

---

REVIEW ARTICLE

**DEVELOPMENT OF THE REPRODUCTIVE HEALTH MODEL AS A PREVENTION EFFECT OF ADOLESCENT PREGNANCY: REVIEW ARTICLE**

**Arip Ambulan Panjaitan**

Akademi Kebidanan Panca Bhakti, Kubu Raya, Indonesia

**ABSTRACT**

**Introduction:** Adolescent reproductive health problems are an international problem. Circumstances that occur in Indonesia, young women are more afraid of social risks such as virginity loss, extramarital pregnancies that will be a source of public gossip compared to sexual risk, which concerns reproductive health and sexual health. This study aims to collect and analyze articles relating to the development of reproductive health models based on needs, needs, schools, culture and family as an effort to prevent pregnancy in adolescents. **Methods:** The method used is literature review, articles are collected using search engines such as EBSCO, Scencedirect, googlesholar. The criteria for the articles used are those published in 1995-2018. **Result:** Based on the results that the reproductive health situation of young women is a problem behind the still high maternal and infant mortality rates. This condition is exacerbated by other factors such as early marriage, early pregnancy, STIs, HIV and AIDS and non-communicable diseases such as breast and cervical cancer, abortion, premarital sex, nutrition and others. Exposure of adolescent girls to reproductive health from the social environment about health education through adolescent approaches involving peers, BK teachers, family or parents, health workers and stakeholders. Information about reproductive health issues, besides being important to be known by health care providers, decision makers, is also important for stakeholders, so that they can help reduce reproductive health problems for young women.

**Keywords:** Reproductive Health, Prevention, Adolescent, Pregnancy

**Corresponding Author:**

Arip Ambulan Panjaitan

E-mail: [arief.naburju92@gmail.com](mailto:arief.naburju92@gmail.com)

**PENDAHULUAN**

Fenomena remaja hamil merupakan problem global. Meskipun usia remaja rata-rata yang hamil diberbagai negara bervariasi, hampir semua remaja yang hamil dan kemudian menjadi ibu, mempunyai lebih sedikit pilihan dalam kehidupannya. Peran mengaruh anak yang terlalu dini menghambat remaja-remaja tersebut untuk kembali melanjutkan sekolah dan dapat bekerja. Oleh karena itu, keadaan tersebut dapat

menjelaskan mengapa di dunia ini banyak ibu muda dan anak-anaknya hidup dalam kemiskinan.<sup>(1)</sup>

Menurut WHO (2014), sebanyak 16 juta remaja berusia antara 15-19 tahun melahirkan setiap tahunnya atau setara dengan 11% dari total jumlah kelahiran di dunia. Sebanyak 95% dari total remaja yang melahirkan dan negara berkembang. Berbeda dengan konteks di Asia, negara-negara berpenghasilan tinggi mempunyai lebih banyak kasus kehamilan remaja di luar pernikahan. Remaja hamil mempunyai lebih banyak problem selama kehamilan dan ketika menjalani proses kelahiran. Bahkan, risiko kematian dan terkena kanker serviks karena menjalani

kehamilan di usia yang terlalu muda juga tinggi. Kematian janin pada ibu usia 15-19 tahun 50% lebih tinggi ibu usia 20-29 tahun. Kematian ibu dikarenakan persalinan juga lebih tinggi 50-100% jika ibu berusia 15-19 tahun. Selain itu, remaja hamil juga rentan mengalami komplikasi seperti preeklampsia atau tekanan darah tinggi pada kehamilan, infeksi dan pendarahan pada ibu.<sup>(2,3)</sup>

Remaja yang mengawali hubungan seks karena ingin mencoa, akan menyebabkan kecanduan. Hampir 80% remaja SMP sudah pernah melakukan ciuman dan pelukan. Bahkan 45% diantaranya sudah pernah melakukan hubungan seksual. Data hasil penelitian menemukan bahwa 78% remaja wanita hamil di usia kurang dari 20 tahun, 32,5% diantaranya melakukan aborsi yang tidak aman. Masalah remaja tersebut perlu penanganan secara komprehensif sehingga kemilau pada usia dini dapat berkurang, kejadian kanker pada organ reproduksi dapat menurun, remaja yang mengakses kontrasepsi berkurang, menurunnya aborsi yang tidak aman, menurunnya kejadian IMS dan HIV/AIDS.<sup>(4-7)</sup>

Di Negara maju, kasus HIV/AIDS dan IMS akibat hubungan seks pada remaja sudah dapat dikendalikan dengan kepatuhan penggunaan kondom. Namun, di negara berkembang penggunaan kondom oleh remaja yang ingin melakukan seks bebas masih menjadi polemik. Pertimbangan sosial budaya tiap Negara menjadikan dampak seks bebas pada masing-masing Negara berbeda. Di Amerika Serikat misalnya, seks bebas dikalangan remaja sudah tidak tabu lagi bahwa sudah menjadi kebutuhan yang dilegalkan, namun komitmen untuk menggunakan kondom sangat tinggi, sehingga dapat mengurangi penularan penyakit akibat hubungan seks. Sedangkan di Negara

bagian timur seks sebelum menikah yang dilakukan remaja dilarang bahkan illegal, sehingga akses untuk mendapat perlindungan dari akibat seks bebas sangat terbatas.<sup>(8,9)</sup>

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat.<sup>(10,11)</sup>

Penyusunan intervensi program dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja, juga disesuaikan dengan tata nilai budaya masyarakat setempat dengan penekanan pada mempertahankan budaya, negosiasi budaya dan rekonstruksisasi budaya.<sup>(12,13)</sup>

Mueller et al menyatakan program *Cuidate* berhasil mengurangi perilaku berisiko HIV pada remaja Latin melalui penanaman nilai budaya dan keyakinan remaja dalam mengurangi perilaku berisiko seperti menolak seks bebas secara asertif dan penggunaan kondom dalam aktivitas seksual untuk menurunkan insidensi penyakit menular seksual dan HIV.<sup>(14,15)</sup>

Pelayanan klinik berorientasi remaja lebih memperhatikan sisi kenyamanan remaja dan kepedulian rema. Pelayanan klinik berorientasi remaja merupakan pelayanan yang cukup umum di Amerika, Eropa Barat dan Amerika Latin. Klinik-klinik ini memberikan berbagai pelayanan sosial dan klinis seperti kehamilan, konseling pencegahan IMS dan penteksian serta pencegahannya. Keterkaitan antara IMS dan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya tampaknya membuat klinik-klinik tersebut lebih bermanfaat bagi remaja.<sup>(16)</sup>

Penduduk usia remaja 10-24 tahun berkisar 1,2 milyar jiwa (18%) di dunia

yang memerlukan perhatian serius karena termasuk dalam usia sekolah dan usia kerja serta berisiko terhadap masalah-masalah kesehatan reproduksi yaitu perilaku seksual pranikah, pernikahan dini, kehamilan dini, NAPZA dan HIV/AIDS. WHO (2015) menyebutkan bahwa 21 juta remaja perempuan yang berumur 15-19 tahun di negara berkembang, mengalami kehamilan setiap tahun dan hampir setengah kehamilan tersebut (49%) merupakan kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan tersebut salah satunya disebabkan oleh adanya perilaku seks berisiko yang cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada 18 negara terjadi peningkatan kasus kehamilan usia remaja di daerah perkotaan. Persentase perempuan melahirkan pertama kali <18 tahun, lebih dari 83% dari populasi pada daerah tersebut.<sup>(17)</sup> Menurut Olgavianita (2015), terjadi peningkatan jumlah remaja di Asia yang melakukan hubungan seksual di luar nikah dan melakukannya dengan tidak aman sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit-penyakit menular seksual dan kanker serviks pada remaja, sangat sedikit remaja yang mendapatkan pendidikan kesehatan seksual dan memiliki pengalaman seksual. Remaja yang menerima pendidikan kesehatan seksual hanya 47,6% yang mau membicarakan masalah seksualitas dengan orangtua, sedangkan remaja yang tidak diberikan pendidikan seksual hanya 53,5% yang mau membicarakan masalah seksual dengan orangtuanya. Penduduk berusia 13-15 tahun di Amerika Serikat menyumbang sekitar 20% dari semua diagnosis HIV baru dan juga setengah dari 20 juta PMS baru dilaporkan setiap tahun berada pada usia 15-24 tahun.<sup>(18)</sup>

Sekitar 62,7% remaja di Indonesia telah melakukan hubungan seks di luar

nikah dan 20% diantaranya mengalami kehamilan di luar nikah sementara 21% dari perempuan yang hamil di luar nikah tersebut pernah melakukan aborsi. Sebanyak 28% remaja perempuan meminum minuman beralkohol pada usia <15 tahun. Sekitar 0,7% remaja putri usia 15-19 tahun terlibat penyalahgunaan NAPZA, terdapat 59% perokok wanita mulai merokok <15 tahun. Kasus AIDS tahun 1987-2013 tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-29 tahun 30,7%, sehingga dikaitkan tertular HIV sekitar 5 tahun sebelumnya yaitu kemungkinan pada saat usia 15 tahun.<sup>(19)</sup>

Menurut penelitian di 33 provinsi Indonesia, 56,1% remaja yang sedang berpacaran, 83,9% pernah memiliki pacara dan 65,8% memulai untuk berpacara di usia antara 13-18 tahun. Tingginya angka remaja yang sudah berpacaran dikhawatirkan dapat menjerumuskan ke dalam perilaku seks pranikah. Hal ini menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan dan pernikahan dini, yang berisiko terkena kanker leher rahim.<sup>(20)</sup> Menurut BPS (2015) remaja putri usia 15-24 tahun di 20 kabupaten di empat provinsi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Lampung menemukan 46,2% remaja putri masih menganggap bahwa perempuan tidak akan hamil hanya dengan sekali melakukan hubungan seks. Kesalahan persepsi ini sebagian besar diyakini oleh remaja putri 42,3%, hanya 19,2% remaja yang menyadari peningkatan risiko untuk tertular IMS bila memiliki pasangan seksual lebih dari satu. 51% mengira bahwa mereka akan tertular HIV hanya bila berhubungan seks dengan pekerja seks komersial, disamping adanya mitos dan budaya tabu untuk membicarakan masalah tentang reproduksi yang berkembang di masyarakat.<sup>(19,21)</sup>

Permasalahan remaja seringkali berawal dari kurangnya informasi dan pemahaman serta kesadaran berperilaku untuk menerapkan kesehatan reproduksi belum memadai. Pengetahuan menjadi sebuah dasar bagi tindakan yang dilakukan individu. Apa yang orang ketahui akan mempengaruhi perilakunya. Pengetahuan merupakan faktor yang penting dalam menentukan perilaku individu.<sup>(22)</sup>

Hasil penelitian lain menunjukkan sebanyak 35,3% remaja perempuan mengetahui bahwa perempuan dapat satu kali berhubungan seksual. Sebanyak 41,2% perempuan mengetahui bahwa penularan HIV dan AIDS dapat dikurangi jika berhubungan seks hanya dengan seseorang yang tidak memiliki pasangan lain. 46% perempuan mengetahui bahwa penularan HIV dan AIDS dapat dikurangi dengan menggunakan kondom. Hanya 9,9% perempuan memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV dan AIDS. Remaja umur 15-19 tahun 57,6% lebih suka berdiskusi atau curhat kepada teman sebayanya, berdiskusi atau curhat dengan guru sebanyak 31,2%, berdiskusi atau curhat kepada ibu 40% dan pada tenaga kesehatan 35,7%. Jenis informasi yang sering diperoleh remaja adalah bahaya penyalahgunaan NAPZA, bahaya minum-minuman beralkohol dan tentang HIV dan AIDS termasuk penggunaan kondom.<sup>(23)</sup> Kasus HIV sampai Desember 2016 yang terjadi pada kelompok umur 15-19 tahun sebanyak 3,7% dan kelompok 20-24 tahun sebanyak 17,3%.<sup>(24,25)</sup> Pada tahun 2009, remaja usia 12-24 tahun sebanyak 41% terhitung baru saja terinfeksi HIV dan diestimasi terdapat 5 juta yang remaja usia 15-25 tahun yang hidup dengan HIV. Pengetahuan remaja tentang IM termasuk HIV dan AIDS masih sangat rendah serta remaja yang

datang untuk menjalani pemeriksaan penyakit ini masih sangat jarang.

Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2003, telah mengembangkan program kesehatan remaja dengan menggunakan pendekatan khusus yang dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Sejak tahun 2003, hingga akhir tahun 2013, dilaporkan bahwa dari 497 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia, sebanyak 406 (81,68%) kabupaten/kota telah memiliki minimal 4 Puskesmas mampu melaksanakan PKPR. Selain itu, pengembangan PKPR di tingkat Rumah Sakit sebagai layanan rujukan juga telah dilakukan. Sebagai upaya kerja sama seperti BKBP3A, Dinas Pendidikan, Departemen Agama dan lain-lain. Menurut Mega (2017), kolaborasi kegiatan yaitu Saka Bhakti Husada, Usaha Kesehatan Sekolah, Pelayanan Informasi Komunikasi KRR dan PKPR yang dikembangkan dan diterapkan kepada remaja putri di beberapa sekolah, di luar sekolah, SLB, remaja calon ibu, korban kekerasan perempuan dan anak, serta dilakukan di daerah bencana dan konflik. Namun, pelaksanaannya masih belum maksimal dilihat dari data cakupan PKPR yang masih rendah (73%). Belum terpenuhinya hak-hak reproduksi itu mengakibatkan timbulnya masalah dan bahkan kematian bagi remaja putri.<sup>(26)</sup> Hasil konferensi ICPD dan MDG's, mengharuskan di akhir tahun 2015, minimal 90% dari seluruh jumlah remaja sudah harus mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan seksual serta hak-hak yang menyertainya. Namun, sampai saat MDG's berakhir dan berlanjut pada program SDG's cakupan tersebut belum tercapai.

Pendidikan kesehatan reproduksi merupakan suatu pedagogik praktis mengenai kesehatan reproduksi yang

diaplikasikan pada bidang kesehatan. Beberapa dimensi sasarannya pendidikan kesehatan reproduksi dibagi menjadi tiga yaitu pendidikan kesehatan reproduksi secara individual, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan tempat pelaksanaannya pendidikan kesehatan reproduksi dilakukan di sekolah, rumah sakit, tempat umum dan tempat kerja.<sup>(27-29)</sup>

Salah satu tujuan dari pendidikan kesehatan reproduksi tidak hanya mencegah dampak negatif dari perilaku seksual di usia dini, tetapi juga menekankan pada kebutuhan akan informasi yang benar dan luas tentang perilaku reproduksi serta berusaha memahami seksualitas manusia sebagai bagian penting dari kepribadian yang menyeluruh. Pendidikan kesehatan reproduksi atau pendidikan seksual secara formal dapat mengubah perilaku, baik menunda atau mengurangi perilaku seksual dini pada remaja.<sup>(30)</sup>

Tingkat pendidikan dan pengetahuan yang baik berhubungan dengan hasil yang baik dan oleh karena itu harus ada sebuah faktor yang bersifat melindungi untuk mencapai hasil yang baik tersebut.<sup>(31)</sup> Sekolah atau perguruan tinggi menyediakan kesempatan untuk meningkatkan ketahanan, termasuk didalamnya bertindak sebagai pusat keamanan pelengkap, menyediakan banyak kesempatan untuk mengembangkan diri dan kesempatan untuk membangun hubungan dengan teman sebaya maupun orang dewasa.<sup>(32,33)</sup>

Ada dua pesan yang harus disampaikan pada remaja sejak dini untuk membangun ketahanan psikologi dalam perilaku seksualnya dan untuk mendukung upaya penundaan perilaku seksual. Pesan pertama ialah bahwa menahan diri merupakan satu-satunya cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dan penyakit yang tidak

diinginkan. Pesan pertama ini perlu disampaikan pada remaja mengingat bahwa tidak sedikit remaja yang salah paham terhadap fakta mengenai kehamilan, konsekuensi dari kehamilan yang tidak diinginkan dan konsekuensi dari menjadi orang tua di masa remaja. Pesan berikutnya yang harus disampaikan pada remaja sejak dini ialah pemakaian alkohol merupakan sebuah faktor berisiko yang berkaitan erat dengan perilaku seksual.<sup>(34)</sup>

Negara Kamerun merupakan salah satu Negara yang telah mengintegrasikan pendidikan seksual di sekolah. Pelatihan mengenai kesehatan reproduksi dilakukan terhadap guru bidang studi biologi untuk mengembangkan keterampilan pedagogi guru dalam menguasai dan memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi kepada anak didik.<sup>(35)</sup> Pendidikan seks berbasis sekolah memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi.<sup>(36)</sup> Pendidikan seksual di sekolah juga diterapkan di Kogi, Nigeria melalui guru bimbingan konseling yang telah mengikuti pelatihan pendidikan seksual untuk remaja. Sekolah menyusun jadwal konseling setiap kelas untuk diberikan konseling guna meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi.<sup>(37)</sup> Berbeda di Amerika Serikat, pendidikan seks berbasis sekolah masih dalam perdebatan mengenai dua hal yaitu apakah sekolah memiliki tanggung jawab untuk mengajar siswa tentang isu-isu yang berkaitan dengan seks dan jika sekolah mengajarkan pendidikan seks, jenis informasi apa yang harus disajikan. Solusi yang ditemukan terkait dua hal tersebut bahwa pendidikan seksual harus dilakukan secara komprehensif yang disesuaikan dengan

usia perkembangan remaja dan ditujukan untuk membentuk perilaku yang positif mengenai seksualitas.<sup>(38)</sup> Implikasi pendidikan seks secara formal di Amerika Serikat mulai tahun 2006-2013 mampu menurunkan angka kehamilan dan kelahiran pada usia remaja, menurunkan penggunaan kontrasepsi pada usia remaja. Pada tahun 2007-2014 telah menurunkan angka aborsi.<sup>(39)</sup> Pendidikan seks juga diberikan pada sekolah dasar dan menengah di Kota Arusha, Tanzania. Pendidikan seks dilakukan oleh guru agama yang sudah mendapat pelatihan mengenai kesehatan reproduksi dengan tujuan untuk mengintegrasikan nilai, norma dan moral kepada peserta didik. Pendidikan seks ini merupakan mata pelajaran yang wajib di Arusha.<sup>(40)</sup> Portugis juga melakukan pendidikan seks dikalangan mahasiswa dan menemukan asosiasi yang positif antara pendidikan seks dan peningkatan pengetahuan mahasiswa sehingga bertahan untuk tidak melakukan seks sebelum menikah.<sup>(41)</sup> Di Finlandia pendidikan seks diajarkan disekolah dengan cara guru menceritakan pengalaman seksnya secara alamiah dan masalah seksual yang dialami oleh remaja sesuai cerita tersebut dibicarakan di depan kelas, selanjutnya diberikan solusi. Cara ini mampu meningkatkan pengetahuan remaja mengenai seksualitas yang sehat.<sup>(7)</sup>

Pendidikan seksual bagi remaja di Negara maju telah dilakukan oleh dokter spesialis. Selain aktif dalam pengobatan dokter spesialis ditugaskan untuk memberikan pencegahan masalah seksualitas pada remaja. Misalnya spesialis ginekologi, dokter anak dan dokter spesialis dalam. Mereka aktif memberikan penjelasan mengenai dampak seks bebas dikalangan remaja. Cara ini efektif untuk menumbuhkan rasa percaya remaja terdapat informasi

yang diterimanya dari para ahli kesehatan terutama dokter spesialis.<sup>(42)</sup>

Di Ghana, anak didik pada Sekolah Dasar (SD) telah diberikan pendidikan seks berupa pengenalan terhadap organ-organ reproduksi dan fungsinya. Namun, pemberian informasi tersebut harus didampingi oleh orang tua agar informasi mengenai pendidikan seks juga berlangsung di lingkungan rumah. Orang tua yang memberikan pendidikan seksual kepada anak usia kurang dari 16 tahun dirumah dapat menurunkan frekuensi hubungan seks usia dini.<sup>(43,44)</sup> Keterlibatan orang tua menjadi kebutuhan dalam pendidikan seks remaja di lingkungan rumah.<sup>(45)</sup> Kontrol orang tua diperlukan untuk mengurangi paparan negatif informasi yang diperoleh remaja melalui media sosial. Internet merupakan salah satu penyedia informasi seksualitas sehingga asumsi remaja yang membaca informasi melalui internet dapat diintervensi melalui penjelasan yang terarah dari orang tua.<sup>(46)</sup> Pencarian informasi tentang seksualitas di internet oleh remaja perlu dibatasi dengan melakukan pengawasan dan bimbingan oleh orang tua sesuai dengan usia remaja. Di Kogi, Nigeria pendidikan seks berbasis keluarga di SMP dapat mengurangi masalah seks usia dini dan mengurangi kasus kehamilan pada remaja.<sup>(37)</sup>

## METODE

Metode yang digunakan adalah *literature review* yaitu sebuah pencarian *literature*, baik internasional maupun nasional dengan menggunakan pencarian *database* melalui media *EBSCO*, dan *ScienceDirect*. Awal tahap pencarian artikel diperoleh 456 artikel dari tahun 1995 sampai tahun 2018 menggunakan kata kunci “kesehatan reproduksi remaja”, dan “metode kesehatan reproduksi remaja”, dan

“kesehatan reproduksi remaja putri”, dan “seks pranikah remaja” yang diidentifikasi melalui artikel. Dari jumlah tersebut hanya sekitar 58 artikel yang dianggap relevan. Dari jumlah artikel ada 11 artikel yang memiliki kriteria penuh, 7 artikel yang berkualitas menengah, dan 1 artikel yang berkualitas rendah. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 25 Februari 2019 sampai tanggal 30 Maret 2019.

Populasi yaitu 156 artikel atau jurnal tentang kesehatan reproduksi remaja putri. Sampel sebanyak 58 artikel tentang kesehatan reproduksi remaja putri. Jenis data yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh dari jurnal, buku, dokumentasi, melalui *EBSCO* dan *ScienceDirect*. Data-data yang sudah diperoleh kemudian dianalisis dengan metode analisis deskriptif. Metode analisis deskriptif dilakukan dengan cara mendeskripsikan fakta-fakta yang kemudian disusul dengan analisis, tidak semata-mata menguraikan, melainkan juga memberikan pemahaman dan penjelasan secukupnya.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut Lembaga Demografi FEN UI, jenis risiko kesehatan reproduksi yang harus dihadapi remaja antara lain kehamilan dini maupun kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, penyakit menular seksual, kekerasan seksual serta masalah keterbatasan akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Risiko ini dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berhubungan, dalam lingkungan kehidupan sosial dan pendidikan. Hal ini membutuhkan pendekatan intensif terhadap masalah yang dialami remaja putri dengan mengikursertakan peran lingkungan.<sup>(47)</sup> Hasil penelitian

Samidah, remaja kekurangan informasi dasar mengenai keterampilan menegosiasikan hubungan seksual dengan pasangannya. Remaja putri juga memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk mendapatkan pendidikan formal dan pekerjaan yang pada akhirnya akan mempengaruhi pengambilan keputusan dan pemberdayaan mereka untuk menunda perkawinan dan kehamilan serta mencegah kehamilan yang tidak dikehendaki. Bahkan pada remaja di pedesaan, menstruasi pertama biasanya akan segera diikuti dengan perkawinan yang menempatkan mereka pada risiko kehamilan dan persalinan dini. Ketidakharmonisan hubungan orang tua juga dapat menjadi pencetus perilaku atau kebiasaan tidak sehat pada remaja. Hal ini berawal dari sikap orang tua yang menabukan pertanyaan remaja tentang fungsi dan proses reproduksi, serta penyebab rangsangan seksualitas.<sup>(48)</sup> Menurut Kusumaryani dan Kementerian Kesehatan, orang tua cenderung risiko dan tidak mampu memberikan informasi yang memadai mengenai alat reproduksi dan proses reproduksi itu. Tidak ada informasi dari orang tua membuat remaja mengalami kebingungan akan fungsi dan proses reproduksinya. Ketakutan kalangan orang tua dan guru, bahwa pendidikan yang menyentuh isu perkembangan organ reproduksi dan fungsinya akan mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah, justru mengakibatkan remaja diliputi oleh ketidaktahuan atau mencari informasi yang belum tentu benar, yang pada akhirnya justru dapat menjerumuskan remaja kepada ketidaksehatan reproduksi.<sup>(47,49)</sup>

Berdasarkan hasil artikel yang dikumpulkan dan analisa peneliti didapatkan bahwa situasi pendidikan kesehatan serta promosi kesehatan menjadi faktor predisposisi remaja putri

yang mengalami masalah kesehatan reproduksi, seperti kurangnya pengetahuan, informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi, rendahnya sikap perilaku dalam pelaksanaan kesehatan reproduksi, kurangnya dukungan keluarga, lingkungan sekolah, teman sebaya, lingkungan masyarakat, lintas sektor dan kebijakan. Permasalahan yang dihadapi oleh remaja di atas adalah seputar perubahan didalam dirinya yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Secara khusus, kesehatan reproduksi tidak dipelajari di sekolah sebagai bagian dari kurikulum. Sedangkan di rumah dan di lingkungan, mungkin juga tidak banyak informasi terbuka mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi secara benar. Masalah aborsi yang tidak aman, kematian karena melahirkan pada usia muda, ketidakwaspaan terhadap penyakit menular seksual, kasus HIV dan AIDS yang terus meningkat serta diskriminasi gender yang seringkali meminggirkan dalam banyak hal, baik dalam pendidikan dan wawasan remaja putri, pelayanan kesehatan dan lainnya.<sup>(50-52)</sup> Sebenarnya banyak hal dapat dilakukan untuk memenuhi hak-hak kesehatan reproduksi remaja. Tentu saja hal ini disesuaikan dengan kebutuhan masa remaja akan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai. Sebagai langkah awal pencegahan, dapat dilakukan peningkatan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi yang ditunjang dengan materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang tegas tentang segala hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja. Bahwa mungkin tidak harus menunggu remaja memanfaatkan sarana layanan ini, tetapi dapat secara proaktif menghampiri para remaja dan mensosialisasikan hak-hak atas

kesehatan reproduksinya, melalui pendidikan formal maupun non formal.<sup>(53,54)</sup> Melalui lingkup kebijakan, pemerintah, para akademisi, organisasi non pemerintah dan masyarakat yang lebih dahulu memahami dan menyadari hak-hak atas kesehatan reproduksi harus sepakat untuk tidak mengabaikan hak-hak remaja putri, sehingga masalah ketidaktahuan akan kesehatan reproduksi, aborsi, kehamilan tidak diinginkan (KTD), anemia, Angka Kematia Ibu (AKI) dan lain sebagainya dapat dikurangi.<sup>(55,56)</sup>

Penelitian-penelitian terhadap kesehatan reproduksi remaja harus lebih banyak dilakuakn untuk mengidentifikasi kebutuhan remaja dan mengimplementasi Undang-Undang kesehatan reproduksi yang seharusnya menjadi hak remaja. Pada lingkup yang lebih praktis, harus mengadakan pelatihan dan kaderisasi atau konselor sebaya berkaitan dengan pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi remaja dan mulai memasukkan agenda kesehatan reproduksi remaja serta melaksanakannya di setiap bidang pelayanan kesehatan di Indonesia. Sarana pelayanan kesehatan harus mulai dilengkapi sesuai kebutuhan remaja berkaitan dengan hak-hak kesehatan reproduksinya dengan informasi yang benar dan akurat. Hal ini dibutuhkan kerjasama dan dukungan dari segenap pihak, mulai dari *microsystem* dimana remaja berinteraksi secara langsung yakni keluarga, *mesosystem* yang biasanya melibatkan lingkungan yang lebih luas seperti sekolah dan organisasi atatu klub-klub, *macrosystem* yang melibatkan media informasi dan pengaruh kultur yang lebih luas, bahwa mendunia.<sup>(57,58)</sup>

Remaja putri di perkotaan mengakses internet lebih tinggi daripada di perdesaan dan meningkat seiring peningkatan pendidikan responden.

Informasi perubahan fisik pada remaja putri yang paling banyak diketahui adalah mulai menstruasi sebanyak 89%. Payudara membesar sebanyak 78%, serta tumbuh rambut disekitar alat kelamin atau ketiak sebanyak 39%. Remaja putri mendiskusikan tentang menstruasi bersama ibunya sebesar 45%. Satu dari lima remaja putri tidak mendiskusikan tentang menstruasi pertama. Remaja di Indonesia kurang mengenal metode kontrasepsi tradisional. Menurut remaja putri, umur ideal menikah pertama adalah 23,7 tahun. Responden remaja putri yang menyebutkan umur ideal menikah yang paling tinggi berumur 20-24 tahun (24,2 tahun), tinggal di perkotaan (23,9 tahun) dan berpendidikan >SMA (23,9 tahun).<sup>(17-19)</sup>

Remaja putri (92%) memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi tentang HIV dan AIDS. Hasil ini cenderung meningkat jika dibandingkan dengan hasil KRR SDKI 2012, yakni masing-masing 89% pada remaja putri mengatakan bahwa HIV dan AIDS dapat dicegah dengan menggunakan kondom setiap kali melakukan hubungan seksual. Persentase remaja putri pada kelompok umur 20-24 tahun, tinggal di perkotaan dan memiliki tingkat pendidikan tinggi yang mengetahui tentang metode pencegahan HIV dan AIDS lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya.<sup>(19)</sup>

Menurut Oktavina, cara pencegahan HIV dan AIDS yang lain adalah dengan membatasi hubungan seks dengan satu pasangan. Metode ini diketahui oleh 74% remaja putri. Secara umum, persentase remaja putri yang menyetujui hubungan seksual pranikah dan boleh melakukan hubungan seksual sebelum menikah sebanyak 4%. Sikap terhadap hubungan seksual pranikah bervariasi menurut umur, daerah tempat tinggal dan tingkat pendidikan.

Persentase remaja putri berpendidikan rendah yang setuju dengan hubungan seksual pranikah lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi. Pada komponene KRR SDKI 2017, secara umum remaja putri yang pernah melakukan hubungan seksual sebanyak 2%. Pengalaman seksual dikalangan remaja bervariasi menurut tingkat pendidikannya. 10% remaja putri belum kawin yang tidak berpendidikan pernah berhubungan seksual, lebih tinggi dibandingkan mereka yang telah menyelesaikan pendidikan dasar dan lebih tinggi.<sup>(52,58,59)</sup>

Sekolah memiliki andil yang besar dalam intervensi pencegahan kehamilan pada remaja dan upaya pencegahan agar remaja tidak melakukan perilaku seksual pranikah serta masalah perilaku terkait kesehatan reproduksi remaja putri. Pelayanan kesehatan sekolah bertugas memfasilitasi respon positif perkembangan anak atau remaja, melakukan promosi kesehatan, memberikan intervensi masalah kesehatan aktual dan potensial pada remaja, melakukan kolaborasi aktif dengan pelayanan kesehatan lain untuk membangun kapasitas anak atau remaja dan keluarga untuk beradaptasi, manajemen diri sendiri, advokasi diri dan belajar. Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah (KRBM) lebih berfokus kepada masalah utama yang sedang dialami remaja putri melalui pelayanan di sekolah bekerjasama dengan keluarga, lingkungan dan kebijakan untuk hasil yang efektif dapat meningkatkan perilaku remaja, khususnya perilaku pacara yang sehat, perilaku mengatakan tidak untuk seks pranikah dan perilaku pengambilan keputusan remaja untuk mencegah seks pranikah, dalam upaya pendidikan KRR. Model ini dapat menjadi model bagi Puskesmas untuk

menghidupkan Program Pelayanan Kesehatan di sekolah.<sup>(23,48,53)</sup>

Menurut Mega dan Oktarina, menyatakan bahwa kesehatan siswa, termasuk kesehatan reproduksi mutlak diperlukan. Sumber informasi siswa tentang KRR yang paling banyak didapatkan dari media kemudian dari guru. Pendidikan KRR di sekolah merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan siswa.<sup>(26,53)</sup>

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan remaja tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi masih rendah. Rendahnya pengetahuan remaja merupakan salah satu risiko bagi remaja untuk mengalami masalah kesehatan reproduksi remaja. Beberapa materi KRR yang seharusnya diketahui oleh remaja putri sudah ada pada mata pelajaran IPA (Biologi). Materi KRR diberikan pada mata pelajaran IPA (Biologi) dikelas VIII dan IX. Materi KRR juga diberikan pada mata pelajaran Bimbingan Konseling dan kegiatan ekstrakurikuler Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dan PMR, tetapi pemberian materi yang terpisah-pisah, kurang sistematis dan tidak ada koordinasi di antara mata pelajaran dapat menimbulkan kebingungan pada siswa. Kondisi seperti ini akan mendorong siswa untuk mencari informasi pada sumber lain yang belum tentu benar.<sup>(17,18,47)</sup>

Terdapatnya materi KRR pada mata pelajaran IPA maupun BK menunjukkan bahwa PKPR dapat dilakukan secara terintegrasi pada mata pelajaran tersebut. Integrasi tersebut harus dilakukan dengan sistematis dan strategi pembelajaran yang tepat. Penelitian menunjukkan bahwa layanan informasi KRR melalui BK cukup efektif dalam meningkatkan pengetahuan KRR siswa.<sup>(18,25,47,48)</sup>

Interaksi antara teman sebaya akan mempengaruhi sikap dan perilaku remaja putri. Adanya interaksi antara siswa dan antara siswa dan guru dapat meningkatkan hasil belajar remaja putri dan melarir dalam berkomunikasi. Perkembangan kognitif remaja putri memungkinkan untuk dibelajarkan dengan strategi pembelajaran berbasis masalah. Masalah yang dikaji dalam PKPR merupakan masalah real yang terjadi di lingkungan siswa atau yang dialami oleh siswa. Karena keterbatasan bahan ajar KRR di SMP dan SMA, maka untuk memfasilitasi PKPR yang sesuai dengan kebutuhan siswa dan tujuan pembelajaran IPA, maka perlu dikembangkan model KRRBM berbasis masalah.<sup>(50,55,60)</sup>

PKPR secara terintegrasi pada mata pelajaran IPA dapat dilakukan dengan strategi pembelajaran berbasis masalah. Pada kegiatan pembelajaran tersebut, siswa dilatih memecahkan masalah kesehatan reproduksi secara ilmiah. Pembelajaran berbasis masalah pada PKPR menempatkan siswa pada masalah tersebut, sehingga dapat melatih siswa untuk memahami orang lain. Pembelajaran yang membelajarkan siswa untuk dapat memahami orang lain merupakan pembelajaran sikap dan perilaku menurut Notoadmodjo. Penelitian yang dilakukan oleh Olgavianita, ditemukan bahwa pembelajaran berbasis masalah dapat memberikan bekal kecakapan hidup seperti kecakapan berpikir kritis, kecakapan akademik dan kecakapan sosial peserta didik.<sup>(18)</sup> Dengan meningkatnya keterampilan berpikir pada siswa akan meningkatkan pula keterampilan hidup dalam bidang KRR. Keterampilan atau kecakapan yang dapat dilatih melalui pembelajaran berbasis masalah sangat penting dalam PKPR agar siswa memiliki

keterampilan hidup dalam bidang KRR.<sup>(49,51,56)</sup>

Menurut Hastuti, pengetahuan seksual yang benar dapat memimpin seseorang ke arah perilaku seksual yang rasional dan bertanggung jawab serta dapat membantu membuat keputusan pribadi yang pending tentang seksualitas. Sebaliknya pengetahuan seksual yang salah dapat mengakibatkan persepsi salah tentang seksualitas, sehingga selanjutnya akan menimbulkan perilaku seksual yang salah dengan akibatnya. Informasi yang salah menyebabkan pengertian dan persepsi masyarakat khususnya remaja tentang seksualitas menjadi salah pula. Akhirnya, semua ini diekspresikan dalam bentuk perilaku seksual yang buruk, dengan segala akibatnya yang tidak diharapkan.<sup>(20)</sup>

Menurut Mega, khusus bagi remaja putri, mereka kekurangan informasi dasar mengenai keterampilan menegosiasikan hubungan seksual dengan pasangannya. Mereka juga memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk mendapatkan pendidikan formal dan pekerjaan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan dan pemberdayaan mereka untuk menunda perkawinan dan kehamilan serta mencegah kehamilan tidak dikehendaki.<sup>(26)</sup> Bahkan pada remaja putri di pedesaan, menstruasi pertama biasanya akan segera diikuti dengan perkawinan yang menempatkan mereka pada risiko kehamilan dan persalinan dini.<sup>(25,47)</sup>

Pencetus perilaku atau kebiasaan tidak sehat pada remaja putri justru adalah akibat ketidak harmonisan hubungan ayah dan ibu, sikap orangtua yang menabukan pertanyaan anak atau remaja tentang fungsi atau proses reproduksi dan penyebab rangsangan seksualitas, serta frekuensi tindak

kekerasan anak. Mereka cenderung merasa risih dan tidak mampu untuk memberikan informasi yang memadai mengenai alat reproduksi dan proses reproduksi tersebut. Karenanya, mudah timbul rasa takut di kalangan orangtua dan guru, bahwa pendidikan yang menyentuh isu perkembangan organ reproduksi dan fungsinya justru malah mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah.<sup>(50,57)</sup>

Pilihan dan keputusan yang diambil seorang remaja sangat tergantung kepada kualitas dan kuantitas informasi yang mereka miliki, serta ketersediaan pelayanan dan kebijakan yang spesifik untuk mereka, baik formal maupun informal. Sebagai langkah awal pencegahan, peningkatan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi harus ditunjang dengan materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang tegas tentang penyebab dan konsekuensi perilaku seksual, apa yang harus dilakukan dan dilengkapi dengan informasi mengenai sarana pelayanan yang bersedia menolong seandainya telah terjadi kehamilan yang tidak diinginkan atau tertular infeksi menular seksual dan penyakit menular seksual. Hingga saat ini, informasi tentang kesehatan reproduksi disebarluarkan dengan pesan-pesan yang samar dan tidak fokus, terutama bila mengarah pada perilaku seksual.<sup>(17,19,25)</sup> Di segi pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan, pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana di Indonesia hanya dirancang untuk perempuan yang telah menikah, tidak untuk remaja. Petugas kesehatan pun belum dibekali dengan keterampilan untuk melayani kebutuhan kesehatan reproduksi para remaja putri.<sup>(23,26,48)</sup>

Jumlah fasilitas kesehatan reproduksi yang menyeluruh untuk remaja sangat terbatas. Kalaupun ada, pemanfaatannya relatif terbatas pada

remaja dengan masalah kehamilan atau persalinan tidak direncanakan. Keprihatinan akan jaminan kerahasiaan atau kemampuan membayar dan kenyataan atau persepsi remaja terhadap sikap tidak senang yang ditunjukkan oleh pihak petugas kesehatan, semakin membatasi akses pelayanan lebih jauh, meski pelayanan itu ada. Disamping itu, terdapat pula hambatan legal yang berkaitan dengan pemberian pelayanan dan informasi kepada kelompok remaja. Karena kondisinya, remaja merupakan kelompok sasaran pelayanan yang mengutamakan kejujuran dan kerahasiaan. Hal ini menjadi penyulit, mengingat sistem pelayanan kesehatan dasar di Indonesia masih melum nenempatkan kedua hal ini sebagai prioritas dalam upaya perbaikan kualitas pelayanan yang berorientasi pada klien. Hasil observasi Olgavianita, menunjukkan bahwa untuk penyelenggaraan Pusat Informasi Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja sudah disediakan karena program tersebut sudah efektif.<sup>(18)</sup>

Dengan demikian, untuk meminimalisir terjadinya masalah kesehatan reproduksi remaja putri maka diperlukan kerjasama antara lintas program dan lintas sektor melalui PKPR dan lebih mengaktifkan PIK-KRR di sekolah-sekolah untuk mendapatkan informasi kesehatan reproduksi khususnya tentang pernikahan dini dan memasang iklan tentang program Generasi Berencana dan mengadakan pendekatan sesuai dengan masalah dan kebutuhan remaja.<sup>(24,49)</sup>

Angka-angka terkait masalah KRR tersebut belum tentu menggambarkan kejadian yang sebenarnya, mengingat masalah terkait KRR seperti seksualitas termasuk masalah sensitif sehingga tidak setiap orang bersedia mengungkapkan keadaan yang sebenarnya. Oleh karena itu, tidaklah

mengejutkan apabila angka sebenarnya jauh lebih besar daripada yang dilaporkan. Menurut Mega dkk, bahwa semakin baik hubungan orang tua dengan anak remajanya maka semakin baik perilaku seksual pranikah remaja. Orang tua yang sibuk, kualitas pengasuhan yang buruk dan perceraian orang tua, remaja dapat mengalami depresi, kebingungan dan ketidakmampuan emosi yang menghambat untuk tanggap terhadap kebutuhan remaja sehingga remaja dapat dengan mudah terjerumus pada perilaku yang menyimpang seperti seks pranikah.<sup>(26)</sup> Orang tua, orang dewasa yang ada dilingkungan remaja mempunyai kewajiban untuk melihat, mengawasi, sikap dan perilaku remaja agar tidak terjerumus dalam pergaulan bebas dan tindakan yang merugikan diri sendiri dan lebih mengawasi pergaulan anak baik di dalam sekolah maupun di luar sekolah sehingga tidak terjadi sesuatu yang berakibat fatal yang akhirnya muncul pernikahan dini dan kehamilan remaja serta masalah remaja lainnya. Memberikan solusi sesuai kebutuhan yang diperlukan remaja dalam menghadapi permasalahannya.<sup>(47,51)</sup>

## KESIMPULAN

Metode Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah diharapkan akan lebih mengena pada berbagai sasaran, bukan hanya sasaran untuk remaja putri, dengan pendekatan individu melalui konseling perorangan dan lingkungan remaja putri melalui konseling kelompok. Kerjasama lintas sektor dengan pendidikan, catatan sipil, pemberdayaan wanita, dinas sosial, KUA dan instansi terkait sangat diperlukan dalam menangani masalah pernikahan dini. Peran Kementerian Agama melakukan sosialisasi dan

memasang iklan tentang program Generasi Berencana dan pernikahan dini pada remaja. Program KUA upaya penanggulangan pernikahan dini dilakukan secara berkala. Peran stakeholder sebagai penentu kebijakan publik serta penggerak dukungan kegiatan positif pada remaja yang terintegrasi di tiap elemen masyarakat, melalui pembentukan Tim PKPR ditingkat Pusat, daerah sampai ke tingkat Kecamatan dan Kelurahan. Kegiatan yang mengacu kepada perlindungan, dukungan dan penerapan

hak anak seperti membuat inovasi Gerakan Nikah Sehat, pacaran sehat/generasi tanpa pacaran, kampanye stop pergaulan bebas, HIV dan AIDS serta lainnya. Penguatan keluarga melalui pendekatan kegiatan parenting, Bina Keluarga Remaja, Kelas Remaja dan Klinik Remaja yang ditujukan kepada orang tua dan remaa sebagai calon orang tua, agar mengerti tentang kesehatan reproduksi, serta mengenai hak dan tanggung jawab sebagai orang tua kepada anak dan remaja.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Dillon A, Rugh D. *Teenage Pregnancy: A Global View*. Peen State Press. 2001;
2. WHO. "Adolescent Pregnancy", *Maternal, Newborns, Child and Adolescent Health* [Internet]. 2014. Tersedia pada: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/adolescent\\_pregnancy/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/)
3. Rumble L, Peterman A, Irdiana N, Triyana M, Minnick E. An Empirical Exploration of Female Child Marriage Determinants in Indonesia. *BMC Public Health*. 2018;1–13.
4. Wayne C. Gagnon. *Teenage Sexuality and Sex Education an Objective Analysis of School Sex Education Programs*. Grad Sch Univ Wisconsin. 2002;1–35.
5. Breuner CC, Mattson G. *Sexuality Education for Children and Adolescents*. *Am Acad Pediatr*. 2016;138(2).
6. Kai S, Chu W, Kwan ACM, Reynolds R, Mellecker RR, Tam F, et al. *Promoting Sex Education Among Teenagers Through an Interactive Game: Reasons fo Success and Implications*. *Games Heal J*. 2015;4(3):168–74.
7. Kontula O. *The Evolution of Sex Education and Students' Sexual Knowledge in Finland in the 2000s*. *Sex Educ*. 2010;10(4):37–41.
8. Koh K. *Adolescents ' Information-Creating Behavior Embedded in Digital Media Practice Using Scratch*. *J Am Soc Inf Sci Technol*. 2013;64(9):1826–41.
9. Lunquist J. *Words Can Work : When Talking with Kids About Sexual Health*. *Am J Sex Educ*. 2014;(December):37–41.
10. Allender J., Spradly B. *Community Health Nursing Promotingand Protecting The Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins;
11. Windiarti S, Bersal. *Determinants of Early Marriage in Indonesia: A Systematic Review*. *Proceeding Internatinoal Conf Appl Sci Heal*. 2018;(3):287–93.
12. Leininger MM, Mcfarland MR. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3).
13. Malhotra S. *Child and Adolescent Sexual Abuse and Violence in India: A Review*. *Inj Prev*. 2010;16(1):2010.
14. Mueller TE, Castaneda CA, Sainer S, Martinez D, Herbst JH, Wilkes AL, et al. *The Implementation of a Culturally based HIV Sexual Risk Reduction Program for Latino Youth in a Denver Area High School*. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(B):164–70.
15. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J. *Pregnancy and Childbirth Outcomes among Adolescent Mothers : a World Health Organization Multicountry Study*. *An Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(s1):40–8.
16. Raj A, Jackson E, Dunham S. *Girl Child Marriage : A Persistent Global Women ' s Health and Human Rights Violation*.

- Glob Perspect Women's Sex Reprod Heal Across Lifesource. 2018;3–19.
17. (WHO) WHO. Adolescent Development: Topics at Glance. 2019; Tersedia pada: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/en/)
  18. Olgavianita K. Perbedaan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Berdasarkan Pemanfaatan PIK-KRR. Fak Ilmu Kesehatan, Univ Muhammadiyah Surakarta. 2015;1–13.
  19. Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2016.
  20. Hastuti P, Aini FN, Sartika QL, Kurniasih H. Prevent Wedding Through Information Center and Health Construction Reproductive. J LINK. 2017;13(2):34–7.
  21. Marriage E, Pregnancy U. Force, Support, and Endorsing Factors of Early Marriage in Adolescent. Int Res J Eng IT Sci Res. 2017;3(2):146–52.
  22. Icek Ajzen. From Intentions to Actions : A Theory of Planned Behavior. 1985.
  23. Anggraini. Hubungan Tingkat Kejadian Pernikahan Dini dengan Peran Orang Tua Pada Perempuan di Bawah Usia 21 Tahun. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta; 2016.
  24. BPS, BKKBN, Kemenkes. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. 2013. 266 hal.
  25. Devita R, Ulandari D. Gambaran Media Informasi, Pengaruh Teman, Tempat Tinggal dengan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja. Prosiding Seminar Nasional Darmajaya; 2017. 1-8 hal.
  26. Ardina M. Akses Informasi Kesehatan Reproduksi. J Komun. 2017;9(1):17–24.
  27. Furstenberg FF, Moore KA, Peterson JL. Sex Education and Sexual Experience among Adolescents. Am J Public Health. 1985;75(11):1331–2.
  28. Gilgun JF, Gordon S. Sex Education and the Prevention of Child Sexual Abuse. J Sex Educ Ther. 2017;11(1):46–52.
  29. Gonzalez CM, Karczmarczyk DF, Douress BL, Scott MM. Sex Education Policy : Need for a Standard Definition of Medically Accurate Information. Perspect Pedagog. 2016;
  30. Eisen M, Zellman GL, Mcalister AL, Eisen BM, Zellman GL, Mcalister AL. Evaluating the Impact of a Theory-Based Sexuality and Contraceptive Education Program. 2019;22(6):261–71.
  31. Rutter M. Pathways from Childhood to Adult Life ; The Role of Schooling. Pastor Care Educ. 2009;(January 2015):37–41.
  32. Garbarino J, Dubrow N, Kostelny K, Pardo C. Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence. Jossey-Bass; 1992.
  33. Gilligan R. The Importance of Schools and Teachers in Child Welfare. Child Fam Soc Work. 1998;
  34. J EH, Reis JS. Family Life Education for Young Inner-City Teens : Identifying Needs. J Youth Adolesc. 1987;16(4):361–2.
  35. Nchia LN, Joseph TL, Fonkeng GE, Ngeh GN. Effect of Teachers' Epistemological Health View and Pedagogical Beliefs on the Didactic Strategy to Teach Adolescent Reproductive Health: A Cameroonian Perspective. Acta Didacta Napocensia. 2017;10(2).
  36. Suleiman AB, Brindis CD. Adolescent School-Based Sex Education : Using Developmental Neuroscience to Guide New Directions for Policy and Practice. Sex Res Policy. 2014;
  37. HA S, JA A, OJ T, RO S, L A, OU A. Impact of Sex Education in Kogi State , Nigeria. J Educ Pract. 2015;6(3):34–42.
  38. Bass B. The Effect of State Mandated Sex Education on Teenage Sexual Behaviors and Health. Econ Self-Sufficiency Policy Res Inst. 2016;20161.
  39. Stidham K, Ph H, Mcdermott J, Ph S, H KAKPDMP, H JSMDMP. The State of Sex Education in the United States. J Adolesc Heal [Internet]. 2016;58(6):595–7. Tersedia pada: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.032>
  40. Lyimo W., Masinde J., Kimani G. The Influence of Sex Education on Adolescents' Involvement in Premarital Sex and Adolescent Pregnancies in Arusha City, Tanzania. Int J Educ Policy Res Rev. 2017;4(2):113–24.
  41. Reis<sup>a</sup> M, Ramiro<sup>a</sup> L, Matos<sup>a</sup> MG De, Diniz<sup>a</sup> JA. The Effects of Sex Education in Promoting Sexual and Reproductive Health in Portuguese University Students. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2011;29:477–85. Tersedia

- pada:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.266>
42. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;131:40–2.
  43. Jones CL, Jensen RE, King AS. Future Sex Educator Perceptions of Rural Versus Urban Instruction: A Case for Community-Centered Sexual Health Education. *Am J Sex Educ*. 2014;464–84.
  44. Dodge B, Mph KZ, López EDS, Herbenick D, Mph KG, Tanner A, et al. Sexuality Education in Florida: Content, Context, and Controversy. *Am J Sex Educ*. 2008;(October 2014):183–209.
  45. Oaa A, Bja T, Salifou K, Af H, Bib H, Ri S, et al. Parents' Perceptions and Practices as Regards Adolescents' Sex Education in the Home Environment in the City of Cote d'Ivoire, Benin in 2015. *Reprod Syst Sex Disord Curr Res*. 2017;6(2).
  46. Simon L, Daneback K. Adolescents' Use of the Internet for Sex Education: A Thematic and Critical Review of the Literature. *Int J Sex Heal*. 2013;(November 2014):37–41.
  47. Ringkasan Studi: Prioritaskan Kesehatan Reproduksi Remaja untuk Menikmati Bonus Demografi. Jakarta: Lembaga Demografi FEN UI; 2017 hal.
  48. Samidah I, Murwati, Yuhasri E. Hubungan Pemanfaatan Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Sikap dan Perilaku Seksual Pranikah Remaja. *J Nurs Public Heal*. 2017;5(2):60–71.
  49. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2014 [Internet]. Vol. 51, Kementerian Kesehatan RI. 2015. 40 hal. Tersedia pada:  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>
  50. Kurniasari ND, Hariastuti I, Mardiono. Pemahaman Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi (Pernikahan Dini dan Perilaku Berisiko). *Komunikasi*. 2018;12(1):74–85.
  51. Lubis DPU. Peran Teman Sebaya dan Paparan Media Pornografi Terhadap Perilaku Seksual Remaja. *J Kesehatan Samodra Ilmu*. 2017;8(1):47–54.
  52. Mikael. Remaja Kantor KB Yogyakarta Tekankan Pentingnya Kesehatan Reproduksi Remaja. 2016.
  53. Norgroho A, Hariadi SS, Priatamtama PW. Faktor-Faktor Pengaruh Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja. *Kawistara*. 2015;5(1):57–66.
  54. Nuraldia V, Yuhandini DS. Keterkaitan Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Dengan Perilaku Seks Pranikah. *J Care*. 2017;5(3):431–42.
  55. Oktarina J, Margono HM, Purnomo W. The Effect of Reproductive Health Education by Peer Educators on Knowledge and Attitude to Prevention of Premarital Sex. *Bul Penelit Kesehat*. 2017;20(1):63–9.
  56. Puspasari, Sukamdi, Emilia O. The Correlation of Reproductive Health Information Exposure From Media on Premarital Sexual Behaviour. *BKM J Community Med Public Heal*. 2017;33(1):31–6.
  57. Sadock B, Sadock V, Kaplan, Sadock. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC; 2014.
  58. Setyaningrum Z. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: CV. Trans Info Media; 2015.
  59. Susanto T, Rahmawati I, Wantiyah. Effect of Visualisation in Participatory Program (VIPP) and Lecture Method on Knowledge, Attitudes and Skills of Reproductive Health among Adolescent. *Reprod Heal J*. 2017;8(2).
  60. Susanto T, Rahmawati I, Wantiyah. A community-based friendly health clinic: An initiative adolescent reproductive health project in the rural and urban areas of Indonesia. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2016;3(4):371–8. Tersedia pada:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216301272>