan aktivitas harian. Selain itu, beberapa remaja putri juga melaporkan gejala tambahan seperti mual, muntah, diare, sakit kepala, dan kelelahan (Karout et al., 2021; Mendiratta & Lentz, 2022; Unsal et al., 2010; van Uden et al., 2024). Nyeri yang dirasakan biasanya terjadi secara siklis bersamaan dengan periode menstruasi, dan puncak nyeri sering kali terjadi pada hari pertama menstruasi (Chen et al., 2018; Cherenack et al., 2023; Yang et al., 2017).

Dismenore primer berdampak negatif terhadap kualitas hidup remaja putri, termasuk aspek fisik, emosional, dan sosial. Penelitian yang dilakukan oleh (Andrew S. Coco, 1999; Fernández-Martínez et al., 2018, 2019) mengungkapkan bahwa remaja dengan dismenore sering kali mengalami penurunan produktivitas akademis dan absen dari sekolah. Nyeri yang berulang juga dapat menyebabkan gangguan tidur dan memengaruhi kesejahteraan emosional, meningkatkan risiko depresi dan kecemasan. Hal ini memperburuk keseimbangan hidup mereka, karena nyeri yang terus-menerus membuat remaja sulit berfungsi secara normal di lingkungan sosial dan akademik.

Metode konvensional untuk penanganan dismenore primer melibatkan penggunaan obat-obatan antiinflamasi nonsteroid (NSAID) seperti ibuprofen dan

naproksen, yang bertujuan untuk mengurangi produksi prostaglandin dan meredakan nyeri. Selain itu, kontrasepsi hormonal seperti pil KB sering kali diresepkan untuk mengurangi keparahan nyeri dengan menekan ovulasi dan mengurangi produksi prostaglandin (Marjoribanks et al., 2015; Webster, 2019). Terapi lain termasuk pemanasan lokal di area perut dan perubahan gaya hidup seperti olahraga teratur dan diet sehat.

Meskipun metode konvensional efektif dalam mengatasi dismenore primer, beberapa keterbatasan tetap ada. Penggunaan jangka panjang NSAID dapat menyebabkan efek samping seperti gangguan pencernaan, tukak lambung, dan masalah kardiovaskular (Chen et al., 2018, 2021; Deekala et al., 2022). Selain itu, kontrasepsi hormonal tidak selalu cocok untuk semua remaja karena risiko efek samping seperti peningkatan berat badan, perubahan suasana hati, dan masalah kesehatan lainnya. Beberapa remaja putri juga melaporkan bahwa pengobatan konvensional tidak selalu memberikan pereda nyeri yang cukup efektif (Rogers et al., 2023). Oleh karena itu, banyak remaja mencari alternatif terapi yang lebih alami dan non-farmakologis untuk mengelola dismenore primer mereka.

C. Neuro Linguistic Programming (NLP)

Neuro Linguistic Programming (NLP) pertama kali dikembangkan pada tahun 1970-an oleh Richard Bandler dan John Grinder. NLP bertujuan untuk memahami pola perilaku manusia dan komunikasi, serta bagaimana hal-hal tersebut dapat dimodifikasi untuk mencapai hasil yang lebih efektif dalam kehidupan sehari-hari. Konsep dasar NLP melibatkan tiga elemen utama: "neuro" yang merujuk pada proses neurologis atau cara otak bekerja, "linguistic" yang mengacu pada bahasa yang kita gunakan untuk berkomunikasi, dan "programming" yang berkaitan dengan pola-pola perilaku yang dapat diubah melalui proses pembelajaran (Bridges, 2014; Zaharia et al., 2015).

Sejarah awal pengembangan NLP didasarkan pada pengamatan terhadap ahli terapi terkemuka seperti Virginia Satir, Milton Erickson, dan Fritz Perls. Bandler dan Grinder mengidentifikasi pola komunikasi efektif yang digunakan oleh para praktisi ini, lalu mengembangkan model yang memungkinkan orang lain untuk mencapai hasil serupa dalam berbagai konteks kehidupan, termasuk kesehatan, pendidikan, dan pengembangan pribadi (Sunitha et al., 2021).

Prinsip-prinsip dasar NLP mencakup keyakinan bahwa pikiran dan tubuh saling berhubungan, dan cara kita berpikir serta berkomunikasi dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik dan mental. Salah satu prinsip utama adalah konsep "pemetaan realitas," yaitu gagasan bahwa setiap individu memiliki representasi unik dari dunia berdasarkan pengalaman pribadi, yang disebut peta internal. NLP membantu

individu mengubah peta ini untuk mencapai perubahan yang positif (Bridges, 2014; Sturt et al., 2012).

Prinsip lainnya adalah penggunaan "modeling," di mana seseorang dapat meniru perilaku, strategi, dan pola pikir orang lain yang sukses untuk mencapai tujuan serupa. Teknik ini sering digunakan dalam terapi, pelatihan, dan pengembangan diri, dengan fokus pada pemrograman ulang pikiran untuk mencapai respons yang lebih adaptif terhadap tantangan hidup (Murray, 2013).

Dalam bidang kesehatan, NLP digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan mental dan fisik, terutama dalam manajemen stres, pengendalian rasa sakit, dan perawatan psikologis. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa NLP dapat membantu pasien mengubah persepsi mereka terhadap penyakit, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan pemulihan (Bridges, 2014).

Salah satu area penerapan yang penting adalah dalam pengelolaan dismenore atau nyeri haid, terutama pada remaja putri. Teknik-teknik NLP, seperti reframing (memandang masalah dari sudut pandang berbeda) dan visualisasi positif, telah digunakan untuk membantu individu mengubah persepsi mereka tentang rasa sakit dan meningkatkan kontrol terhadap emosi yang terkait dengan nyeri (Sturt et al., 2012). NLP juga digunakan untuk mendukung pengobatan psikologis pada pasien dengan gangguan nyeri kronis, seperti endometriosis, di mana teknik ini berfokus pada merestrukturisasi persepsi pasien terhadap rasa sakit (Caruso et al., 2019; Karout et al., 2021).

Nyeri sering kali dipengaruhi oleh persepsi subjektif dan faktor psikologis, dan NLP telah terbukti efektif dalam membantu individu mengurangi rasa sakit melalui teknik manajemen mental. Teknik NLP, seperti visualisasi dan asosiasi-disosiasi, digunakan untuk mengubah cara otak memproses sinyal nyeri. Individu diajarkan untuk memvisualisasikan rasa nyeri sebagai sesuatu yang dapat diubah atau dipindahkan, sehingga membantu mengurangi intensitas nyeri (Rogers et al., 2023).

Dalam konteks dismenore primer, penelitian menunjukkan bahwa manajemen mental terhadap nyeri dapat mengurangi intensitas dan frekuensi rasa sakit. NLP memberikan alat bagi individu untuk mengelola rasa nyeri dengan lebih baik, baik melalui perubahan cara berpikir maupun melalui strategi visualisasi untuk memfokuskan perhatian pada hal-hal yang lebih positif. (Rafique & Al-Sheikh, 2018; Wu et al., 2016).

Bagi remaja putri yang mengalami dismenore primer, NLP dapat menawarkan pendekatan yang efektif dalam mengelola gejala nyeri dan meningkatkan kualitas hidup. Teknik NLP membantu remaja mengembangkan keterampilan manajemen diri, termasuk kemampuan untuk mengendalikan pikiran dan emosi mereka dalam

menghadapi nyeri. Hal ini penting karena dismenore primer sering kali mempengaruhi kualitas hidup remaja, termasuk aktivitas sehari-hari dan prestasi akademik. (Hailemeskel et al., 2016).

Selain itu, NLP juga dapat membantu remaja dalam mengatasi kecemasan dan ketegangan yang seringkali terkait dengan periode menstruasi. Dengan menggunakan NLP, remaja putri dapat diajarkan untuk membangun pola pikir positif dan strategi pengendalian diri yang akan membantu mereka mengelola stres dan emosi selama periode menstruasi (Chen et al., 2018). Secara keseluruhan, NLP memberikan manfaat jangka panjang dalam pengembangan keterampilan manajemen diri, meningkatkan ketahanan terhadap nyeri, serta meningkatkan kesehatan mental dan emosional pada remaja putri.

D. Terapi Visualisasi Positif NLP untuk Pengurangan Dismenore Primer

1. Terapi Visualisasi Positif

a. Pengertian

Terapi dengan Teknik Visualisasi Positif adalah salah satu metode yang digunakan dalam Neuro-Linguistic Programming (NLP) untuk membantu mengurangi rasa sakit melalui pemrograman ulang pikiran bawah sadar. Teknik ini melibatkan imajinasi aktif di mana individu memvisualisasikan situasi positif atau kondisi tubuh yang sehat untuk memengaruhi persepsi nyeri yang dirasakan. Dalam konteks dismenore primer, visualisasi positif berfokus pada relaksasi otot-otot rahim, aliran darah yang lancar, dan perasaan nyaman, yang secara langsung dapat membantu mengurangi intensitas nyeri menstruasi (Bridges, 2014).

Penggunaan teknik visualisasi telah terbukti efektif dalam manajemen berbagai jenis rasa sakit kronis, termasuk dismenore primer. Dengan menggunakan metode ini, pasien dapat mengubah respons emosional dan fisik mereka terhadap rasa sakit. Hal ini selaras dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa faktor psikologis memainkan peran penting dalam intensitas dan pengalaman nyeri menstruasi (Rogers et al., 2023).

b. Persiapan

Untuk menerapkan terapi visualisasi positif, perlu adanya persiapan yang tepat agar proses berjalan efektif. Persiapan ini meliputi:

- 1) Alat: Tidak diperlukan alat khusus, tetapi penggunaan musik relaksasi atau aroma terapi seperti lavender bisa membantu menciptakan suasana yang tenang.

- 2) Lingkungan: Lingkungan harus bersih, tenang, dan bebas gangguan. Suhu ruangan diatur sedemikian rupa agar nyaman bagi klien. Pencahayaan yang lembut juga membantu menciptakan suasana yang kondusif untuk relaksasi.
- 3) Klien: Klien, dalam hal ini remaja putri yang mengalami dismenore primer, perlu dijelaskan mengenai tujuan dan manfaat dari teknik visualisasi positif. Klien diminta untuk berpakaian nyaman, duduk atau berbaring dalam posisi yang relaks, dan berusaha untuk tetap tenang.
- 4) Terapis: Terapis atau fasilitator harus terlatih dalam teknik NLP dan visualisasi positif. Ia harus memiliki kemampuan untuk membimbing klien melalui imajinasi yang tenang, fokus pada penciptaan gambaran mental yang menenangkan, serta memberikan sugesti yang mendukung proses penyembuhan.

c. Prosedur Pelaksanaan

Berikut adalah langkah-langkah pelaksanaan teknik visualisasi positif:

- 1) Penciptaan Suasana Relaksasi: Klien diminta untuk menutup mata, menarik napas dalam-dalam, dan melepaskannya secara perlahan. Proses pernapasan diulang hingga klien merasa lebih tenang.
- 2) Panduan Fokus Mental: Terapis memandu klien untuk fokus pada area tubuh yang terasa nyeri, misalnya rahim. Klien diminta untuk memperhatikan sensasi yang muncul tanpa menghakimi atau melawan rasa sakit tersebut.
- 3) Penggunaan Imajinasi Positif: Setelah klien merasa tenang, terapis mulai memandu visualisasi positif. Klien diminta untuk membayangkan rahimnya dalam keadaan sehat, bebas nyeri, dan aliran darah berjalan lancar. Mereka juga bisa membayangkan suasana yang damai, seperti berjalan di taman yang indah atau berada di pantai yang tenang.
- 4) Pemberian Sugesti Positif: Terapis memberikan afirmasi positif seperti, "Setiap napas yang kamu ambil membuat rasa nyaman di seluruh tubuhmu" atau "Kamu semakin kuat, dan rasa sakit ini perlahan berkurang."
- 5) Pengakhiran Sesi: Setelah klien merasa cukup tenang dan nyaman, terapis mengajak klien untuk perlahan-lahan membuka mata dan kembali ke keadaan sadar. Terapis bisa menambahkan pesan-pesan positif bahwa rasa nyeri akan berkurang setiap kali klien menggunakan teknik ini.

2. Aplikasi Terapi Teknik Visualisasi Positif dalam Kehidupan Sehari-Hari

Teknik visualisasi positif tidak hanya terbatas pada sesi terapi formal tetapi juga dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk mengelola rasa sakit dismenore primer secara mandiri. Klien bisa meluangkan waktu beberapa menit setiap hari untuk duduk di tempat yang tenang, menarik napas dalam-dalam, dan membayangkan tubuhnya dalam kondisi sehat. Rutin melakukan visualisasi positif terbukti mampu memperkuat pengendalian diri terhadap rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup, terutama bagi perempuan yang mengalami nyeri menstruasi kronis.(Armour et al., 2019).

E. Efektivitas Terapi Visualisasi Positif NLP dalam Mengurangi Dismenore Primer

Dismenore primer merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang sering dialami oleh remaja putri dan perempuan muda. Berdasarkan penelitian (Abu Helwa et al., 2018), prevalensi dismenore di kalangan mahasiswi Palestina mencapai 85%, dengan intensitas nyeri yang bervariasi, tergantung pada faktor-faktor seperti gaya hidup dan tingkat stres. Penelitian ini juga menyoroti bahwa penggunaan metode penanganan nyeri tradisional sering kali tidak memberikan hasil yang memadai, sehingga dibutuhkan pendekatan yang lebih inovatif.

Neuro-Linguistic Programming (NLP) mulai dikenal sebagai salah satu pendekatan alternatif yang dapat membantu mengelola nyeri, termasuk nyeri akibat dismenore primer. (Armour et al., 2019) menyebutkan bahwa penggunaan strategi perawatan mandiri, seperti teknik relaksasi dan pengendalian pikiran, terbukti efektif dalam mengurangi intensitas nyeri menstruasi. NLP, dengan prinsip dasarnya yang fokus pada restrukturisasi cara berpikir dan pengelolaan emosi, memiliki potensi besar untuk diaplikasikan dalam kasus ini.

Penelitian oleh (Chen et al., 2021; MacGregor et al., 2023) menemukan bahwa banyak perempuan merasa metode farmakologis untuk dismenore kurang efektif dalam jangka panjang. Dalam kasus seperti ini, NLP dapat menjadi solusi, karena teknik-teknik seperti visualisasi positif dan pemrograman ulang mental dapat membantu individu mengubah persepsi mereka terhadap nyeri.

Penelitian oleh (Sturt et al., 2012) mengonfirmasi bahwa NLP secara umum dapat meningkatkan hasil kesehatan dengan mengubah pola pikir dan perilaku pasien.

Lebih lanjut, penelitian oleh (Fernández-Martínez et al., 2019) menunjukkan bahwa nyeri menstruasi memiliki dampak signifikan pada kualitas hidup perempuan muda. Dengan mengintegrasikan NLP dalam program manajemen nyeri, diharapkan kualitas hidup ini dapat meningkat secara signifikan. Pendekatan NLP yang

menekankan pada perubahan pola pikir, penyesuaian emosi, dan peningkatan self-efficacy dapat memberikan alternatif yang lebih holistik dibandingkan metode konvensional.

F. Penggunaan Terapi Visualisasi Positif NLP pada Dismenore Primer

Terapi visualisasi positif NLP telah terbukti menjadi pendekatan yang efektif dalam membantu remaja putri mengatasi nyeri akibat dismenore primer. Dalam sebuah kajian yang melibatkan beberapa remaja putri, proses evaluasi dilakukan dengan metode pre-test dan post-test untuk mengukur tingkat nyeri sebelum dan sesudah terapi visualisasi positif NLP.

Sebelum terapi dilakukan, rata-rata skala nyeri yang dirasakan para remaja mencapai angka 4.93 dengan standar deviasi sebesar 1.438. Tingkat nyeri ini berkisar antara skala minimum 3 hingga maksimum 8. Dari hasil distribusi frekuensi, mayoritas remaja mengalami nyeri sedang (skala 4–6) yang dialami 86,7%. Sementara itu, nyeri berat skala (7–8) dialami 13,3%.

Namun, setelah diberikan terapi visualisasi positif NLP, terjadi perubahan yang signifikan. Rata-rata skala nyeri menurun menjadi 1.93 dengan standar deviasi 1.163. Tingkat nyeri berkisar antara skala minimum 1 hingga maksimum 5. Distribusi frekuensi menunjukkan bahwa mayoritas remaja kini merasakan nyeri ringan (skala 1–3), sebanyak 80,0%. Hanya 20,0% yang masih mengalami nyeri sedang (skala 4–6).

Untuk memastikan validitas perubahan ini, analisis dilakukan dengan uji Wilcoxon karena data yang diperoleh tidak berdistribusi normal, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil uji Shapiro-Wilk ($p=0.01 < 0.05$). Hasil uji Wilcoxon menunjukkan penurunan signifikan pada tingkat nyeri setelah terapi dengan nilai p -value 0,000 ($p < 0,05$). Hal ini mengindikasikan bahwa terapi visualisasi positif NLP memiliki dampak yang nyata terhadap penurunan skala nyeri dismenore pada remaja putri.

Secara keseluruhan, terapi visualisasi positif NLP membantu remaja putri menghadapi dismenore dengan cara yang tidak hanya mengurangi intensitas nyeri, tetapi juga memberikan pengalaman positif yang dapat mendukung kesejahteraan emosional mereka. Pendekatan ini tidak hanya sederhana dan dapat dilakukan secara mandiri, tetapi juga menawarkan harapan baru bagi remaja yang ingin menjalani hari-hari mereka tanpa terganggu oleh rasa nyeri.

G. Umpan Balik dari Remaja Puteri yang Menggunakan Terapi Visualisasi Positif NLP

Selain mengukur efektivitas terapi visualisasi positif NLP melalui perubahan skala nyeri, kajian ini juga mengumpulkan umpan balik dari para remaja putri. Pendekatan ini dilakukan untuk memahami pengalaman remaja putri selama menjalani terapi, efek yang dirasakan, serta pandangan mereka terhadap metode ini sebagai salah satu solusi dalam mengatasi dismenore primer.

Pengalaman Selama Terapi

Sebagian besar remaja putri menyatakan bahwa sesi terapi visualisasi positif NLP memberikan suasana yang menenangkan dan menyenangkan. Mereka mengapresiasi pendekatan yang berfokus pada imajinasi positif, karena membantu mereka mengalihkan perhatian dari rasa nyeri yang dirasakan. Beberapa remaja putri menyebutkan bahwa panduan visualisasi yang diberikan memudahkan mereka untuk membayangkan situasi yang nyaman, seperti berada di lingkungan yang indah atau merasakan tubuh yang ringan tanpa nyeri.

Salah satu responden berkomentar, *"Ketika membayangkan tubuh saya terasa ringan dan bebas nyeri, saya merasa seperti benar-benar ada di tempat itu. Ini membuat saya lupa bahwa saya sedang mengalami dismenore."* Ucapan ini menunjukkan bahwa visualisasi positif memiliki dampak psikologis yang signifikan dalam mengurangi persepsi nyeri.

Efek yang Dirasakan Setelah Terapi

Mayoritas remaja putri melaporkan penurunan intensitas nyeri tidak hanya secara fisik tetapi juga secara emosional. Beberapa remaja mengungkapkan bahwa mereka merasa lebih mampu menghadapi dismenore dengan pola pikir yang lebih positif setelah terapi. Salah satu remaja putri menyatakan, *"Setelah terapi, saya merasa lebih percaya diri untuk menjalani aktivitas harian saya, meskipun masih ada sedikit nyeri."*

Selain itu, remaja putri juga merasakan peningkatan kualitas tidur dan penurunan tingkat stres selama masa menstruasi, yang sebelumnya memperburuk kondisi nyeri. Hal ini menegaskan bahwa terapi visualisasi positif NLP tidak hanya berdampak pada nyeri fisik tetapi juga memberikan efek menenangkan secara emosional.

Kesan dan Saran untuk Pengembangan

Sebagian besar remaja putri menyambut baik terapi ini sebagai alternatif dari metode konvensional. Mereka menilai bahwa pendekatan NLP lebih sederhana dan tidak memiliki efek samping seperti beberapa obat pereda nyeri. Namun, beberapa remaja putri memberikan saran untuk pengembangan lebih lanjut, seperti

memperpanjang durasi sesi terapi atau menyediakan materi pendukung berupa audio panduan yang dapat digunakan secara mandiri di rumah.

Salah satu responden mengungkapkan, *"Saya berharap metode ini bisa diajarkan ke lebih banyak remaja putri, terutama yang sering mengalami dismenore. Selain membantu mengurangi nyeri, ini juga melatih kami untuk lebih fokus dan rileks."*

Umpan Balik

Umpan balik yang diberikan oleh remaja putri menunjukkan bahwa terapi visualisasi positif NLP diterima dengan baik dan dianggap efektif dalam mengurangi nyeri dismenore primer. Selain itu, pendekatan ini memberikan dampak positif pada kesejahteraan emosional mereka, yang sering kali terabaikan dalam penanganan dismenore.

H. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Terapi Visualisasi Positif NLP

Keberhasilan terapi visualisasi positif NLP dalam mengurangi dismenore primer pada remaja putri tidak hanya bergantung pada teknik yang digunakan, tetapi juga dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor ini dapat dikelompokkan ke dalam karakteristik individu, dukungan lingkungan, dan pelaksanaan terapi itu sendiri.

1. Karakteristik Individu

Respon individu terhadap terapi visualisasi positif NLP sangat bervariasi. Faktor utama yang memengaruhi adalah:

a. Kemampuan untuk Berkonsentrasi

Remaja yang memiliki kemampuan konsentrasi yang baik cenderung lebih mudah mengikuti panduan visualisasi dan membayangkan situasi yang positif. Sebaliknya, mereka yang sering terganggu oleh pikiran lain atau sulit fokus memerlukan waktu lebih lama untuk merasakan efek terapi.

b. Keterbukaan terhadap Metode Baru

Responden yang terbuka terhadap metode terapi alternatif cenderung lebih antusias dan termotivasi untuk mencoba teknik ini. Sebaliknya, remaja yang skeptis terhadap metode non-farmakologis mungkin membutuhkan pendekatan lebih untuk meyakinkan mereka akan manfaat terapi ini.

c. Pengalaman Nyeri Sebelumnya

Tingkat nyeri yang dirasakan sebelumnya juga memengaruhi keberhasilan terapi. Remaja dengan nyeri ringan hingga sedang biasanya lebih cepat

merasakan penurunan intensitas nyeri dibandingkan mereka yang mengalami nyeri berat, meskipun pada akhirnya tetap ada manfaat yang dirasakan. (Ybias et al., 2024)

2. Dukungan Lingkungan

Lingkungan sekitar, baik keluarga maupun teman sebaya, turut berperan dalam keberhasilan terapi. Beberapa faktor lingkungan yang signifikan meliputi:

a. Dukungan Emosional dari Keluarga

Remaja yang mendapatkan dukungan emosional dari keluarga, seperti dorongan untuk tetap mencoba metode baru dan memberikan suasana yang nyaman selama terapi, cenderung menunjukkan hasil yang lebih baik.

b. Lingkungan yang Tenang

Tempat pelaksanaan terapi yang bebas dari gangguan suara atau aktivitas lain membantu meningkatkan efektivitas visualisasi. Lingkungan yang kondusif mempermudah remaja untuk fokus dan memasuki kondisi rileks yang optimal.

(Ybias et al., 2024)

3. Pelaksanaan Terapi

Keberhasilan terapi visualisasi positif NLP juga sangat ditentukan oleh kualitas pelaksanaan terapi, yang meliputi:

a. Panduan yang Jelas dan Sistematis

Instruksi yang disampaikan oleh terapis harus jelas dan mudah diikuti. Panduan yang terlalu rumit atau kurang terstruktur dapat membuat remaja kesulitan untuk memahami dan mempraktikkan visualisasi dengan benar.

b. Durasi dan Frekuensi Terapi

Terapi yang dilakukan secara rutin dan dalam durasi yang sesuai memberikan hasil yang lebih signifikan. Dalam kajian ini, durasi terapi sekitar 20-30 menit per sesi dianggap ideal untuk membantu remaja mencapai tingkat relaksasi yang cukup.

c. Kredibilitas Terapis

Kepercayaan remaja terhadap terapis juga menjadi faktor penting. Terapis yang mampu menciptakan suasana yang nyaman dan mendukung cenderung lebih berhasil membantu remaja dalam proses visualisasi.

(Sunitha et al., 2021)

4. Faktor Psikologis

Aspek psikologis seperti tingkat stres dan kecemasan sebelum terapi juga berperan penting. Remaja yang cenderung cemas atau stres berat sering kali membutuhkan waktu lebih lama untuk merasakan manfaat terapi. Oleh karena itu, relaksasi awal sebelum memulai visualisasi dapat membantu menurunkan hambatan psikologis ini. (Rafique & Al-Sheikh, 2018; Zaharia et al., 2015)

I. Keterbatasan dan Tantangan dalam Penerapan NLP

Meskipun terapi visualisasi positif berbasis Neuro Linguistic Programming (NLP) telah menunjukkan efektivitas dalam mengurangi dismenore primer, ada beberapa keterbatasan dan tantangan yang perlu diperhatikan. Faktor-faktor ini tidak hanya memengaruhi hasil akhir terapi tetapi juga keberlanjutan penggunaan NLP sebagai metode alternatif untuk penanganan nyeri pada remaja putri.

1. Pemahaman yang terbatas tentang NLP

Salah satu kendala utama adalah kurangnya pemahaman masyarakat umum, termasuk remaja dan keluarga mereka, tentang konsep dan manfaat NLP. Banyak yang belum mengenal metode ini, sehingga sering kali muncul keraguan atau ketidakpercayaan terhadap efektivitasnya. Hal ini menjadi tantangan awal yang harus diatasi oleh terapis atau penyedia layanan kesehatan. (Cherenack et al., 2023; Clemenza et al., 2021).

2. Kemampuan Individu dalam Visualisasi

Terapi visualisasi positif membutuhkan kemampuan individu untuk membayangkan situasi atau skenario tertentu secara mendetail. Tidak semua remaja memiliki keterampilan ini secara alami. Mereka yang kesulitan berimajinasi mungkin memerlukan waktu lebih lama untuk merasakan manfaat terapi atau bahkan merasa frustrasi karena tidak mampu mencapai kondisi relaksasi yang diharapkan. (Armour et al., 2019)

3. Komitmen dan Konsistensi Klien

Keberhasilan terapi visualisasi positif NLP juga bergantung pada komitmen remaja untuk mengikuti sesi terapi secara rutin dan konsisten. Dalam praktiknya, ada remaja yang sulit meluangkan waktu karena jadwal sekolah yang padat atau aktivitas lain. Selain itu, motivasi yang menurun di tengah perjalanan terapi juga menjadi hambatan yang sering ditemui.

4. Faktor Lingkungan

Lingkungan sekitar remaja dapat menjadi penghambat, terutama jika tidak mendukung proses terapi. Kebisingan, gangguan dari anggota keluarga, atau suasana yang tidak kondusif dapat mengurangi efektivitas terapi. Selain itu, kurangnya dukungan emosional dari keluarga atau teman juga dapat memengaruhi semangat remaja dalam mengikuti terapi.

5. Keterbatasan Terapis dan Sumber Daya

Jumlah terapis yang terlatih dalam teknik NLP, khususnya yang memahami aplikasi spesifik seperti pengelolaan dismenore, masih relatif terbatas. Selain itu, tidak semua fasilitas kesehatan memiliki sumber daya untuk menyediakan terapi

ini. Faktor ini dapat membatasi aksesibilitas remaja putri terhadap terapi visualisasi positif NLP. (Ybias et al., 2024)

6. Variabilitas Respon Terhadap Terapi

Tidak semua remaja merespons terapi NLP dengan cara yang sama. Faktor seperti tingkat nyeri, kondisi psikologis, dan pengalaman individu sebelumnya dapat memengaruhi hasil terapi. Beberapa remaja mungkin membutuhkan pendekatan tambahan atau modifikasi terapi agar mendapatkan manfaat yang maksimal. (Cherenack et al., 2023; MacGregor et al., 2023)

J. Penutup

Terapi visualisasi positif berbasis Neuro Linguistic Programming (NLP) memiliki potensi besar sebagai pendekatan non-farmakologis yang efektif untuk mengatasi dismenore primer pada remaja putri. Terapi ini tidak hanya membantu mengurangi intensitas nyeri secara signifikan tetapi juga memberikan dampak positif pada aspek psikologis, seperti meningkatkan kenyamanan emosional dan mengurangi rasa cemas.

Keberhasilan terapi ini didukung oleh pendekatan holistik yang mengintegrasikan aspek fisiologis dan psikologis, menjadikannya alternatif yang aman dan praktis untuk diterapkan. Dengan hasil penelitian yang menunjukkan penurunan skala nyeri secara signifikan, terapi visualisasi positif NLP diharapkan dapat menjadi bagian dari solusi inovatif dalam pelayanan kesehatan reproduksi remaja, terutama dalam menangani dismenore primer yang sering kali mengganggu kualitas hidup mereka.

Namun demikian, kajian ini juga mengungkapkan beberapa tantangan dan keterbatasan yang perlu diatasi, seperti perlunya pengembangan modul pelatihan terstandar, peningkatan pemahaman masyarakat tentang NLP, serta adaptasi terapi agar lebih fleksibel sesuai kebutuhan individu. Rekomendasi untuk dikaji lebih lanjut dan inklusi NLP dalam pelatihan profesional kesehatan diharapkan dapat memperkuat dasar ilmiah dan meningkatkan implementasi terapi ini secara luas.

Sebagai bagian dari solusi untuk kesehatan remaja putri, penting bagi keluarga, tenaga kesehatan, dan pembuat kebijakan untuk bekerja sama dalam menciptakan lingkungan yang mendukung, baik dalam hal edukasi, penerapan terapi, maupun peningkatan kesadaran tentang pentingnya penanganan nyeri menstruasi secara holistik.

Akhirnya, kami berharap bab ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi praktisi kesehatan, peneliti, keluarga, dan remaja putri dalam memahami dan menerapkan terapi berbasis NLP untuk mengatasi dismenore primer. Dengan pengetahuan dan kerja sama yang baik, kita dapat meningkatkan kualitas hidup

remaja putri dan membantu mereka menjalani hari-hari tanpa gangguan nyeri yang berlebihan.

Referensi

- Abu Helwa, H. A., Mitaeb, A. A., Al-Hamshri, S., & Sweileh, W. M. (2018). Prevalence of dysmenorrhea and predictors of its pain intensity among Palestinian female university students. *BMC Women's Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0516-1>
- Agarwal, A., & Agarwal, A. (2010). A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(1), 159. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.62586>
- Andrew S. Coco, M. D. (1999). Primary Dysmenorrhea. *American Family Physician*, 60(2), 489–496. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/1999/0801/p489.html>
- Armour, M., Parry, K., Al-Dabbas, M. A., Curry, C., Holmes, K., MacMillan, F., Ferfolja, T., & Smith, C. A. (2019). Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(7), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220103>
- Bridges, G. (2014). Neuro-Linguistic Programming: conversations for change. *Dental Nursing*, 10(9), 513–515. <https://doi.org/10.12968/denn.2014.10.9.513>
- Caruso, S., Iraci, M., Cianci, S., Vitale, S. G., Fava, V., & Cianci, A. (2019). Effects of long-term treatment with dienogest on the quality of life and sexual function of women affected by endometriosis-associated pelvic pain. *Journal of Pain Research*, 12, 2371–2378. <https://doi.org/10.2147/JPR.S207599>
- Chen, C. X., Carpenter, J. S., LaPradd, M., Ofner, S., & Fortenberry, J. D. (2021). Perceived Ineffectiveness of Pharmacological Treatments for Dysmenorrhea. *Journal of Women's Health*, 30(9), 1334–1343. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8581>
- Chen, C. X., Draucker, C. B., & Carpenter, J. S. (2018). What women say about their dysmenorrhea: A qualitative thematic analysis. *BMC Women's Health*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0538-8>
- Cherenack, E. M., Rubli, J., Melara, A., Ezaldein, N., King, A., Alcaide, M. L., Raccamarich, P., Fein, L. A., & Sikkema, K. J. (2023). Adolescent girls' descriptions of dysmenorrhea and barriers to dysmenorrhea management in Moshi, Tanzania: A qualitative study. *PLOS Global Public Health*, 3(7), e0001544. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001544>
- Clemenza, S., Vannuccini, S., Capezzuoli, T., Meleca, C. I., Pampaloni, F., & Petraglia, F. (2021). Is primary dysmenorrhea a precursor of future endometriosis development? *Gynecological Endocrinology*, 37(4), 287–293. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1878134>
- Deekala, R. S., Akkapeddi, S. A., & Rosivari, P. S. (2022). Prevalence of Dysmenorrhea and Determinants of Menstrual Distress in Adolescent Girls with

- Dysmenorrhoea, In Tirupati Town. *National Journal of Community Medicine*, 13(4), 229–234. <https://doi.org/10.55489/njcm.134202234>
- Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Parra-Fernández, M. L. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLOS ONE*, 13(8), e0201894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894>
- Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D., & Parra-Fernández, M. L. (2019). The impact of dysmenorrhea on quality of life among Spanish female university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph16050713>
- Hailemeskel, S., Demissie, A., & Assefa, N. (2016). Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: Evidence from female university students in Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 8, 489–496. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S112768>
- Karout, S., Soubra, L., Rahme, D., Karout, L., Khojah, H. M. J., & Itani, R. (2021). Prevalence, risk factors, and management practices of primary dysmenorrhea among young females. *BMC Women's Health*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01532-w>
- MacGregor, B., Allaire, C., Bedaiwy, M. A., Yong, P. J., & Bougie, O. (2023). Disease Burden of Dysmenorrhea: Impact on Life Course Potential. *International Journal of Women's Health*, Volume 15, 499–509. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S380006>
- Marjoribanks, J., Ayeleke, R. O., Farquhar, C., & Proctor, M. (2015). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001751.pub3>
- Mendiratta, V., & Lentz, G. M. (2022). Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder. In *Comprehensive Gynecology* (pp. 768-780.e4). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-65399-2.00044-9>
- Murray, L. L. (2013). Limited evidence that neurolinguistic programming improves health-related outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 16(3), 79. <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101355>
- Rafique, N., & Al-Sheikh, M. H. (2018). Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. *Saudi Medical Journal*, 39(1), 67–73. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.1.21438>
- Rogers, S. K., Galloway, A., Hirsh, A. T., Zapolski, T., Chen, C. X., & Rand, K. L. (2023). Efficacy of psychological interventions for dysmenorrhea: a meta-analysis. *Pain Medicine*, 24(9), 1086–1099. <https://doi.org/10.1093/pm/pnad058>
- Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012).

Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. *British Journal of General Practice*, 62(604), e757–e764. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X658287>

- Sunitha, S., Catherin Jayanthi, A., Kalaiyarasan, G., & Annalakshmi, N. (2021). The concept of neuro- linguistic programming in improving the receptive skills in English. *Rupkatha Journal on Interdisciplinary Studies in Humanities*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.21659/RUPKATHA.V13N1.49>
- Unsal, A., Ayranci, U., Tozun, M., Arslan, G., & Calik, E. (2010). Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(2), 138–145. <https://doi.org/10.3109/03009730903457218>
- van Uden, B. C. D., Timmermans, A., van den Boogaard, E., Motazed, E., & Vrijotte, T. G. M. (2024). Determinants of dysmenorrhoea among female adolescents: results from a community-based cohort study in Amsterdam. *Reproductive BioMedicine Online*, 48(4), 103700. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.103700>
- Webster, F. (2019). *Perceived Ineffectiveness of Pharmacological Treatments for Dysmenorrhea*. 1(2020), 105–112.
- Wu, T. H., Tu, C. H., Chao, H. T., Li, W. C., Low, I., Chuang, C. Y., Yeh, T. C., Cheng, C. M., Chou, C. C., Chen, L. F., & Hsieh, J. C. (2016). Dynamic Changes of Functional Pain Connectome in Women with Primary Dysmenorrhea. *Scientific Reports*, 6(March), 1–12. <https://doi.org/10.1038/srep24543>
- Yang, M., Chen, X., Bo, L., Lao, L., Chen, J., Yu, S., Yu, Z., Tang, H., Yi, L., Wu, X., Yang, J., & Liang, F. (2017). Moxibustion for pain relief in patients with primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 12(2), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170952>
- Ybias, C., Ortibano, M., & Madrigal, D. (2024). The Effect of Integrated-Neuro-Linguistic Programming as Supplementary Intervention for Individuals with Symptoms of Depression. *Technium Social Sciences Journal*, 60, 122–155. <https://doi.org/10.47577/tssj.v60i1.11551>
- Zaharia, C., Reiner, M., & Schütz, P. (2015). Evidence-based Neuro linguistic psychotherapy: A meta-analysis. *Psychiatria Danubina*, 27(4), 355–363.

Glosarium

D

- Dismenore : Nyeri yang dirasakan selama menstruasi, yang biasanya terjadi di perut bagian bawah dan dapat menyebar ke punggung bawah atau paha.
- Dismenore Primer : Nyeri menstruasi yang tidak disebabkan oleh kondisi medis lain, biasanya muncul sejak remaja dan berkaitan dengan pelepasan hormon prostaglandin.
-

K

- Keseimbangan Emosional : Kemampuan untuk mengelola emosi dengan baik, menjaga stabilitas psikologis meskipun menghadapi situasi yang menantang.
- Kualitas Hidup : Konsep multidimensional yang mencakup aspek fisik, mental, emosional, dan sosial, yang menggambarkan kesejahteraan individu.
-

M

- Metode Konvensional : Pendekatan tradisional atau umum yang digunakan dalam pengobatan, seperti penggunaan obat analgesik atau antispasmodik untuk mengatasi nyeri.
-

N

- NLP (Neuro Linguistic Programming) : Pendekatan psikologis yang mempelajari hubungan antara pola pikir (neuro), bahasa (linguistic), dan perilaku (programming) untuk mencapai tujuan tertentu atau mengatasi masalah.
- Nyeri Kronis : Nyeri yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan, sering kali tidak langsung berkaitan dengan cedera atau penyakit yang sedang aktif.
-

T

- Teknik Visualisasi Positif : Metode dalam NLP yang melibatkan penciptaan gambaran mental positif untuk membantu seseorang mencapai keadaan emosional atau fisik yang diinginkan.
- Terapi Alternatif : Pendekatan pengobatan yang berbeda dari metode medis konvensional, sering kali berfokus pada penyembuhan holistik dan non-invasif.
-

W

- WHO (World Health Organization) : Organisasi Kesehatan Dunia yang merupakan badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang bertugas mengatur dan mengoordinasikan isu-isu kesehatan global.
-

BAB 4

EFIKASI DIRI DALAM PENGGUNAAN METODE KONTRASEPSI JANGKA PANJANG (MKJP)

Dewi Nawang Sari

A. Pendahuluan

Banyak faktor yang mempengaruhi peran pasangan usia subur dalam menggunakan kontrasepsi, perilaku kesehatan yang masih rendah dianggap sebagai salah satu faktor penyebab rendahnya penggunaan kontrasepsi. Perencanaan kehamilan sangat penting dan harus dilakukan karena kehamilan bukanlah suatu hal yang dapat dijalani dengan mudah oleh setiap pasangan suami istri, yang harus dipersiapkan cukup banyak baik secara fisik, mental dan juga finansial. Tidak direncanakannya kehamilan dengan baik berdampak buruk bagi kehidupan ibu dan bayinya. Saat melakukan persiapan kehamilan banyak yang harus dipertimbangkan terutama mengenai risiko dan manfaat Kesehatan ibu hamil Bersama dengan keadaan lainnya seperti usia, kesuburan, akses ke layanan Kesehatan, dukungan pengasuhan anak, keadaan sosial dan ekonomi dan keinginan pribadi dalam membuat pilihan untuk waktu kehamilan berikutnya. Hal ini dapat menghidandarkan ibu hamil dari komplikasi yang mungkin saja bisa terjadi selama masa kehamilan. Selain itu jarak antar kehamilan perlu diatur agar Kesehatan dan kesejahteraan ibu, bayi dan keluarga dapat terjaga.

WHO merekomendasikan jarak yang dianjurkan untuk kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan. Dasar dari rekomendasi tersebut agar dapat membantu mengurangi risiko yang merugikan bagi ibu, bayi dan keluarga. Selain itu, Jarak yang direkomendasikan ini dianggap konsisten dengan rekomendasi WHO / UNICEF untuk menyusui setidaknya selama dua tahun, dan juga dianggap mudah digunakan dalam program: "dua tahun". WHO juga merekomendasikan untuk kehamilan berikutnya setelah keguguran adalah minimal enam bulan untuk mengurangi risiko yang merugikan pada ibu dan perinatal.

Keluarga Berencana dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk

mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak, dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat, dan obat kontrasepsi. Kebijakan keluarga berencana dilaksanakan untuk membantu calon atau pasangan suami istri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak reproduksi secara bertanggung jawab tentang: (1) Usia ideal perkawinan; (2) Usia ideal untuk melahirkan; (3) Jumlah ideal anak; (4) Jarak ideal kelahiran anak; dan (5) Penyuluhan kesehatan reproduksi

B. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan kebijakan keluarga berencana berdasarkan Undang Undang Nomor 52 tahun 2009, meliputi:

1. Mengatur kehamilan yang diinginkan.
2. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak; 3. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
3. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan laki-laki dalam praktek keluarga berencana.
4. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan laki-laki dalam praktek keluarga berencana.
5. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

dengan demikian, tujuan reproduksi yang direkomendasikan antara lain:

1. Menunda kehamilan pada pasangan muda, ibu yang belum berusia 20 (dua puluh) tahun, atau klien yang memiliki masalah kesehatan.
2. Mengatur jarak kehamilan pada klien yang berusia antara 20 (dua puluh) sampai 35 (tiga puluh lima) tahun.
3. Pada klien yang berusia lebih dari 35 (tiga puluh lima) tahun diharapkan tidak hamil lagi.
4. Mengatur jumlah anak yaitu klien yang telah menikah anak > 2, diharapkan tidak hamil lagi (Kemenkes RI, 2021).

C. Permasalahan Keluarga Berencana

Masalah kependudukan dan Keluarga Berencana (KB) di Indonesia kian hari bukan semakin sederhana namun justru semakin rumit. permasalahan kependudukan dan KB di negara kita sudah sedemikian kompleks dan telah menjadi

isu nasional yang harus dicarikan solusinya. Berikut ini 6 (enam) isu kependudukan dan KB yang dimaksud:

1. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM).

Sekitar 30% SDM yang ada di Indonesia memiliki kualitas di bawah standar. Ketidaksiapan pasangan saat menikah menimbulkan banyak risiko kesehatan terhadap ibu dan bayi yang dilahirkan. Ketidaksiapan ini menurunkan kemampuan pasangan muda untuk menghasilkan generasi baru yang berkualitas.

2. Menikah Usia Muda.

Satu dari sembilan anak perempuan berusia 20-24 tahun sudah menikah sebelum mencapai usia 18 tahun. Saat ini, ada 1,2 juta kasus perkawinan anak yang menempatkan Indonesia di urutan ke-8 di dunia dari segi angka perkawinan anak secara global. Banyak di antara mereka tidak paham tentang masalah bagaimana mengatur jarak aman kelahiran agar anak bisa lahir dengan sehat dan tidak stunting (gagal tumbuh).

3. Melahirkan Usia Muda.

Setiap tahunnya, banyak sekali bayi yang dilahirkan oleh orang-orang yang masih berusia sekitar 15 hingga 19 tahun. Jumlahnya mencapai setengah juta orang. Bayi-bayi yang lahir dari ibu yang masih sangat muda itu berpotensi lahir dengan ukuran di bawah standar sekitar 10% dan prematur (sebelum waktunya) mencapai 20%. Sementara, kita semua telah memahami bahwa perempuan sebaiknya jangan menikah di bawah usia 21 tahun adalah karena organ reproduksi belum siap, bisa menyebabkan hamil tak sehat, mengalami pendarahan, serta kanker mulut rahim setelah berhubungan.

4. Minim Pengetahuan dan Edukasi Tumbuh Kembang Anak.

Hingga saat ini kesadaran untuk mempersiapkan 1.000 hari pertama kehidupan bayi belum sesuai harapan. Sementara, kecukupan asupan nutrisi dan gizi pada rentang usia tersebut menjadi kunci agar bayi yang dilahirkan menjadi generasi baru yang unggul dan berkualitas. Anak yang tidak cukup mendapatkan asupan gizi dan nutrisi bisa mengalami gizi buruk dan memicu stunting.

5. Kurangnya Perencanaan Keluarga.

Remaja saat ini perlu diajak memahami pentingnya lima tahapan kehidupan yakni, melaksanakan pola hidup sehat dengan makan-makanan bergizi, meraih cita-cita melalui pendidikan yang baik, memiliki karir atau pekerjaan baik laki-laki maupun perempuan, menjadi anggota masyarakat, dan berkeluarga. Ini menjadi jalan mempersiapkan remaja agar siap menjadi orangtua pada waktunya. Ada delapan fungsi keluarga yang semuanya dapat tercakup ke dalam prinsip asah,

asih, dan asuh demi mewujudkan ketahanan keluarga. Keluarga harus asah, yakni, mengasah kemampuan sosialisasi, menerapkan nilai agama dan juga kepekaan lingkungan; asih yakni fungsi cinta kasih dan reproduksi; asuh yakni fungsi ekonomi dan perlindungan. Sehingga dapat menciptakan keluarga berkualitas dengan ukuran tiga dimensi yakni tenteram, mandiri dan Bahagia.

6. Ledakan Kelahiran Pasca Pandemi.

Dengan laju pertumbuhan 1,25% saat ini, penduduk bertambah 3,2 juta orang setiap tahun. Pertambahan jumlah penduduk itu sebanyak satu negara Singapura. Salah satu cara meredamnya ialah dengan menggelorakan kembali program Bangga Kencana. Di mana-mana perlu dibangun Kampung KB. Namun program Bangga Kencana terancam gagal selama masa pandemi Covid-19. Diketahui, ada 17,5% angka kehamilan yang belum atau tidak dikehendaki jika dibandingkan dengan kondisi sebelum pandemi. Untuk itu, patut diantisipasi adanya ledakan kelahiran anak yang bisa membuat penambahan jumlah penduduk Indonesia sembilan bulan mendatang melebihi 3,2 juta jiwa

Dalam hal pelaksanaan kebijakan pelayanan KB masih belum dilakukan dengan optimal, hal ini terlihat dari masih ditemukannya beberapa permasalahan dalam pelayanan KB antara lain:

1. Angka Kelahiran Total / *Total Fertility Rate* (Rata-rata banyaknya anak yang dilahirkan hidup oleh seorang perempuan selama masa reproduksinya) masih tinggi. TFR saat ini berada di 2,4 (SDKI 2017) dan 2,45 (SKAP 2019) masih jauh dari target tahun 2024 yaitu sebesar 2,1 %.
2. *Age Specific Fertility Rate* (ASFR) perempuan usia 15-19 tahun masih tinggi, dimana hanya mengalami penurunan dari 48 (2012) menjadi 36 (2017) sementara target yang harus dicapai pada tahun 2024 adalah 14, sehingga masih perlu dilakukan upaya-upaya pencegahan kehamilan di usia dini mengingat 4T merupakan salah satu risiko terjadinya kematian ibu.
3. Pasangan usia subur yang tidak ingin punya anak lagi atau yang ingin menjarangkan kelahiran, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (*Unmet Need*) masih tinggi. Dari data tren penurunannya justru stagnan di angka 11% dalam 10 tahun terakhir. Sementara target sebesar 7,4% pada tahun 2024.
4. Pencapaian persentase cakupan peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (*Contraceptive Prevalence Rate /CPR*) belum sesuai harapan.
5. Selain itu cakupan *Modern Contraceptive Prevalence Rate* (mCPR) juga mengalami penurunan. Berdasarkan data SDKI 2017 masih sebesar 57,2, dan pada

- tahun 2019 menurun berdasarkan data Susenas 2019 yaitu sebesar 54,55%, sementara target tahun 2024 adalah 63,4%.
6. Kesertaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) rendah. Prevalensi Pemakaian MKJP menurut data baseline SDKI tahun 2012, sebesar 18,3%. Jika dilihat dari hasil Survey capaian tahun 2016 sudah meningkat menjadi 21,6% dan menurun pada tahun 2019 menjadi 21,39 (Susenas). Sementara target RPJMN tahun 2024 sebesar 28,39 %.
 7. Tingkat kelangsungan pemakaian kontrasepsi menurun yang ditunjukkan dengan peningkatan dari 21 pada SDKI tahun 2002 meningkat menjadi 26 (tahun 2007), 27 (tahun 2012) dan 29 (tahun 2017). Sementara target RPJMN adalah 20 pada tahun 2024.
 8. Berdasarkan *Method Information Index* (MII) Indonesia (Laporan Family Planning 2020 (FP2020) tahun 2015-2017 persentase kualitas konseling KB adalah sebesar 30,4%. Dimana Indeks yang digunakan untuk mengukur kualitas konseling KB yang diterima klien, yang meliputi: Informasi tentang metode lain ber-KB di luar yang diketahui/dikehendaki klien (57,6%); Informasi tentang efek samping kontrasepsi (49,2), dan Informasi tentang hal yang perlu dilakukan jika mengalami efek samping kontrasepsi (36,8). Terlihat bahwa konseling belum dilakukan dengan optimal. Sehingga perlu dilakukan upaya untuk penguatan pelaksanaan konseling ini, termasuk teknis pelaksanaannya yang dapat lebih mudah dilaksanakan oleh petugas Kesehatan.
 9. Kualitas pelayanan KB masih belum optimal termasuk peran dokter umum dalam pelayanan kontrasepsi masih rendah
 10. Belum optimalnya pelaksanaan Pelayanan KB dalam era JKN. Karena masih ditemukan permasalahan terkait pembiayaan, khususnya terkait jasa pelayanan. Ada beberapa hal yang belum jelas sehingga pelayanan tersebut tidak masuk dalam pembiayaan JKN, tetapi tidak dapat juga dibiayai oleh program, sehingga pelaksanaan pelayanan tidak dapat dilakukan dengan optimal. a. Antara lain terkait pelayanan tubektomi interval yang tidak dapat dilakukan di Rumah Sakit, karena yang dapat dibiayai hanya yang mempunyai indikasi medis.
 11. Berdasarkan data SDKI 2017, Pemakaian alat/cara KB Modern diantara perempuan kawin lebih tinggi pada yang tinggal di perdesaan (59%) dibandingkan yang tinggal diperkotaan (55%), dan pemakaian alat/cara KB modern diantara perempuan kawin tertinggi pada perempuan yang tamat SD (64%). Angka ini terus menurun sejalan dengan meningkatnya pendidikan.
 12. Berdasarkan data SDKI 2017, Meskipun hanya sedikit disparitas berdasarkan kuintil kekayaan dan tempat tinggal, terdapat disparitas berdasarkan pendidikan, yaitu penggunaan kontrasepsi di antara perempuan yang tidak berpendidikan

hampir 2 kali lebih rendah dibandingkan dengan yang mengenyam pendidikan dasar yang prevalensinya paling tinggi.

13. Berdasarkan data SDKI 2017, Ada juga disparitas yang cukup besar menurut provinsi, dengan prevalensi kontrasepsi di Papua dan Papua Barat paling rendah (35%) dibandingkan dengan provinsi dengan prevalensi tertinggi di Kalimantan Tengah (69%).
14. Masih adanya kepercayaan masyarakat atau mitos terkait KB seperti KB dilarang agama, banyak anak banyak rezeki dan juga informasi lain yang salah di Masyarakat.
15. Belum optimalnya koordinasi lintas sektor dalam hal pelayanan KB.

Dari data ini terlihat belum optimalnya cakupan program keluarga berencana. Sehubungan dengan hal tersebut perlu dilakukan upaya yang lebih intensif lagi untuk mengatasi permasalahan yang ada sehingga dapat mencapai target-target program yang diharapkan

D. Upaya Meningkatkan Efikasi Diri

Dalam kehidupan sehari-hari setiap orang membuat keputusan untuk mencoba berbagai tindakan dan seberapa lama menghadapi kesulitan. Efikasi diri menyebabkan keterlibatan kegiatan secara aktif dan memotivasi perkembangan kompetensi. Sebaliknya efikasi diri mengarahkan seseorang untuk menghindari lingkungan dan kegiatan, memperlambat perkembangan potensi dan melindungi persepsi diri negatif dari perubahan yang membangun.

Efikasi diri dikembangkan oleh Albert Bandura sebagai teori sosial kognitif pada tahun 1977. Efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan yang menentukan bagaimana seseorang berfikir, memotivasi dirinya dan bagaimana akhirnya memutuskan untuk melakukan sebuah perilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Dimensi efikasi diri ada 3 menurut Bandura yaitu magnitude, generality dan strength. Efikasi diri membantu seseorang untuk menentukan pilihan dan mempunyai komitmen dalam mempertahankan tindakan yang dipilihnya.

Efikasi diri berkembang secara teratur. Perkembangan efikasi diri seseorang dimulai dari masa bayi, dewasa, dan masa tua. Setiap masa dari perkembangan efikasi diri seseorang dibentuk dan dipengaruhi oleh faktor yang berbeda di sekeliling lingkungannya

Jika seseorang mengalami keberhasilan atau melihat orang lain berhasil, berada dalam suasana hati yang baik, tidak cemas ketika berhadapan dengan tugas tertentu maka akan semakin meningkatkan keyakinannya bahwa ia mampu berhasil dalam bidang tugas tersebut (generality) dengan tingkat kesulitan tertentu

(magnitude), sehingga ia semakin mantap (strength) dalam mengarahkan perilaku dan kemampuannya untuk tetap fokus dan tekun sampai berhasil. Indikasi seperti inilah seseorang dikatakan memiliki self-efficacy bahkan sebaliknya self-efficacy rendah akan menghindari semua tugas dan menyerah dengan mudah ketika masalah muncul.

Keyakinan diri atau sering disebut efikasi diri sangatlah penting dan dibutuhkan oleh setiap manusia untuk mengarahkan individu dalam melakukan tindakan, berusaha dan ulet dalam melaksanakan tugas dan menyelesaikan masalah. Perlu adanya penanaman perilaku mengurangi atau menghilangkan dalam mengulur-ulur/menunda mengerjakan tugas dan menyelesaikan masalah agar terbentuk efikasi diri.

Harus ada kemauan dalam diri setiap individu untuk memenuhi tujuan hidupnya, pastinya dengan berusaha semaksimal atas keyakinan akan kemampuannya (efikasi diri). Efikasi diri akan sangat membantu seseorang dalam usaha setiap aktivitas yang dilakukannya, gigih dan giat dalam menghadapi rintangan, serta sabar dan tabah pada saat berada di situasi yang tidak mengengankan dan menguntungkan

E. Efikasi Diri dalam Penggunaan Metode Kontrasepsi MKJP

Self efficacy merupakan keyakinan seseorang dalam kemampuannya terhadap perilaku untuk menyelesaikan permasalahan tugas yang harus dipenuhi guna mencapai suatu tujuan atau keberhasilan. Semakin tinggi self efficacy maka wanita usia subur akan memilih menggunakan kontrasepsi MKJP. Peranan self efficacy terhadap seseorang berhubungan dengan perilaku dan akan memberikan hasil dari perilaku tersebut yaitu penggunaan kontrasepsi. Dengan self efficacy tinggi, seseorang menjadi lebih percaya diri dengan kemampuan diri dalam melakukan perubahan perilaku ke arah positif.

Persepsi terhadap self efficacy sendiri akan menentukan seseorang dalam berfikir dan berperilaku. Self efficacy yang tinggi akan membuat WUS risiko tinggi akan berusaha dengan gigih untuk menggunakan MKJP walaupun pada lingkungan sosialnya masih jarang yang menggunakan metode tersebut. Self efficacy yang rendah pada WUS risiko tinggi akan mempengaruhi pola pikir dan emosi sehingga pilihan untuk penggunaan non MKJP didasari pada rasa khawatir akan adanya mitos-mitos yang belum tentu kebenarannya jika memilih menggunakan metode implan, IUD atau bahkan menggunakan metode permanen.

Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara riwayat kontrasepsi sebelumnya dengan efikasi diri sedangkan umur, tingkat pendidikan, pekerjaan dan jumlah anak tidak memiliki hubungan dengan efikasi diri. Hal tersebut

disebabkan karena pengalaman masa lalu sebagai pengguna kontrasepsi MKJP menyebabkan akseptor akan menggunakan kontrasepsi yang sama di masa mendatang sehingga tidak mudah untuk beralih ke kontrasepsi jenis lain. paritas sebanyak 0 -2 orang anak (68,3%). Perubahan efikasi diri tentang penggunaan kontrasepsi juga bisa berasal dari keadaan fisik dan emosi dari akseptor sendiri. Kondisi fisik dan emosional, dimana seorang akseptor akan memiliki efikasi diri rendah apabila mengalami kesemasan akan efek samping dalam memilih kontrasepsi akan efek samping dan enggan untuk bertanya ke petugas kesehatan. Selain itu beberapa faktor risiko pada akseptor ada beberapa penyakit non obstetrik yang bisa mempengaruhi kesehatan fisik, sehingga menyebabkan efikasi diri yang rendah.

F. Penutup

Pembahasan mengenai efikasi diri dalam penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) telah memberikan wawasan yang mendalam tentang pentingnya pemberdayaan individu dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat. Efikasi diri berperan signifikan dalam memengaruhi pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi, khususnya dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan jangka panjang. Dengan meningkatkan efikasi diri, diharapkan masyarakat dapat lebih percaya diri dalam mengambil keputusan yang informasional dan bertanggung jawab terkait kesehatan reproduksi mereka

Referensi

- Adelya Salsabila Putri , Esti Yunitasari, A.S.W. (2023) 'Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Kontrasepsi Berbasis Teori Health Belief Model', 4(September), pp. 566–573.
- Alwisol (2004) *Psikologi kepribadian*. Malang: UMM Press.
- Endang Purwo Astuti (2014) *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. 1st edn. Yogyakarta.
- Hakim, L. (2021) 'Penguatan Efikasi Diri Pada Pribadi Introvert', *Jurnal Konseling Pendidikan Islam*, 2(1), pp. 203–216. Available at: <https://doi.org/10.32806/jkpi.v2i1.38>.
- Hambali, H. (2013) 'Moralitas: Perspektif Konsep, Teoritis Dan Filosofis', *Jurnal PPKn dan Hukum*, 8(1), pp. 46–73.
- Jess, F., & Gregory, J.. (2008) *Theories of Personality*. Edisi ke 6. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kemendes RI (2021) *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta.
- Lina Arifah dkk (2019) *Menanamkan Efikasi diri dan Kestabilan EMosi*. Jombang: LPPM UNHAS Y Tebuireng Jombang.
- Lukiastuti, F. (2021) 'Pengaruh Self Efficacy dan Motivasi terhadap Prestasi Kerja Penyuluh Keluarga Berencana di Kabupaten Temanggung dengan Kepuasan Kerja sebagai Variabel Intervening', 19(2), pp. 1–14.
- Maulana, F. (2018) *Kontribusi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam Meningkatkan Informasi Keluarga Berencana (KB) di Kota Banda Aceh*.
- Reid, A. (2014) *Asia Tenggara dalam Kurun Niaga 1450-1680*. Jakarta.
- Rohmaniah, F.A. and Sunarno, R.D. (2022) 'Efikasi Diri Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 13(1), p. 164. Available at: <https://doi.org/10.26751/jikk.v13i1.1305>.
- Roswandi, D.A. (2022) *Pengaruh Job Involvement, Efikasi Diri, Dan Kepuasan Kerja Terhadap Komitmen Organisasi Penyuluh Keluarga Berencana Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Barat*.
- Rustika, I.M. (2016) 'Efikasi Diri: Tinjauan Teori Albert Bandura', *Buletin Psikologi*, 20(1–

2), pp. 18–25. Available at: <https://doi.org/10.22146/bpsi.11945>.

Glosarium

J

JKN : adalah Jaminan Kesehatan Nasional

K

KB : adalah Keluarga Berencana

M

MKJP : adalah Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

MII : adalah Method Information Index

P

PUS : adalah Pasangan Usia Subur

S

SDKI : adalah Survei Demografi Kesehatan Indonesia

U

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

W

WHO : adalah World Health Organization

WUS : adalah Wanita Usia Subur

BAB 5

KONSUMSI MAKANAN SIAP SAJI (FAST FOOD) SEBAGAI SALAH SATU FAKTOR RISIKO TERJADINYA DISMENORE PADA REMAJA

Umi Aniroh

A. Pendahuluan

Masa remaja adalah peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa, dimana pada tahap ini remaja akan mengalami fase puncak pertumbuhan (*growth spurt*) yang merupakan masa pertumbuhan kedua tercepat setelah masa bayi. Pertumbuhan dan perkembangan yang pesat ini meliputi segi fisik, kognitif, emosional dan sosial, termasuk di dalamnya mengalami perubahan hormonal yang berkaitan dengan kematangan organ-organ reproduksi sebagai ciri memasuki masa pubertas. Salah satu tanda seorang remaja perempuan memasuki masa pubertas adalah mengalami menstruasi. Menstruasi merupakan keluarnya lapisan dinding endometrium yang menyertai ovum yang tidak dibuahi dari saluran reproduksi berupa cairan yaitu darah.

Salah satu gangguan kesehatan reproduksi yang terkait dengan menstruasi adalah *dismenore*. Dismenore ini menyebabkan kram di perut bagian bawah yang sering disertai dengan gejala lain, seperti berkeringat, sakit kepala, mual, muntah, diare, dan gemetar. Rasa nyeri mulai timbul sesaat sebelum atau selama menstruasi. Mekanisme timbulnya dismenore belum diketahui secara pasti (idiopatik), tetapi diduga karena hipersekresi prostaglandin dan leukotrien, serta peningkatan kontraktilitas pada uterus. Dismenore dapat dibagi menjadi tipe primer dan sekunder. Sebagian besar remaja mengalami dismenore primer, tanpa penyebab patologis, berbeda dengan dismenore sekunder yang dapat disebabkan oleh endometriosis, mioma atau infeksi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya dismenore pada remaja salah satunya adalah konsumsi makanan siap saji (*fast food*).

B. Remaja dan Perkembangannya

Menurut World Health Organization (WHO), yang termasuk dalam kelompok remaja adalah mereka yang berusia 10-19 tahun, dan secara demografis kelompok

remaja tersebut dibagi menjadi kelompok usia 10-14 tahun dan kelompok usia 15-19 tahun (Handoko, 2020).

Dalam rentang perkembangan remaja dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu *early*, *middle* dan *late*. Tahap awal (*early*) perkembangan remaja ditandai dengan pertumbuhan yang cepat. Pada fase ini akan terjadi perubahan pada area tubuh tertentu yang disebut dengan pubertas, yaitu proses yang mengarah kepada kematangan seksual atau fertilisasi dan kemampuan untuk bereproduksi (Thahir, 2018). Merupakan hal yang normal apabila remaja perempuan lebih cepat mengalami perubahan fisik jika dibandingkan dengan remaja laki-laki pada masa awal tersebut (usia 10 hingga 13 tahun).

Terdapat kecenderungan terjadi perkembangan psikologis pada masa ini yaitu remaja akan cenderung egois dan selalu merasa benar apa pun yang menjadi pemikirannya serta cenderung ingin melakukan hal apa pun sendiri tanpa perlu dampingan orangtua.

Fase selanjutnya adalah *Middle* (umur 14 hingga 17 tahun), perkembangan anak remaja semakin terlihat seperti suara yang berubah jadi berat pada laki-laki, timbulnya jerawat, sampai bertambahnya tinggi badan. Sementara untuk remaja perempuan perubahan fisik yang muncul umumnya sudah sangat matang ditambah dengan siklus menstruasi yang semakin teratur. Pada masa ini, remaja sudah mulai tertarik dengan hubungan romantis pada lawan jenis, akan lebih banyak perdebatan dengan orangtua yang terjadi karena anak ingin belajar mandiri dan bahkan mulai menunjukkan kenakalan remaja, remaja akan lebih suka menghabiskan waktu bersama teman sebaya dan cenderung impulsif atau bertindak tanpa berpikir matang-matang.

Fase terakhir adalah *Late* (umur 18 tahun ke atas), dimana pada fase ini, tumbuh kembang remaja bisa dikatakan sudah mencapai batas maksimal. Jika pada fase sebelumnya anak cenderung impulsif, pada masa ini sikap tersebut sudah lebih terkendali meski belum sepenuhnya hilang. Remaja mulai memikirkan hukum sebab-akibat dari sikap yang diambilnya sehingga remaja cenderung lebih bijak dalam mengambil keputusan. Selain itu, hal lain yang terlihat di perkembangan remaja pada fase ini adalah sudah lebih fokus terhadap cita-cita atau apa yang ingin dilakukannya kelak. Jika fase sebelumnya remaja terlihat ingin melakukan semuanya sendiri tanpa peduli pendapat orangtua, pada fase *Late* ini yang terjadi justru sebaliknya, remaja cenderung meminta pendapat orang tua tentang langkah yang akan diambilnya, terutama untuk hal-hal yang berkaitan dengan cita-cita.

C. Dismenore

Menstruasi (haid) merupakan kejadian fisiologis yang dialami oleh semua perempuan pada fase remaja. Menstruasi bisa terjadi karena adanya deskuamasi endometrium yang tidak dibuahi oleh sel sperma. Setiap perempuan mempunyai pengalaman proses menstruasi yang bervariasi, akan tetapi banyak perempuan menghadapi menstruasi yang disertai dengan adanya keluhan yang menyebabkan rasa tidak nyaman seperti dismenore (Mouliza, 2020). Dismenore merupakan nyeri pada daerah panggul akibat produksi zat prostaglandin yang menyebabkan otot rahim yang berkontraksi lebih kuat pada saat menstruasi (Proverawati, 2015).

Berdasarkan patofisiologinya, dismenore dibagi menjadi primer dan sekunder. Dismenore primer adalah nyeri saat menstruasi tanpa adanya kondisi patologik pelvis, sedangkan dismenore sekunder adalah nyeri saat menstruasi yang berkaitan dengan kondisi patologik pelvis yang mendasari. Penyebab dismenore sekunder yang sering dijumpai meliputi endometriosis, mioma uteri, adenomiosis, polip endometrium, penyakit radang panggul, dan penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) (Nagy, 2023, ACOG, 2018).

Dismenore primer didefinisikan sebagai nyeri selama siklus menstruasi yang tidak dapat diidentifikasi penyebabnya (Rowe, 2020). Dismenore merupakan keluhan ginekologis yang umum dikeluhkan oleh remaja dan perempuan dewasa muda dan penyebab utama ketidakhadiran sekolah atau kerja jangka pendek yang berulang (Sanfilippo, 2008).

Dismenore primer adalah adanya sensasi kram di perut bagian bawah yang sering disertai dengan gejala lain, seperti berkeringat, sakit kepala, mual, muntah, diare, dan gemetar. Semua gejala ini terjadi tepat sebelum atau selama menstruasi pada wanita dengan anatomi panggul normal. Pada remaja, prevalensi dismenore primer bervariasi antara 16% dan 93%, dengan nyeri hebat dirasakan pada 2% hingga 29% dari remaja yang diteliti. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa nyeri haid yang parah dikaitkan dengan ketidakhadiran di sekolah atau tempat kerja dan keterbatasan aktivitas harian lainnya. Sepertiga hingga setengah dari wanita dengan dismenore primer tidak masuk sekolah atau tempat kerja setidaknya sekali per siklus, dan lebih sering terjadi pada 5% hingga 14% dari mereka. Banyak faktor risiko yang dikaitkan dengan meningkatnya keparahan dismenore termasuk usia menarche yang lebih dini, periode menstruasi yang panjang, aliran menstruasi yang deras, merokok, dan riwayat keluarga yang menderita dismenore (De Sanctis, 2015).

Prevalensi dismenore cukup tinggi. Hampir 90% dari remaja wanita di seluruh dunia mengalami masalah saat mengalami menstruasi dan lebih dari 50% dari wanita haid mengalami dismenore primer dengan 10-20% dari mereka mengalami

gejala yang cukup parah (Bernardi,2017). Di Indonesia angka kejadian dismenore sebanyak 54,89%. Dismenore terjadi pada remaja putri dengan prevalensi 43 % sampai 93%, dimana sekitar 74-80% remaja mengalami dismenore ringan(Nurwana et al., 2017). Sekitar 30% wanita muda yang berusia 12-25 melaporkan mengalami nyeri haid yang parah, yang sering dikaitkan dengan gejala seperti nyeri punggung, mual, kelelahan, sakit kepala, dan diare. Bagi banyak wanita muda, rasa sakit mengganggu kehidupan dan hobi mereka sehari-hari, dan menyebabkan absen dari sekolah. Mereka yang sakit parah melaporkan gangguan tertinggi dalam kehidupan sehari-hari (Eldestrand et al.,2022).

Beberapa penelitian di Indonesia melaporkan prevalensi dismenore yang bervariasi, yaitu di Yogyakarta sebesar 68,8% (Gustina,2017) di Jakarta Pusat sebesar 87,5% (Juniar,2015) dan di Bandung sebesar 54,5% (Maryam,2016). Prevalensi dismenore terbukti cukup tinggi, meskipun berbagai penelitian menggunakan populasi dan kriteria yang berbeda(Ryan,2017). Pada remaja perempuan, prevalensi dismenore primer lebih tinggi dibandingkan prevalensi dismenore sekunder (Burnett,2017).

Sebuah kajian sistematis melaporkan sejumlah faktor risiko yang berhubungan dengan timbulnya dismenore antara lain: perdarahan menstruasi yang banyak (OR 4,7); adanya gejala pramenstruasi (OR 2,4); siklus menstruasi irreguler (OR 2,0); usia kurang dari 30 tahun (OR 1,9); klinis mengarah ke *pelvic inflammatory disease* (PID) (OR 1,6); pelecehan seksual (OR 1,6); menarche sebelum usia 12 tahun (OR 1,5); indeks massa tubuh rendah (OR 1,4); dan sterilisasi (OR 1,4). Laporan tersebut juga menyatakan sejumlah faktor yang berhubungan dengan kurangnya risiko dismenore meliputi: penggunaan kontrasepsi (OR 0,7); asupan omega 3 dari ikan (OR 0,3); aktivitas fisik (OR 0,9); menikah atau dalam hubungan yang stabil (OR 0,9); dan multiparitas (OR 0,4) (Anggraini et al., 2022).

Pada dismenore primer, terdapat peningkatan sekresi prostanoïd yang menimbulkan kontraksi dan iskemia uterus dan merupakan etiologi utama dismenore primer yang didukung oleh fakta berikut: (a) adanya persamaan yang menonjol antara gejala klinis dismenore primer dan kontraksi uterus pada persalinan serta abortus yang diinduksi prostaglandin; (b) jumlah prostanoïd pada perempuan dismenore primer lebih tinggi dibandingkan perempuan eumenore; dan (c) uji klinis menunjukkan efikasi cyclooxygenase (COX) inhibitor untuk mengurangi nyeri melalui penekanan prostaglandin(Dawood,2006). Prostaglandin merupakan substansi intrasel disintesis dari asam arakhidonat yang berasal dari fosfolipid membran sel. Asam arakhidonat berasal dari hidrolisis fosfolipid oleh enzim lisosom fosfolipase A2. Stabilitas aktivitas lisosom dipengaruhi oleh sejumlah faktor

terutama kadar progesteron; kadar progesteron rendah akan mengganggu kestabilan aktivitas lisosom. Penurunan progesteron akibat regresi korpus luteum pada fase luteal siklus menstruasi menyebabkan gangguan stabilitas lisosom, pelepasan fosfolipase A2, mulainya aliran menstruasi, dan hidrolisis fosfolipid membran sel menjadi asam arakhidonat. Adanya asam arakhidonat bersamaan dengan destruksi intrasel dan trauma jaringan selama menstruasi merangsang produksi dua tipe prostaglandin yang berperan penting pada patofisiologi dismenore primer, yaitu PGF2 α dan PGE2 yang menyebabkan terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah uterus dan kontraksi miometrium. PGF2 α juga terbukti menurunkan ambang persepsi nyeri ujung saraf sensorik. Peningkatan kadar prostaglandin ini menyebabkan hiperkontraktilitas uterus yang selanjutnya menimbulkan hipoksia dan iskemia miometrium. Kontraksi uterus yang iskemik ini merupakan penyebab nyeri dismenore (Anggraini et al., 2022). Selain prostaglandin, peningkatan kadar vasopresin diduga dapat menimbulkan kontraksi uterus abnormal, selanjutnya menimbulkan hipoksia dan iskemia uterus. Keterlibatan vasopresin dalam patofisiologi dismenore dinilai masih menjadi kontroversi (Iacovides, 2015).

Terdapat serangkaian komponen yang bisa menimbulkan terjadinya dismenore primer adalah usia pertama kali mensturasi, lama mensturasi, keturunan keluarga (Amza et al., 2024), kebiasaan berolahraga, makanan cepat saji dan tingkat stress (Aisyaroh et al., 2022). Keadaan dismenore bisa bertambah untuk remaja putri yang tidak berolahraga karena oksigen tidak terkirim ke pembuluh darah pada sistem reproduksi sehingga terjadi vasokonstriksi. Periode menstruasi yang lebih lama dari biasanya, menyebabkan kontraksi rahim lebih lama. Lamanya menstruasi bisa disebabkan antara lain oleh beberapa faktor yaitu psikologis dan fisiologis, faktor psikologis biasanya akan berhubungan dengan tingkat emosi seorang remaja yang masih sangat mudah berubah saat menstruasi dan faktor fisiologis karena terjadinya kontraksi secara berlebihan (Mau et al., 2020).

Usia Menarche yang terjadi lebih awal kemungkinan organ reproduksinya masih belum bisa berfungsi secara optimal dan belum siap mendapatkan menstruasi yang terlalu dini akibatnya akan timbul nyeri saat mensturasi (Wrisnijati et al., 2019). Riwayat keluarga yang mengalami dismenore ada keterkaitan dengan terjadinya dismenore (Nuzula & Oktaviana, 2019).

Tingkat Stress yang dialami oleh remaja juga memiliki keterkaitan dengan terjadinya dismenore. Seorang remaja yang sedang stress mempunyai kesempatan sebanyak 4,694 kali lebih besar untuk mengalami dismenore berat di bandingkan seorang remaja yang tidak stress karena tubuh akan lebih banyak memproduksi hormon adrenalin sehingga bisa memicu nyeri saat mensturasi.

Terdapat keterkaitan status gizi terhadap kejadian dismenore ((Lail,2019),semakin banyak kadar lemak tubuh remaja perempuan maka bertambah banyak juga kelenjar skene yang terbentuk, dan peningkatan kadar kelenjar skene. Perempuan dengan indeks masa tubuh (IMT) kurang dari berat badan normal dan kelebihan berat badan (*overweight*) mempunyai peluang besar untuk menderita dismenore (Larasati & Alatasi,2016). Indeks masa tubuh selain mempengaruhi terjadinya dismenore, juga akan mempengaruhi siklus menstruasi pada remaja (Asmaa & Reda,2019)

Konsumsi makanan siap saji (*fast food*) secara berlebihan memicu nyeri saat (Hu et al.,2020). Remaja yang sering mengonsumsi makanan cepat saji bisa mengakibatkan bertambahnya kelenjar skene yang akan menyebabkan terjadinya dismenore.

D. Makanan Siap Saji (*Fast Food*)

Remaja memiliki kebutuhan nutrisi yang spesial dibandingkan kelompok umur lainnya. Hal ini karena pada saat remaja terjadi pertumbuhan yang pesat dan perubahan kematangan fisiologis sehubungan dengan masa pubertas. Remaja membutuhkan kebutuhan gizi yang berbeda apabila ditinjau dari sisi biologis maupun psikologis. Secara biologis, kebutuhan nutrisi remaja harus seimbang dengan aktivitasnya. Remaja membutuhkan lebih banyak protein, vitamin dan mineral dari setiap energi yang dikonsumsi dibandingkan dengan masa anak-anak. Sedangkan jika dipandang dari sisi psikologis, remaja tidak terlalu memperhatikan faktor kesehatan dalam menentukan pilihan konsumsi makanannya. Namun, remaja lebih memperhatikan faktor lain, seperti orang-orang sekitar, budaya hedonistik, dan lingkungan sosial yang sangat mempengaruhi. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan yang berubah juga akan mempengaruhi asupan gizi remaja. Kelompok usia remaja disibukkan dengan banyaknya aktivitas fisik. Oleh karena itu, kebutuhan kalori, protein, dan mikronutrien pada usia remaja perlu diperhatikan.

Makanan cepat saji oleh masyarakat juga dikenal dengan istilah *junk food*, yang diartikan sebagai makanan sampah atau makanan tidak bergizi. Istilah tersebut berarti menunjukkan makanan-makanan yang dianggap tidak memiliki nilai nutrisi bagi tubuh, karena umumnya memiliki kandungan lemak dan kalori yang tinggi, sehingga dapat merusak kesehatan seperti obesitas, diabetes, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, kanker, dan lain sebagainya(Rafiony et al., 2015).

Makanan cepat saji menjadi populer di kalangan remaja karena penyajian yang cepat, tersedia secara luas, mudah diperoleh, dan memiliki rasa yang enak. Faktor yang mempengaruhi perilaku konsumsi makanan cepat saji pada remaja yaitu

pengetahuan tentang gizi yang dapat mempengaruhi perilaku mengonsumsi makanan, pengaruh teman sebaya, kemudahan akses mendapatkan makanan cepat saji (Bipasha & Goon, 2014) yang dekat dengan sekolah, tempat yang nyaman, pelayanan yang cepat dan penyajian yang praktis juga mempengaruhi masyarakat untuk mengonsumsi makanan cepat saji, rasa yang enak (Pratiwi, 2018). Remaja yang mengonsumsi makanan cepat saji dengan asupan energi total yang tinggi memiliki risiko sebesar 2,27 kali lebih tinggi mengalami obesitas daripada remaja yang mengonsumsi asupan energi makanan cepat saji yang rendah. Makan makanan cepat saji yang terlalu sering tidak hanya menyebabkan obesitas. Namun, dari obesitas yang dialami oleh seseorang, maka akan meningkatkan faktor risiko seseorang untuk menderita penyakit degeneratif lainnya, seperti tekanan darah tinggi, diabetes, kanker, penyakit jantung, dan stroke (Pamelia, 2018).

E. Konsumsi Makanan Siap Saji (Fast Food) sebagai Salah Satu Faktor Risiko Terjadinya Dismenore pada Remaja

Frekuensi konsumsi makanan siap saji berkaitan dengan abnormalitas menstruasi dan dismenore pada remaja (Pramanik & Dhar(2014). Makanan siap saji memiliki kandungan gizi yang tidak seimbang yaitu kalori tinggi, tinggi lemak, tinggi gula, dan rendah serat. Kandungan asam lemak di dalam makanan cepat saji mengganggu metabolisme progesterone pada fase luteal dari siklus menstruasi. Akibatnya terjadi peningkatan kadar prostaglandin yang akan menyebabkan rasa nyeri dismenore.

Fast food mengandung asam lemak trans yang merupakan salah satu radikal bebas. Salah satu efek dari radikal bebas kerusakan membrane sel. Membran sel memiliki beberapa komponen, salah satunya adalah fosfolipid. Salah satu fungsi fosfolipid adalah sebagai penyedia asam arakidonat yang akan disintesis menjadi prostaglandin (Satyanarayana,2014). Prostaglandin berfungsi membantu rahim berkontraksi dan mengeluarkan lapisan rahim selama periode menstruasi. Jadi, terjadinya penumpukan prostaglandin dalam jumlah yang terlalu banyak tersebut akan menyebabkan terjadinya dismenore (Kusumawati & Aniroh,2020) .

F. Penutup

Remaja diharapkan dapat membuat keputusan untuk tidak mengonsumsi makanan siap saji secara berlebihan, selain tetap mempertimbangkan faktor-faktor lainnya yang berkontribusi pada terjadinya dismenore.

Referensi

- Aisyaroh, N., Hudaya, I., & Safitri, S. (2022). Faktor Yang Menyebabkan Dismenorea Pada Remaja. *Jurnal Health Sains*, 3(11), 1699–1707. <https://doi.org/10.46799/jhs.v3i11.677>
- Akbar Handoko, M. P. & A. M. R. (2020). *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Buku Ajar*.
- Amza, M., Findelee, S., Haj Hamoud, B., Sima, R. M., Poenaru, M. O., Popescu, M., & Pleş, L. (2024). Dysmenorrhea and Its Impact on Patients' Quality of Life—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 1–13. <https://doi.org/10.3390/jcm13195660>
- Anggraini, M. A., Lasiaprillianty, I. W., & Danianto, A. (2022). Diagnosis dan Tata Laksana Dismenore Primer. *Cermin Dunia Kedokteran*, 49(4), 201. <https://doi.org/10.55175/cdk.v49i4.1821>
- Asmaa Ghareeb Mohamed, Reda Mhmoud Hables. (2019). Menstrual Profile and Body Mass Index among Female University Students. *American Journal of Nursing Research*. 2019; 7(3):360-364. doi: 10.12691/ajnr-7-3-17.
- Bipasha, M. S., & Goon, S. (2014). Fast food preferences and food habits among students of private universities in Bangladesh. *South East Asia Journal of Public Health*, 3(1), 61–64. <https://doi.org/10.3329/seajph.v3i1.17713>
- Mouliza, N. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Dismenore Pada Remaja Putri di MTS Negeri 3 Medan Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 545. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.912>
- Nurwana, N., Sabilu, Y., & Fachlevy, A. F. (2017). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Disminorea Pada Remaja Putri Di Sma Negeri 8 Kendari Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*, 2(6), 1–14. <https://www.neliti.com/publications/185630/analisis-faktor-yang-berhubungan-dengan-kejadian-disminorea-pada-remaja-putri-di#cite>
- Pamelia, I. (2018). Perilaku Konsumsi Makanan Cepat Saji Pada Remaja Dan Dampaknya Bagi Kesehatan. *Ikesma*, 14(2), 144. <https://doi.org/10.19184/ikesma.v14i2.10459>
- Pramanik, P. & Dhar, A. (2014). Impact Of Fast Foods On Menstrual Health Of *School Going Adolescent Girls In West Bengal Eastern India*. Global Institute for Researce and Education. Vol 3 (1):61-66.
- Rafiony, A., Purba, M. B., & Pramantara, I. D. P. (2015). Konsumsi fast food dan soft drink sebagai faktor risiko obesitas pada remaja. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11(4),

170. <https://doi.org/10.22146/ijcn.23311>

Satyanarayana,U. (2014), Bibliographic & Subject Control,Pre-clinical Medicine: Basic Sciences, Biochemistry, Materials Science 4th edition, Made Simple

Kusumawati,I.& Aniroh,U. (2020). Konsumsi Makanan Siap Saji sebagai Faktor Dominan Terjadinya *Dismenore* pada Remaja. Journal of Holistics and Health Sciences Vol. 2, No.2 September 2020.68-77

Glosarium

A

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)	:	perangkat kontrasepsi berukuran kecil, sering berbentuk 'T', mengandung tembaga atau levonorgestrel, yang dimasukkan ke dalam rahim
Asam arakhidonat	:	Asam lemak tak jenuh ganda yang memiliki peran penting dalam berbagai fungsi fisiologis dan proses biologis di dalam tubuh

C

Cyclooxygenase (COX)	:	Enzim yang bertanggung jawab untuk pembentukan prostanoide
----------------------	---	--

D

Dismenore	:	Keluhan kram yang menyakitkan saat haid atau menstruasi
-----------	---	---

E

Endometriosis	:	Kondisi ketika jaringan selaput lendir rahim atau endometrium tumbuh di luar rahim
Eumenore	:	Siklus menstruasi yang teratur dengan interval perdarahan yang terjadi antara 21-35 hari

F

Fase Early	:	Tahap awal perkembangan remaja ditandai dengan pertumbuhan yang tergolong cepat pada usia 10-13 tahun
Fase Late	:	Tahap tumbuh kembang remaja sudah mencapai batas maksimal pada rentang usia 18-24 tahun
Fase Middle	:	Tahap lanjutan dari fase <i>early</i> pada rentang usia 14-17 tahun
<i>Fast food</i>	:	Makanan siap saji
Fertilisasi	:	Bergabungnya sperma dari pria dengan sel telur wanita untuk membentuk satu sel.
Fosfolipid	:	Turunan senyawa lipid yang memuat gugus ester fosfat dan memiliki dua lapisan, yaitu hidrofobik dan hidrofilik

G

Growth spurt : Lonjakan pertumbuhan yang berjalan maksimal dalam waktu cepat, biasanya terjadi di bulan-bulan awal setelah kelahiran

H

Hedonistik : Pola hidup yang bersifat mengarahkan aktivitasnya untuk mencari kesenangan hidup

Hipoksia : Kondisi rendahnya kadar oksigen di dalam sel-sel tubuh yang bisa menyebabkan berbagai keluhan dan komplikasi.

Hormon adrenalin : Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar adrenal saat merasa stres, takut, atau berada dalam situasi berbahaya

I

Idiopatik : Kondisi medis yang belum dapat terungkap jelas penyebabnya

Indeks masa tubuh (IMT) : Pengukuran yang digunakan untuk menentukan golongan berat badan sehat dan tidak sehat

Iskemia : Gangguan aliran darah ke jaringan atau organ tubuh yang bisa menyebabkan kerusakan vital

K

Kelenjar skene : Kelenjar yang terletak di kedua sisi uretra wanita yang menghasilkan cairan saat seorang wanita mengalami orgasme

Kontraktilitas : Kemampuan otot untuk memendek dan menghasilkan gaya tarik

L

Leukotrien : Famili mediator inflamasi eikosanoid yang diproduksi dalam sel darah putih oleh oksidasi asam arakidonat (AA) dan asam lemak esensial yaitu asam eikosapentanoat (EPA) oleh enzim 5-lipokigenase arakidonat

Lisosom : Sebuah organel dalam suatu sel yang memiliki bentuk bulat dengan diameter sekitar 0,25 sampai 0,5 um serta terikat membran yang dibagian dalamnya terdapat enzim hidrolitik yang berfungsi untuk mengontrol pencernaan dalam sel dengan berbagai keadaan

M

Menarche	:	Menstruasi pertama pada perempuan yang terjadi sebagai tanda memasuki masa pubertas
Menstruasi (haid)	:	Proses keluarnya darah yang terjadi secara periodik dan berkala akibat meluruhnya lapisan dinding rahim bagian dalam (endometrium) pada dinding uterus yang keluar melalui vagina berupa pembuluh darah, kelenjar-kelenjar dan sel-sel yang tidak terpakai karena tidak adanya pembuahan atau kehamilan.
Mikronutrien	:	Zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah sedikit, namun mempunyai peran yang sangat penting dalam pembentukan hormon, aktivitas enzim serta mengatur fungsi sistem imun dan sistem reproduksi
Mioma	:	Suatu pertumbuhan massa atau daging di dalam rahim atau di luar rahim yang tidak bersifat ganas

O

Obesitas	:	Kondisi yang menggambarkan seseorang memiliki badan berlebih, kegemukan dan mengandung banyak lemak pada tubuhnya.
<i>Overweight</i>	:	Kondisi yang ditandai dengan kelebihan berat badan atau di atas ideal

P

<i>Pelvic inflammatory disease (PID)</i>	:	Infeksi pada organ reproduksi wanita di area panggul, seperti rahim, serviks, ovarium, atau tuba fallopi
Progesterone	:	Hormon yang digunakan untuk mengatasi gangguan siklus menstruasi, ovulasi, dan menopause
Prostaglandin	:	Senyawa kimia yang memiliki sifat menyerupai hormon dan berperan dalam berbagai proses tubuh, seperti reproduksi, penyembuhan, dan kontraksi organ
Pubertas	:	Proses perubahan fisik saat tubuh anak berubah menjadi dewasa yang mampu melakukan reproduksi seksual

S

Saraf sensorik	:	Jenis sel saraf yang bertanggung jawab mengirimkan sinyal sensorik dari indera di tubuh ke sistem saraf pusat, yaitu otak dan sumsum tulang belakang
Siklus menstruasi	:	Rangkaian perubahan yang terjadi secara alamiah dan berulang pada sistem reproduksi perempuan, khususnya

indung telur (ovarium) dan rahim (uterus), yang memungkinkan terjadinya kehamilan

Stroke : Kondisi ketika pasokan darah ke otak terganggu karena penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah

V

Vasokonstriksi : Proses penyempitan lumen pembuluhdarah akibat Kontraksi otot polos.

Vasopresin : Obat untuk mengendalikan gejala diabetes insipidus

BAB 6

REMAJA

Della Erriani Akaputri

A. Pendahuluan

Masa remaja merupakan masa transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Pada masa ini terjadi beragam perubahan baik fisik, psikologis, kemampuan motorik, perkembangan berpikir, dan aspek-aspek lainnya. Misalnya pada perempuan terjadi perubahan mulai dari menstruasi, mulai tumbuh payudara, bulu-bulu diketiak dan di pubis, panggul melebar dan perubahan tubuh lainnya. Sedangkan pada laki-laki mulai tumbuh jakun, bulu diketiak dan penis, suara berubah dan perubahan fisik lainnya.

Menurut Sarwono (2006) remaja dapat dibagi dalam tiga tahapan juga, yaitu: Remaja awal usia 10-12 tahun, remaja madya usia 13-15 tahun dan remaja akhir usia 16-19 tahun. Pembagian remaja ini disertai dengan ciri-ciri yang melekat di setiap tahapannya. Badan Kesehatan Dunia atau WHO secara konsep telah memberikan pengertian pula terkait dengan konsep remaja dimana perkembangan remaja dibagi dalam tiga kriteria meliputi pembagian secara biologis, psikologis dan sosial ekonomi.

Perubahan ini terjadi begitu cepat dan terkadang tidak disadari baik perubahan fisik, psikologi, motorik perkembangan berpikir, perubahan fisik yang paling menonjol adalah perkembangan tanda-tanda seks sekunder, pacu tumbuh, jakun, suara laki-laki yang ngebas atau berat, serta perilaku dan hubungan sosial dimasyarakat. Dalam perubahan yang terjadi pada masa remaja dibutuhkan persiapan dan pendampingan agar setiap remaja dapat melewati fase perubahan atau transisi dengan baik tanpa adanya penyimpangan yang dilakukan dan dapat terlewati dengan baik, sehingga dapat menjadi remaja yang bertanggung jawab terhadap setiap pengambilan keputusan dan melakukan Tindakan dalam menjalani kehidupannya.

B. Pengertian Remaja

Remaja atau *adolesens* merupakan masa transisi dari kanak-kanak ke masa dewasa yang ditandai dengan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial. *World Health Organization* (WHO) mengatakan bahwa remaja merupakan populasi dengan periode usia 10-19 tahun. Sedangkan Kemenkes merumuskan remaja sebagai suatu periode kehidupan manusia yang mana terjadi pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, dan intelektual secara pesat. Memiliki ciri khas berupa rasa ingin tahu yang tinggi, cenderung berani mengambil risiko dari perbuatannya tanpa mempertimbangkan dengan matang dan menyukai hal-hal berbau petualangan.

Perserikatan Bangsa-Bangsa secara statistik menggunakan 3 istilah, yaitu *adolescent*, *youth*, dan *young people*. *Adolescent* (Remaja) yaitu periode usia antara 10 sampai 19 tahun yang merupakan kelanjutan perubahan fisik, kognitif, perilaku dan psikososial dan ditandai dengan peningkatan tingkat otonomi individu, tumbuhkan rasa identitas, harga diri dan kemandirian secara progresif menuju kedewasaan. Sementara itu istilah *youth* (Pemuda) yaitu remaja yang lebih dewasa yaitu berusia 15-24 tahun. *Young People* (kaum muda) yaitu usia 10-24 tahun yaitu perkembangan lebih lanjut dan pematangan individu selama periode di atas 18 tahun dan sebelum memasuki masa dewasa.

Tabel 6.1 Definisi Usia Remaja Berdasarkan Kelompok Umur

Istilah	Rentang Usia	Definisi PBB
<i>Children</i> (anak-anak)	0-18 Tahun	Konvensi Hak Anak
<i>Adolescent</i> (Remaja)	10-19 Tahun	UNFPA, WHO, UNICEF
<i>Very Young Adolescent</i> (Remaja sangat muda)	10-14 Tahun	UNFPA, UNICEF
<i>Youth</i> (Pemuda)	15-24 Tahun	UNFPA, WHO, UNICEF, UNESCO
<i>Young People</i> (Kaum Muda)	10-24 Tahun	UNFPA, WHO, UNICEF

Sumber: (UNFPA&Save The Children, 2009)

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Setiap remaja akan mengalami fase pubertas dimana terdapat perubahan biologis seperti perubahan fisik dan hormonal. Selain itu, remaja juga mengalami perubahan sosiological fenomena seperti perubahan perilaku, psikologis, perubahan peran dimasyarakat, dirumah dan lain sebagainya. Menurut UNICEF remaja mencakup usia 10-19 tahun yang dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu *early adolescent* (10-14 tahun) dan *late adolescent* (15-19 tahun).

Menurut Papalia dan Olds, masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluh tahun. Sedangkan Anna Freud, berpendapat bahwa pada masa remaja terjadi proses perkembangan meliputi perubahan-perubahan yang berhubungan dengan perkembangan psikoseksual, dan juga terjadi perubahan dalam hubungan dengan orangtua dan cita-cita mereka, di mana pembentukan cita-cita merupakan proses pembentukan orientasi masa depan.

WHO dalam sarwono, mengidentifikasikan tentang remaja secara konseptual yang ditemukan dalam tiga kriteria yaitu biologi, psikologi dan social ekonomi, sehingga secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut:

1. Remaja adalah suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekunder sampai saat ia mencapai kematangan seksual;
2. Remaja adalah suatu masa dimana individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi anak-anak menjadi dewasa
3. Remaja adalah suatu masa dimana terjadinya peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang pernah dialami yang bersangkutan kepada keadaan yang relative lebih mandiri.

C. Ciri-Ciri Remaja

Pada masa remaja terjadi peralihan dan perubahan yang sangat cepat, baik fisik maupun psikologis. Dimjati mengatakan ada beberapa perubahan yang terjadi selama masa remaja, yaitu;

1. Peningkatan emosional yang terjadi secara cepat pada masa remaja awal yang dikenal dengan masa stress. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik terutama hormone yang terjadi pada masa remaja. Dari segi kondisi sosial, peningkatan emosi ini merupakan tanda bahwa remaja berada

dalam kondisi baru yang berbeda dari sebelumnya. Pada masa ini banyak tuntutan dan tekanan pada remaja;

2. Perubahan yang cepat secara fisik yang juga disertai kematangan seksual. Perubahan fisik yang terjadi secara cepat, baik perubahan internal seperti system sirkulasi, pencernaan, dan system respirasi maupun perubahan eksternal seperti tinggi badan, berat badan dan proporsi tubuh sangat berpengaruh terhadap konsep diri remaja.
3. Perubahan dalam hal ini yang menarik bagi dirinya dan hubungan dengan orang lain.
4. Perubahan nilai, dimana apa yang mereka anggap penting pada masa kanak-kanak menjadi kurang penting karena sudah mendekati dewasa.
5. Kebanyakan remaa bersikap ambivalen dalam menghadapi perubahan yang terjadi. Di satu sisi mereka menginginkan kebebasan, tetapi disisi lain mereka takut akan tanggung menyertai kebebasan tersebut, serta meragukan kemampuas mereka sendiri untuk memikul tanggung jawab tersebut.

Menurut Gunarsa dan Mappiare, menjelaskan ciri-ciri remaja sebagai berikut:

1. Masa remaja awal. Biasanya duduk di bangku Sekolah Menengah Pertama, dengan ciri-ciri:
 - a. Tidak stabil keadaannya, lebih emosional
 - b. Mempunyai banyak masalah
 - c. Masa yang kritis
 - d. Mulai tertarik pada lawan jenis
 - e. Munculnya rasa kurang percaya diri
 - f. Suka mengembangkan pikiran baru, gelisah, suka berkhayal dan suka menyendiri
2. Masa Remaja Madya (pertengahan) Biasanya duduk dibangku Sekolah Menengah Atas (SMA), dengan ciri-ciri:
 - a. Sangat membutuhkan teman
 - b. Cenderung bersifat narsistik/kecintaan pada diri sendiri
 - c. Berada dalam kondisi keresahan dan kebingungan, karena pertentangan yang terjadi dalam diri
 - d. Berkenginan besar mencoba segala hal yang belum diketahuinya
 - e. Keinginan menjelajah ke alam sekitar yang lebih luas.
3. Masa Remaja Akhir, ditandai dengan ciri-ciri:
 - a. Aspek-aspek psikis dan fisiknya mulai stabil
 - b. Meningkatnya berfikir realistis, memiliki sikap pandang yang sudah baik,
 - c. Lebih matang dalam cara menghadapi masalah

- d. Ketenangan emosional bertambah, lebih mampu menguasai perasaan
- e. Sudah terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi
- f. Lebih banyak perhatian terhadap lamabang-lambang kematangan

D. Tahapan Tumbuh Kembang Remaja

Menurut Ali.M dan Asrori.M, (2016), Perkembangan remaja ada 3 tahap perkembangan dalam proses penyesuaian diri menuju dewasa, yaitu:

1. Remaja Awal (Early Adolescence)

Remaja awal dimulai pada tahap usia 10-12 tahun, pada tahap ini remaja masih merasa tabu dan kaget akan adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan itu. Remaja mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis. Dengan dipegang bahunya saja oleh lawan jenis, remaja sudah berfantasi erotik. Kepekaan yang berlebihan ini ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap "ego". Hal ini menyebabkan para remaja awal sulit dimengerti orang dewasa, sehingga butuh pendampingan pada saat peralihan.

2. Remaja Madya (Middle Adolescence)

Remaja madya diawali dengan usia 13-15 tahun. Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan kawan-kawan. Mereka senang kalau banyak teman yang menyukainya. Ada kecenderungan "narcistic", yaitu mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang mempunyai sifat-sifat yang sama dengan dirinya. Selain itu, mereka berada dalam kondisi kebingungan karena remaja tidak tahu harus memilih yang mana: peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis, idealis atau materialis, dan sebagainya. Remaja pria harus membebaskan diri dari *Oedipoes Complex* (perasaan cinta pada ibu sendiri pada masa kanak-kanak) dengan mempererat hubungan dengan kawan-kawan dari lawan jenis.

3. Remaja Akhir (Late Adolescence)

Remaja tahap akhir pada usia 16-19 tahun adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian lima hal dibawah ini, yaitu:

- a. Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.
- b. Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru.
- c. Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- d. Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.

- e. Tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya (*private self*) dan masyarakat umum (*the public*).

Menurut U.S. Departement of Health and Human Service, 2018 mengatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang remaja, yaitu;

1. Genetik

Susunan genetik dapat mempengaruhi waktu pubertas dan seperti apa bentuk perubahan itu

2. Latihan Fisik Sebelum dan selama Remaja

Wanita yang kelebihan berat badan, misalnya lebih cenderung mengalami menstruasi pertama dan perkembangan payudara di usia yang lebih muda daripada rekan-rekannya.

3. Penyakit Kronis

Kondisi seperti fibrosis kistik, asma, diabetes, atau gangguan pencernaan dapat berkontribusi terhadap mulainya pubertas dan keterlambatan pertumbuhan karena defisiensi gizi, menumpuknya toksin dalam tubuh, atau efek samping obat.

4. Penggunaan zat adiktif

Merokok atau penggunaan narkoba dapat membahayakan pertumbuhan dan perkembangan remaja. Merokok dapat menghambat pertumbuhan paru-paru dan dapat mengganggu untuk pertumbuhan tulang yang kuat

5. Perkembangan Lainnya

Berbagai jenis dalam pertumbuhan kognitif, emosi, social atau moral dapat pula memengaruhi tumbuh kembang remaja.

Tabel 6.2 Perubahan fisik remaja laki-laki dan perempuan

Laki-laki	Perempuan
suara laki-laki menjadi lebih berat dan dalam	Suara perempuan menjadi melengking
Rambut mulai tumbuh di area ketiak, kemaluan, kaki, wajah juga tumbuh jambang, kumis, dan janggut	Rambut mulai tumbuh di area ketiak, kemaluan, kaki, dan wajah
Perubahan bentuk tubuh, Pada laki-laki, dada mulai terlihat berbidang-bidang, dan bahu melebar	Perubahan bentuk payudara pada perempuan, payudara semakin besar, lembut, dan memiliki lemak
Perubahan organ reproduksi, Pada laki-laki, penis dan testis membesar, dan skrotum menjadi lebih gelap	Pertumbuhan rambut kemaluan mengalami pigmentasi dan lebih kasar serta lebih keriting dan jumlahnya menjadi lebih banyak
Mimpi basah, Pada laki-laki, terjadi ejakulasi saat tidur yang disebut mimpi basah	Menstruasi, Pada perempuan, menstruasi biasanya dimulai sekitar dua tahun setelah payudara mulai tumbuh
Jerawat, Perubahan hormon selama pubertas menyebabkan jerawat pada remaja laki-laki	Jerawat, Perubahan hormon selama pubertas menyebabkan jerawat pada remaja perempuan.

E. Karakteristik Perkembangan Remaja

Pada masa remaja merupakan proses anak-anak yang akan mengalami proses menjadi dewasa dengan mengalami perubahan baik pertumbuhan fisik, psikis, social maupun tingkat berfikir saat usia remaja. Safran mengatakan usia remaja terhitung sejak usia 17 tahun sampai dengan 21 tahun. Menurut Hurlock usia remaja awal dimulai pada usia 13 tahun sampai dengan usia 16 tahun, sedangkan WHO mengatakan usia remaja dimulai sejak usia 19 tahun sampai dengan 20 tahun. Masa remaja bukan hanya dapat dipengaruhi dengan batasan usia namun dapat dilihat pula dengan mengetahui perkembangan apakah sudah terjadi perubahan atau belum terhadap usia remaja.

Saat usia remaja mulai adanya penyempurnaan pad fisik secara matang, menurut Pratama terdapat empat karakteristik pada periode remaja, antara lain:

1. Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik pada anak usia remaja menuju tingkat maksimal pada tubuhnya baik dari daya tahan tubuh maupun dalam memanfaatkan otot-ototnya saat melakukan keterampilan bergerak. Karakteristik yang muncul seperti pertumbuhan bentuk tubuh laki-laki semakin tinggi, tumbuh kumis, tumbuhnya

jakun, keluarnya sperma (mimpi basah) tumbuhnya rambut di ketiak dan membesarnya pita suara pada laki-laki, sedangkan pada perempuan perubahan ditandai dengan terlihatnya dada yang semakin membesar, panggul yang akan melebar kemudian terjadinya menstruasi yang terjadi di setiap bulan serta tumbuhnya rambut di area ketiak.

2. Perkembangan Kognitif

Menurut teori kognitif Piaget yang dikemukakan oleh Jhon W. Santrock, perkembangan kognitif pada remaja ditandai dengan kemampuan berfikir secara logis. Remaja mulai bisa merancang rencana dan melakukan pemecahan masalah serta mencari solusinya. Menurut Piager istilah penalaran secara hipótesis deduktif menjelaskan bahwa anak remaja sudah bisa menyusun hipótesis (anggapan terbaik) memecahkan permasalahan dan menarik kesimpulan dengan sistematis.

3. Perkembangan Afektif

Perkembangan afektif pada remaja sudah mencapai perkembangan fisik maupun mental, Fase anak mulai mempunyai perasaan perubahan dalam tubuhnya seperti perubahan yang dimulai dengan berfikir tentang pemikiran orang lain terhadap dirinya serta mulai mengerti tentang agama dan lingkungan masyarakat di sekitarnya. Teori perkembangan menurut Piaget pada fase remaja mulai berfikir secara ideal, logis serta berpikir diluar pengalaman secara nyata.

4. Perkembangan Psikomotor

Perkembangan psikomotor adalah kemampuan motorik atau kemampuan seseorang dalam melaksanakan keterampilan fisiknya saat melakukan suatu gerakan. Pada keterampilan psikomotor akan berkembang seiring dengan pertumbuhan bentuk ukuran tubuh serta keterampilan fisik. Pada masa ini remaja akan mulai mempunyai keterampilan dalam mencapai tujuan yang mereka inginkan.

Sedangkan menurut Asrori dan Ali mengatakan bahwa karakteristik remaja berhubungan dengan pertumbuhan (perubahan-perubahan fisik) ditandai oleh adanya kematangan seks primer dan sekunder. Karakteristik yang relevan dengan perkembangan (perubahan-perubahan aspek psikologis dan sosial), yaitu:

1. Pertumbuhan Fisik "Kematangan Seks Primer"

Kematangan seks primer adalah ciri-ciri yang berhubungan dengan kematangan fungsireproduksi. Kematangan seks primer bagi remaja perempuan ditandai dengan datangnya menstruasi (*menarche*). Dengan timbulnya kematangan primer ini remaja perempuan merasa sakit kepala, pinggang, perut,

dan sebagainya yang menyebabkan merasa capek, mudah lelah, cepat marah. Adapun kematangan seks primer bagi remaja laki-laki ditandai dengan mimpi basah (*nocturnal emission*).

2. Pertumbuhan Fisik "Kematangan Seks Skunder"

Karakteristik seks skunder yaitu ciri-ciri fisik yang membedakan dua jenis. Karakteristik seks yaitu ciri-ciri fisik yang membedakan dua jenis kelamin.

- a. Karakteristik Perubahan ciri-ciri skunder skunder pada remaja laki-laki nampak seperti timbulnya "*pubic hair*" rambut di daerah alat kelamin, timbulnya "*axillary hair*" rambut di ketiak, seringkali tumbuh dengan lebat rambut di lengan, kaki, dan dada, kulit menjadi lebih kasar dari pada anak-anak, timbulnya jerawat, kelenjar keringat bertambah besar dan bertambah aktif sehingga banyak keringat keluar. Otot kaki dan tangan membesar, dan timbulnya perubahan suara.
- b. Karakteristik seks skunder remaja perempuan ditandai seperti perkembangan pinggul yang membesar dan menjadi bulat, perkembangan buah dada, timbul "*pubic hair*" rambut di daerah kelamin, tumbuh "*axillary hair*" rambut di ketiak, kulit menjadi kasar dibandingkan pada anak-anak, timbul jerawat, kelenjar keringat bertambah aktif sehingga banyak keringat yang keluar dan tumbuhnya rambut di lengan dan kaki.

3. Perkembangan Aspek Psikologis dan Sosial

Karakteristik yang relevan dengan perkembangan (aspek psikologis dan sosial) telah ditandai oleh adanya hal berikut:

- a. Kegelisahan Remaja mempunyai banyak idealisme angan-angan atau keinginan yang hendak diwujudkan di masa depan. Akan tetapi remaja belum memiliki banyak kemampuan yang memadai untuk mewujudkan semua itu. Tarik menarik antara angan yang tinggi dengan kemampuan yang belum memadai mengakibatkan mereka diliputi perasaan gelisah.
- b. Pertentangan Pertentangan pendapat remaja dengan lingkungan khususnya orangtua mengakibatkan kebingungan dalam diri remaja itu sendiri maupun pada orang lain.
- c. Mengkhayal Keinginan menjelajah dan berpetualang tidak semuanya tersalurkan. Biasanya terhambat dari segi biaya, oleh karena itu mereka lalu mengkhayal mencari kepuasan. Khayalan ini tidak selamanya bersifat negatif, justru kadang menjadi sesuatu yang konstruktif. Misalnya munculnya sebuah ide cemerlang.

d. Aktivitas kelompok

Berbagai macam keinginan remaja dapat tersalurkan setelah mereka berkumpul dengan rekan sebaya untuk melakukan kegiatan Bersama.

e. Keinginan Mencoba Segala Sesuatu

Remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi (high curiosity), mereka lalu menjelajah segala sesuatu dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. remaja Indonesia menunjukkan bahwa perkembangan yang sempurna membawa peranan sosial sesuai dengan jenis kelamin mereka, dapat mempertimbangkan dan mengambil keputusan sendiri, melepaskan diri dari ikatan emosional dengan orang tua, memulai hidup berkeluarga, memulai hidup dalam ketatasusilaan dan keagamaan.

4. Tugas-Tugas Perkembangan Remaja

Tugas-tugas perkembangan remaja dikaitkan dengan fungsi belajar, karena pada hakikatnya perkembangan kehidupan manusia dipandang sebagai upaya meninggalkan sikap dan perilaku kekanak-kanakan dan upaya mempelajari norma kehidupan dan budaya masyarakat agar remaja mampu melakukan penyesuaian diri dengan baik di dalam kehidupan nyata. Adapun tugas-tugas perkembangan masa remaja menurut Hurlock (dalam Ali.M dan Asrori.M, 2016), antara lain:

- a. Mampu mencapai hubungan dengan teman lawan jenisnya secara lebih memuaskan dan matang;
- b. Mampu mencapai perasaan seks dewasa yang diterima secara sosial;
- c. Mampu menerima keadaan fisiknya;
- d. Mencapai kebebasan emosional dari orang dewasa;
- e. Mencapai kebebasan ekonomi;
- f. Memilih dan menyiapkan suatu pekerjaan;
- g. Menyiapkan perkawinan dan kehidupan berkeluarga;
- h. Mengembangkan ketrampilan dan kosep intelektual yang perlu bagi warga Negara yang kompeten;
- i. Menginginkan dan mencapai tingkah laku yang bertanggung jawab secara sosial;
- j. Mampu menggapai suatu perangkat nilai yang digunakan sebagai pedoman tingkah laku

F. Penutup

Remaja adalah masa transisi dari kanak-kanak ke masa dewasa yang ditandai dengan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial. Usia remaja dimulai dari 11 tahun sd 19 tahun.

Referensi

- Anderson, Craig A. et. al. "Violent Video Game Effects on Aggression, Empathy, and Prosocial Behavior in Eastern and Western Countries: A Meta-Analytic Review", *Psychological Bulletin*, No. 2, Vol. 136, 2010, American Psychological Association
- Kumalasari I. Kesehatan reproduksi untuk mahasiswa kebidanan dan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
- Hery E. Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di daerah pedesaan. Indonesia. *J. Heal.Sci.* 2018; 2(11):58–64.
- World Health Organization. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. World Health Organization. 2014: 1–20.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 25 Tahun 2014 Tentang upaya kesehatan anak. In: RI KK; 2014.
- Afiyanti Y, Anggi Pratiwi. Seksualitas dan kesehatan reproduksi perempuan. Jakarta: PT Raja Grafindo Jakarta; 2016.
- Hamka M, Hos JH, Tawulo MA. Perilaku seks bebas di kalangan remaja; 2016
- Hyeon JSNI. Comparison Mobile Technology To Improve Maternal Health and Fight Ebola.: A Case Study of Mobile Innovation In Nigeria. Center for Technological Innovation at Brookings; 2015.
- Labrique AB VL, Kochi E, Fabricant R, Mehl G. mHealth Innovation As Health System Strengthening Tools: 12 Common Applications And A Visual Framework. *Global Health: Science and Practice*; 2013;1(2):160–71.
- Pratomo Hadi, Loveria Sekarrini, Kemal N Siregar dkk. Kesehatan Reproduksi Remaja. Depok: PT. Raja Grafindo Jakarta;2022.

Glosarium

U

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA : United Nations Population Fund
UNESCO : United Nations Education, Scientific and Cultural Organization

W

WHO : World Health Organization

Profil Penulis



Siti Solihat Holida.S.Kp.,MM. Lahir di Bandung, 28 Juli 1973. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh yaitu jenjang D.3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Otten Bandung, lulus pada tahun 1995, melanjutkan program S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Padjadjaran lulus pada tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Winaya Mukti program magister Manajemen pendidikan dan lulus tahun 2016, pada saat menulis buku ini saya sedang melanjutkan pendidikan S.2 Keperawatan di Universitas Achmad yani Bandung dengan peminatan Magister Keperawatan Komunitas. Riwayat pekerjaan

diawali pada tahun 1995-1996 bekerja di sebuah Rumah sakit Bina Sehat yang berlokasi di wilayah Dayeuh Kolot Bandung Selatan, selanjutnya pada tahun 1996-2008 bekerja sebagai dosen di sebuah Akademi Keperawatan Bidara Mukti yang berlokasi di Kota Bandung, selanjutnya Tahun 2008 sampai sekarang bekerja sebagai dosen di Universitas Bale Bandung fakultas Ilmu Kesehatan mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Komunitas. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ssolihat044@gmail.com



Rodiyah, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Tulungagung, 26 April 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan , Universitas Brawijaya Malang tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Negeri Sebelas Maret dan lulus tahun pada tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1999 sebagai perawat pelaksana pada BKIA Aisyiyah Bandung Tulungagung. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pemkab Jombang mengampu mata kuliah keperawatan Maternitas, Keperawatan Kesehatan Reproduksi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan

Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: azizdanahsan@gmail.com

Motto: Jadilah wanita yang sukses dunia akhira

Profil Penulis



Sukmawati, S. Si. T., M. Kes Penulis lahir di Yogyakarta. Penulis lulusan Pendidikan D III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang Jurusan Kebidanan Magelang. Lulusan D IV Bidan Pendidik di STIKes Respati Yogyakarta dan lulusan S2 Pascasarjana IKM Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta. Saat ini sedang menempuh Pendidikan S3 di Universitas Sebelas Maret di Surakarta. Penulis pernah bekerja di bangsal Anak RSUD Muhammadiyah Yogyakarta, menjadi Bidan PTT di Desa Kecik, Tanon, Kabupaten Sragen dan Bidan pelaksana RSIA Permata Bunda Yogyakarta. Mulai tahun 2006 –

sekarang menjadi staf pengajar di Universitas Respati Yogyakarta. Disamping itu mulai tahun 2022 menjadi trainer di RB-NLP Yogyakarta. Pengalaman berorganisasi antara lain menjadi anggota Asosiasi Dosen Indonesia, menjadi anggota IBI dan saat ini menjadi tim teknis di PD IBI DIY. Terkait tridarma perguruan tinggi dalam bidang pengajaran telah menulis beberapa buku dengan fokus materi kesehatan reproduksi dan promosi kesehatan, dalam bidang penelitian dan pengabdian telah melakukan publikasi baik nasional maupun internasional dan menjadi reviewer di beberapa OJS, telah menerbitkan beberapa HAKI dan melakukan pengabdian internasional yang melibatkan 100 lebih universitas di Indonesia. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sukmayogya1809@gmail.com

Motto: "Menuntut ilmu adalah takwa. Menyampaikan ilmu adalah ibadah. Mengulang-ulang ilmu adalah zikir. Mencari ilmu adalah jihad. "

Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb. Lahir di Subang, 23 Oktober 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Indonesia. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada STIKes Dharma Husada Bandung dan lulus tahun pada tahun 2019 selanjutnya penulis mengambil Jenjang Profesi Bidan di Universitas Respati Indonesia dan lulus pada tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2010 sebagai bidan pelaksana di TPMB. Saat ini penulis bekerja di Universitas Respati Indonesia mengampu mata kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pada Remaja, Pranikah dan Interval dan pelayanan KB,. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dewinawangsari93@gmail.com

Motto: "Tidak ada kata terlambat untuk memulai"

Profil Penulis



Ns.Umi Aniroh,S.Kep.M.Kes. Lahir di Semarang, 14 Agustus 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fak.Kedokteran UGM tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Diponegoro lulus pada tahun 2013. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1998 sebagai staf pengajar di Akademi Keperawatan Ngudi Waluyo. Saat ini penulis bekerja di Universitas Ngudi Waluyo mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Kesehatan Reproduksi dan Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu publikasi penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: umianiroh3@gmail.com



Bdn. Della Erriani Akaputri, S.ST., M.Tr.Keb. Lahir di Sumedang, 20 Juni 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII kebidanan di Universitas Bhakti Kencana Bandung lulus pada tahun 2012, DIV Kebidanan di Universitas Indonesia Maju lulus pada tahun 2015, melanjutkan S2 Kebidanan di Stikes Dharma Husada Bandung dan melanjutkan Profesi Bidan pada program studi Pendidikan Bidan di Stikes Dharma Husada Bandung lulus pada tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 di RSIA Citra Insani Bogor, 2014 sampai sekarang di Klinik Pratama Rawat Jalan Al-Husna, 2020 di Politeknik Tiara Bunda, tahun 2022 sampai sekarang di Universitas Respati Indonesia, penulis mengampu mata kuliah Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Antenatal care, Asuhan kebidanan masa nifas, asuhan kebidanan kegawatdaruratan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar/workshop, pelatihan serta dalam organisasi profesi Bidan dan Asklin. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: deapmbalhusna@gmail.com

SINOPSIS BUKU

Buku **Pendidikan Kesehatan dan Perawatan Komunitas: Pendekatan Terpadu untuk Kesejahteraan Remaja** ini menyajikan panduan komprehensif mengenai kesehatan remaja dengan fokus pada pendekatan terpadu yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Ditulis oleh penulis yang berpengalaman di bidang keperawatan dan kebidanan, buku ini bertujuan memberikan wawasan mendalam tentang tantangan kesehatan yang dihadapi remaja dan pentingnya perawatan komunitas dalam meningkatkan kesejahteraan mereka. Diharapkan buku ini dapat memperkaya pemahaman dan memberikan kontribusi positif untuk meningkatkan kualitas hidup remaja.

Buku ini membahas topik penting mengenai kesehatan remaja, termasuk kesehatan reproduksi, kesehatan mental, dan peran keluarga serta masyarakat dalam kesejahteraan mereka. Penulis menekankan pentingnya pendidikan kesehatan untuk memberdayakan remaja dalam membuat keputusan yang tepat. Dengan pendekatan komprehensif, buku ini menggabungkan teori dan praktik terbaik dalam konteks pendidikan dan pelayanan kesehatan.

Dari latar belakang pendidikan penulis yang beragam, buku ini menggabungkan pengetahuan akademis dengan pengalaman praktis, menjadikannya sumber yang berharga bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, dan pendidik. Melalui buku ini, diharapkan pembaca dapat memahami tantangan yang dihadapi remaja dalam menjaga kesehatan mereka dan bagaimana komunitas dapat berperan aktif dalam mendukung kesejahteraan generasi muda.

Dengan demikian, buku ini menjadi panduan penting dalam upaya meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan remaja, serta mendorong tindakan yang lebih proaktif dalam perawatan kesehatan komunitas.

Buku Pendidikan Kesehatan dan Perawatan Komunitas: Pendekatan Terpadu untuk Kesejahteraan Remaja ini menyajikan panduan komprehensif mengenai kesehatan remaja dengan fokus pada pendekatan terpadu yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Ditulis oleh penulis yang berpengalaman di bidang keperawatan dan kebidanan, buku ini bertujuan memberikan wawasan mendalam tentang tantangan kesehatan yang dihadapi remaja dan pentingnya perawatan komunitas dalam meningkatkan kesejahteraan mereka. Diharapkan buku ini dapat memperkaya pemahaman dan memberikan kontribusi positif untuk meningkatkan kualitas hidup remaja.

Buku ini membahas topik penting mengenai kesehatan remaja, termasuk kesehatan reproduksi, kesehatan mental, dan peran keluarga serta masyarakat dalam kesejahteraan mereka. Penulis menekankan pentingnya pendidikan kesehatan untuk memberdayakan remaja dalam membuat keputusan yang tepat. Dengan pendekatan komprehensif, buku ini menggabungkan teori dan praktik terbaik dalam konteks pendidikan dan pelayanan kesehatan.

Dari latar belakang pendidikan penulis yang beragam, buku ini menggabungkan pengetahuan akademis dengan pengalaman praktis, menjadikannya sumber yang berharga bagi mahasiswa, tenaga kesehatan, dan pendidik. Melalui buku ini, diharapkan pembaca dapat memahami tantangan yang dihadapi remaja dalam menjaga kesehatan mereka dan bagaimana komunitas dapat berperan aktif dalam mendukung kesejahteraan generasi muda.

Dengan demikian, buku ini menjadi panduan penting dalam upaya meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan remaja, serta mendorong tindakan yang lebih proaktif dalam perawatan kesehatan komunitas.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)

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 978-634-7097-20-0



9

786347

097200

