

TESIS

**STRATEGI STAKEHOLDER PRIMER PENDIDIKAN KESEHATAN
REPRODUKSI REMAJA BERDASARKAN ANALISIS DETERMINAN
KEHAMILAN REMAJA (USIA 15-19 TAHUN)
DI KOTA PAREPARE**

*(Primary Stakeholder Strategy Of Adolescent Reproductive Health Education
On Analysis Determinan Of Adolescent Pregnancy (Age 15-19 Years)
In Parepare City)*

**NURFITRI
P102171077**



**MAGISTER KEBIDANAN SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**STRATEGI STAKEHOLDER PRIMER PENDIDIKAN KESEHATAN
REPRODUKSI REMAJA BERDASARKAN ANALISIS DETERMINAN
KEHAMILAN REMAJA (USIA 15-19 TAHUN)
DI KOTA PAREPARE**

*(Primary Stakeholder Strategy Of Adolescent Reproductive Health Education
On Analysis Determinan Of Adolescent Pregnancy (Age 15-19 Years)
In Parepare City)*

**NURFITRI
P102171077**



**MAGISTER KEBIDANAN SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

STRATEGI STAKEHOLDER PRIMER PENDIDIKAN KESEHATAN
REPRODUKSI REMAJA BERDASARKAN ANALISIS DETERMINAN
KEHAMILAN REMAJA (USIA 15-19 TAHUN)
DI KOTA PAREPARE

Disusun Dan Diajukan Oleh

NURFITRI
P102171077

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kebidanan
Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin
Pada tanggal 15 April 2021

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,
Komisi Penasihat,

Ketua

Dr. dr. Ema Alasiry, Sp.A(K)
Nip. 197004011999032001

Anggota

Dr. dr. Nugraha Utama Helupessy, Sp. OG(K)
Nip. 197406242006040009

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kebidanan

Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, Sp. OG(K)
Nip. 1973083120006042001

Dekan Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc
Nip. 196703061990031001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurfitri
NIM : P102171077
Program Studi : Ilmu Kebidanan
Jejang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul:

**“Strategi Stakeholder Primer Pendidikan Kesehatan
Reproduksi Remaja Berdasarkan Analisis Determinan
Kehamilan Remaja (Usia 15-19 Tahun)
Di Kota Parepare”**

Adalah karya tulis saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 14 April 2021

Yang Menyatakan



NUR
NURFITRI

PRAKATA

Assalamu 'Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji bagi Allah SWT dan sholawat serta salam untuk Nabi Muhammad SAW. Berkat rahmat dan pertolongan-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “Strategi Stakeholder Primer Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Berdasarkan Analisis Determinan Kehamilan Remaja (Usia 15-19 Tahun) Di Kota Parepare”.

Penyusunan Tesis ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan arahan semua pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., Ph.D., selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Hasanuddin Makassar.
3. Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, Sp.OG (K), selaku Ketua Program Studi Magister Kebidanan Hasanuddin Makassar.
4. Dr. dr. Ema Alasiry, Sp.A (K), selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Tesis ini.
5. Dr. dr. Nugraha Utama Pelupessy, Sp.OG (K), selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Tesis ini.
6. Dewan penguji Dr. Werna Nontji, S.Kep., M.Kep dan Prof. Dr. S.Kep., M.Kep dan Prof. Dr. M. Natsir Djide, M.Si., Apt serta Dr. Andi Nilawati Usman, SKM., M.Kes yang telah memberikan saran dan kritik untuk perbaikan Tesis ini.
7. Segenap Dosen dan Staf Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar yang memberikan bekal ilmu pengetahuan yang sangat berharga.
8. Bapak A. Arie Zulharby, S.E., M.Si selaku Kabid. Keluarga Berencana dan Ketahanan Keluarga Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (PPKB) Kota Parepare sekaligus Pembina GenRe Kota Parepare beserta jajarannya yang telah memberikan banyak informasi dan arahan selama pelaksanaan penelitian ini.
9. Ibu Dra. Hj. Martina, M.A selaku Kepala Madrasah Aliyah Negeri 2 (MAN 2) Kota Parepare beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan kepada Peneliti untuk menggali dan mengumpulkan informasi sesuai kebutuhan penelitian.
10. Seluruh Kepala Puskesmas Kota Parepare dan jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan kepada Peneliti untuk menggali dan mengumpulkan informasi sesuai kebutuhan penelitian.
11. Seluruh Anggota Forum GenRe yang telah memberikan kesempatan dan bantuan kepada Peneliti untuk menggali dan mengumpulkan informasi sesuai kebutuhan penelitian.

12. Segenap Kedua Orang tua saya tercinta, Ayahanda Aminu Umar dan Ibunda ST. Rahman Amd.Keb yang selalu mendoakan dan selalu mendukung baik moril maupun materil selama peneliti melaksanakan peroses belajar di Program Studi Magister Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
13. Saudara-saudari saya Kakanda Wahida, S.Pd beserta suami Kakanda Qadri Ponta, S.ST, Kakanda Taufik, S.E, Kakanda Takdir, S.ST.Pel beserta istri Kakanda Rina Yustia yang selalu mendoakan dan selalu mendukung baik moril maupun materil selama peneliti melaksanakan peroses belajar di Program Studi Magister Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
14. Teman-teman Angkatan VI Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan motivasi kepada peneliti.

Semoga Bantuan, bimbingan dan arahan yang telah diberikan menjadi amal ibadah bagi seluruh pihak sehingga memperoleh balasan yang baik dari Allah SWT. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Tesis ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan penelitian ini.

Wassalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarokaatuh.

Makassar,.....2021

Penulis

ABSTRAK

NURFITRI. *Strategi Stakeholder Primer Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) Berdasarkan Analisis Determinan Kehamilan Remaja (Usia 15-19 Tahun) di Kota Parepare* (dibimbing oleh **Ema Alasiry** dan **Nugraha Utama Pelupessy**).

Angka Kelahiran Remaja semakin meningkat (48/1000 menjadi 54,2/1000 perempuan), disebabkan karena peran stakeholder primer sebagai ujung tombak dalam PKRR yang tidak maksimal. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui strategi yang tepat bagi stakeholder primer PKRR berdasarkan determinan kehamilan remaja di Kota Parepare.

Ini adalah penelitian evaluasi, dilakukan pada bulan November-Desember 2020, menggunakan metode campuran desain sequensial eksploratori. Data yang dikumpulkan adalah data tentang variasi strategi stakeholder primer PKRR, optimasi kinerja stakeholder primer PKRR dan hubungan keduanya secara kuantitatif (99 sampel-*disproporsionate-statified-sampling*) menggunakan analisis deskriptif korelasi, dan data kualitatif (6 informan) berupa kesimpulan determinan kehamilan remaja menggunakan analisis Grounded, lalu dieksplorasi berdasarkan analisis SWOT untuk menentukan strategi yang tepat bagi stakeholder primer PKRR di Kota Parepare.

Hasilnya yaitu: stakeholder primer yang paling banyak melaksanakan strategi PKRR secara optimal (T-skor \geq 50) adalah Peerconselor (75%) sedangkan Tenaga Kesehatan (100%) tidak optimal (T-skor $<$ 50), ada hubungan antara variasi strategi stakeholder primer PKRR dengan tingkat optimasi kinerja stakeholder primer PKRR (p.value 0.002 $<$ 0,05), dan determinan kehamilan remaja adalah besarnya dorongan orang tua pada kasus pernikahan dini, karena kurangnya kerjasama antara stakeholder primer sehingga tidak terbentuk PKRR yang komprehensif. Berdasarkan Matrix SWOT, titik koordinat (-0.332,-0.084) garis potongnya berada di Kuadran III. Kesimpulannya, strategi yang tepat adalah Strategi Survival, dengan: (1) Meningkatkan sosialisasi pelatihan pendidikan sebaya dengan bantuan Dinas Kesehatan. (2) Bekerja sama dengan Puskesmas terdekat dalam Program PKRR. (3) Mengutamakan remaja menjadi subjek dan stakeholder primer dalam pelaksanaan PKRR.

Kata kunci: *strategi, stakeholder primer, pendidikan, kesehatan reproduksi, determinan kehamilan remaja*



ABSTRACT

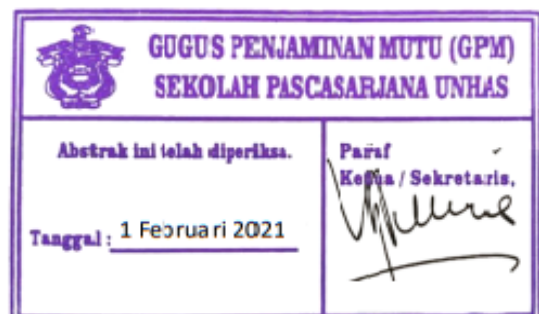
NURFITRI. *Primary Stakeholder Strategy of Adolescent Reproductive Health Education (ARHE) Base on Analysis Determinants of Adolescent Pregnancy (Age 15-19 Years) in Parepare City* (supervised by **Ema Alasiry** and **Nugraha Utama Pelupessy**).

The Adolescent Birth Rate is increasing (48/1000 to 54.2/1000 women), because the role of primary stakeholders as the key to succes in ARHE which isn't optimal. The research aimed to appropriate strategy for primary stakeholders of ARHE based on determinants of adolescent pregnancy in Parepare City.

This was evaluation research, at November-December 2020, using a mixed method explonatory sequential design. The collected data are variation of ARHE primary stakeholder strategies, optimization of the performance of ARHE primary stakeholders and the corelation which is quantitative (99 samples-disproportionate-statified-sampling) using descriptive correlation analysis, and qualitative data (6-informants) form of conclusions on the determinants of adolescent pregnancy using Grounded analysis, then explored based on a SWOT analysis to determine the right strategy for ARHE primary stakeholders in Parepare City.

The results are: the primary stakeholders who carried out the most optimal of ARHE strategies (T-score \geq 50) were Peerconselor (75%) while Health Workers (100%) weren't optimal (T-score $<$ 50), there was corelation between strategy variations of ARHE primary stakeholder with the optimization of the performance of ARHE primary stakeholders (p.value 0.002 $<$ 0.05), and determinants of adolescent pregnancy was to the large motivation of parents to the case of early marriage, because of the lack cooperation between primary stakeholders so that isn't comprehensive of ARHE. Based on the SWOT Matrix, the coordinate point (-0.332,-0.084) has intersection in Quadrant III. The conclusion, the right strategy is Survival Strategy, by: (1) Increasing socialization of peer-education training with Health Office. (2) Collaboration with nearest public health center to implement the ARHS Program. (3) Prioritizing adolescents as subjects and primary stakeholders in the implementation of ARHE.

Keywords: *strategy, primary stakeholders, education, health reproduction, adolescent pregnancy*



ABSTRACT

NURFITRI. Primary Stakeholder Strategy of Adolescent Reproductive Health Education Based on Analysis Determinants of Teenage Pregnancy (Age 15-19 Years) in Parepare City (supervised by Ema Alasiry and Nugraha Utama Pelupessy).

The cases of adolescent pregnancy is increasing (48/1000 to 54.2/1000 women) one of the cause is the role of primary stakeholders as the key to succes in Adolescent Reproductive Health Education (ARHE) which isn't yet optimal. The research aimed to appropriate strategy for primary stakeholders of ARHE based on determinants of adolescent pregnancy in Parepare City. The research type was evaluation research, at November-December 2020, using a mixed method explonatory sequential design. The collected data are variation of ARHE primary stakeholder strategies, optimization of the performance of ARHE primary stakeholders and the corelation which is quantitative (99 samples-disproportionate statified sampling) using descriptive correlation analysis, and qualitative data (6-informants) form of conclusions on the determinants of adolescent pregnancy using Grounded analysis, then explored based on a SWOT analysis to determine the right strategy for ARHE primary stakeholders in Parepare City. The results are: the primary stakeholders who carried out the most optimal of ARHE strategies (T-score \geq 50) were Peerconselor(75%) while Health Workers(100%) weren't optimal (T-score $<$ 50), there was a corelation between strategy variations of ARHE primary stakeholder with the optimization of the performance of ARHE primary stakeholders (p.value $0.002 < 0.05$), and the determinants of adolescent pregnancy was to the large motivation of parents to the case of early marriage, because of the lack cooperation between primary stakeholders so that a comprehensive of ARHE isn't formed. Based on the SWOT Matrix, the coordinate point (-0.332,-0.084) has intersection in Quadrant III. The conclusion, the right strategy is Survival Strategy, by: (1)increasing socialization assisted by the Health Office, in the form of counseling for peer-education training by involving all of ARHE primary stakeholders, especially parents who are the targets of the AFC Program (2)collaboration with nearest public health center to implement the ARHS Program as of the service provider public health, including adolescents (3)prioritizing primary stakeholders to an active role in implementation and making adolescents as subjects in ARHE.

Keywords: Strategy, Primary Stakeholders, Education, Health Reproduction, Determinants of Adolescent Pregnancy

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
PRAKATA.....	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Fokus Masalah.....	6
C. Rumusan Masalah.....	7
D. Tujuan Penelitian.....	7
E. Manfaat Penelitian.....	7
F. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
G. Sistematika Penulisan.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	11
1. Konsep Remaja.....	11
2. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).....	16
3. Konsep Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR).....	23
B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Remaja.....	32
1. Definisi Kehamilan.....	32
2. Faktor-faktor Penyebab Kehamilan.....	33
3. Masalah Kehamilan Remaja.....	37
4. Penanggulangan Kehamilan Remaja.....	38
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Stakeholder</i>	40
1. Definisi <i>Stakeholder</i>	40
2. Kategori <i>Stakeholder</i>	41
3. <i>Stakeholder</i> dalam PKRR.....	42
4. <i>Stakeholder</i> Primer PKRR.....	43
D. Tinjauan Umum Tentang Strategi.....	46
1. Konsep Strategi.....	46
2. Strategi PKRR.....	50
3. Kriteria Optimalisasi Strategi PKRR.....	52
E. Kerangka Pikir.....	54
F. Pertanyaan Penelitian Dan Hipotesis Penelitian.....	56
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Pendekatan Dan Desain Penelitian.....	57
B. Lokasi, Subjek Penelitian Dan Teknik Pengambilan Sampel.....	58
1. Lokasi Penelitian.....	58
2. Subjek Penelitian.....	59
3. Teknik Pengambilan Sampel.....	60
C. Definisi Operasional.....	63

D. Alur Penelitian.....	65
E. Pengumpulan Data Dan Instrumen Penelitian.....	65
1. Pengumpulan Data.....	65
2. Instrumen Penelitian.....	67
F. Uji Validitas Dan Reliabilitas.....	72
1. Tahap Kuantitatif.....	73
2. Tahap Kualitatif.....	75
G. Metode Pengolahan Dan Analisis Data.....	76
1. Tahap Kuantitatif.....	76
2. Tahap Kualitatif.....	79
3. Analisis SWOT.....	80
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	83
A. Hasil Penelitian.....	83
1. Gambaran Umum Kasus Kehamilan Remaja (15-19 Tahun) Di Kota Parepare.....	83
2. Analisis Deskriptif Kuantitatif.....	86
3. Analisis Kualitatif.....	106
4. Analisis SWOT.....	110
B. Pembahasan.....	118
1. Analisis Determinan Kehamilan Remaja (15-19 Tahun) Di Kota Parepare.....	118
2. Variasi Strategi <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Dengan Tingkat Optimalisasi Kinerja Stakeholder Primer PKRR Di Kota Parepare.....	125
3. Analisis SWOT Untuk Strategi Stakeholder Primer PKRR Berdasarkan Analisis Determinan Kehamilan Remaja Di Kota Parepare.....	126
C. Keterbatasan Penelitian.....	131
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	132
A. Simpulan.....	132
B. Saran.....	134
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Perubahan Fisik Pada Remaja.....	13
Tabel 2.2.	Perkembangan Kognitif Remaja.....	13
Tabel 2.3.	Masalah Kehamilan Remaja.....	37
Tabel 3.1.	Proporsi Setiap Strata Pada Populasi <i>Stakeholder Primer</i> PKRR.....	61
Tabel 3.2.	Kasus Kehamilan Remaja (Usia 15-19 Tahun) Di Kota Parepare.....	62
Tabel 3.3.	Definisi Operasional.....	63
Tabel 3.4.	Kisi-Kisi Kuesioner Strategi <i>Stakeholder Primer</i> PKRR.....	68
Tabel 3.5.	Pedoman Wawancara.....	68
Tabel 3.6.	Kisi-Kisi Angket Identifikasi SWOT Kuantitatif.....	72
Tabel 3.7.	Faktor Strategis Internal.....	80
Tabel 3.8.	Faktor Strategis Eksternal.....	81
Tabel 4.1.	Frekuensi Jawaban Variasi Dan Penilaian Kinerja <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Untuk Tenaga Kesehatan.....	86
Tabel 4.2.	Frekuensi Jawaban Variasi Dan Penilaian Kinerja <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Untuk Guru (MAN 2 Kota Parepare).....	89
Tabel 4.3.	Frekuensi Jawaban Variasi Dan Penilaian Kinerja <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Untuk Orang Tua Remaja Putri (MAN 2 Kota Parepare).....	93
Tabel 4.4.	Frekuensi Jawaban Variasi Dan Penilaian Kinerja <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Untuk Peerconselor (Forum GenRe Ang.III Kota Parepare).....	100
Tabel 4.5.	Tabulasi Silang Hubungan Variasi <i>Stakeholder Primer</i> PKRR Dengan Tingkat Optimalisasi Kinerja <i>Stakeholder</i> <i>Primer</i> PKRR Di Kota Parepare.....	105
Tabel 4.6.	IFAS (<i>Internal Strategic Factor Analysis Summary</i>).....	110
Tabel 4.7.	EFAS (<i>External Strategic Factor Analysis Summary</i>).....	112
Tabel 4.8.	SFAS (<i>Strategic Factor Analysis Summary</i>).....	114
Tabel 4.9.	Matrikx SWOT.....	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar. 2.1.	Skema Kerangka Pikir.....	55
Gambar. 3.1.	Desain Penelitian.....	57
Gambar. 3.2.	Bagan Alur Penelitian.....	65
Gambar. 3.3.	Korelasi <i>Product Moment</i>	73
Gambar. 3.4.	<i>Alpha Crombach</i>	74
Gambar. 4.1.	Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur Dan Jenis Kelamin Di Kota Parepare 2018.....	83
Gambar. 4.2.	Kasus Kehamilan Remaja (15-19 Tahun) Di Kota Parepare.....	84
Gambar. 4.3.	Matrikx Pilihan Strategi Utama.....	115

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
- Lampiran 2 PERMOHONAN PERSETUJUAN PENELITI
- Lampiran 3 LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN STAKEHOLDER
PRIMER PKRR
- Lampiran 4 LEMBAR PERSETUJUAN INFORMAN
- Lampiran 5 LANDASAN INSTRUMEN
- Lampiran 6 HASIL VALIDITAS DAN RELIABILITAS INSTRUMEN
- Lampiran 7 INSTRUMEN PENELITIAN
- Lampiran 8 SPss HASIL ANALISIS VARIASI STRATEGI STAKEHOLDER
PRIMER PKRR
- Lampiran 8 SPss HASIL DETERMINAN KEHAMILAN REMAJA (USIA 15-19 TAHUN
KOTA PAREPARE
- Lampiran 9 SURAT BALASAN LOKASI PENELITIAN

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2017) mencatat lebih dari 3000 remaja meninggal setiap hari, dengan total 1,2 juta kematian per tahun, dari penyebab yang sebagian besar dapat dicegah. Berupa kematian akibat cedera kecelakaan dan kematian akibat tingkat derajat kesehatan yang tidak memadai. Sehingga WHO merekomendasikan tindakan peningkatkan kesehatan remaja.

Dalam laporan "*Accelerated Action for the Health of Adolescent (AA-HA!)*" mengungkapkan perbedaan mencolok penyebab kematian remaja berdasarkan usia (remaja yang lebih muda berusia 10-14 tahun dan lebih tua berusia 15-19 tahun) dan berdasarkan jenis kelamin. Data ini menegaskan bahwa remaja muda (10-14 tahun) lebih rentan mengalami cedera kecelakaan hingga kematian, didominasi oleh remaja laki-laki. Sedangkan pada remaja usia lebih tua (15-19 tahun) umumnya angka morbiditas dan mortalitas didominasi oleh remaja perempuan karena masalah kesehatan, terutama masalah Kesehatan Reproduksi (Kespro) (WHO, 2017).

Mengenai masalah kesehatan remaja di Indonesia banyak menarik perhatian, mengingat jumlah remaja di Indonesia yang cukup besar, yakni mencapai 22.2 juta dari 268,1 juta total penduduk Indonesia. Mengakibatkan potensi masalah dari kalangan remaja juga cukup besar (BKKBN, 2013; BPS, 2018).

Dalam ruang lingkup remaja, isu-isu kesehatan yang sering diangkat adalah Tiga Ancaman Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja (TRIAD KRR), seperti isu seksualitas, Penyakit Menular Seksual (PMS) dan penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif) (WHO, 2006; BKKBN, 2013; BPS, 2018).

Isu seksualitas dalam konsep TRIAD KRR berkontribusi besar terhadap Kespro. Hal ini didasari pengertian seksualitas sebagai aspek sentral untuk menjadi manusia dalam siklus kehidupan yang dipengaruhi oleh interaksi biologis, faktor psikologis, sosial, ekonomi, politik, budaya, etika, hukum, sejarah, dan spiritual. Masalah seksualitas digambarkan seperti kasus; pernikahan dini, kehamilan remaja, seks bebas, Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), aborsi, PMS dan pemerkosaan (BKKBN, 2013; 2014; BKKBN, 2014; Palinoan, 2015)

Dalam penelitian ini, isu seksualitas yang diangkat adalah kasus kehamilan, baik kehamilan remaja direncanakan maupun tidak direncanakan. Hal ini didasari karena kehamilan remaja perempuan (15-19 tahun) lebih berisiko dibandingkan dengan orang dewasa yang hamil. Pada remaja (15-19 tahun) berpotensi lebih besar mengalami masalah kesehatan bahkan samapai pada kematian, baik di masa kehamilan, persalinan dan pasca-salin. Serta risiko kondisi bayinya, dilaporkan besar kemungkinan mengalami kelahiran *premature*, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), komplikasi neonatal, hingga kelainan kongenital. Kesimpulan masalah yang akan dihadapi karena kasus kehamilan remaja adalah meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (AKI & AKB) (Syafrudin, 2009; BKKBN, 2014; Palinoan, 2015; Cinar, 2017; WHO, 2019).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 angka kelahiran pada remaja (*the Adolescent Birth Rate/ ABR*) masih sangat tinggi, yaitu 48/1000 perempuan menjadi 54,2/1000 perempuan. Disebabkan oleh perilaku seksualitas remaja yang semakin mengkhawatirkan dan pengaruh budaya terkait perkawinan usia muda. Indonesia termasuk Negara ke 37 dengan persentase pernikahan remaja yang tinggi dan merupakan tertinggi kedua di ASEAN setelah Kamboja (Widodo, 2015; Lestari, 2016; BKKBN, 2018).

Di Indonesia melalui Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019 bersama Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), mencatat tentang Kespro dan Kesehatan Remaja, yakni; memasukkan fasilitas pelayanan Kespro (melalui pendidikan) untuk remaja dan perempuan dalam indikator Peran Serta Masyarakat (PSM), mengupayakan layanan Kespro termasuk pendidikan seksualitas komprehensif di Puskesmas untuk aktif memberikan penyuluhan di sekolah sesuai jenjang pendidikan, serta membentuk *peer conseling* untuk remaja (15-19 tahun) sebagai intervensi lintas sektor antara layanan kesehatan dan pendidikan, seperti yang direkomendasikan WHO (Kemenkes RI, 2017; WHO, 2017).

Upaya peningkatan taraf KRR melalui Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dilakukan dengan strategi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR). Pelaksanaannya dipengaruhi oleh *stakeholder*, yaitu kelompok atau individu yang dapat mempengaruhi dan atau dipengaruhi oleh suatu pencapaian tertentu dalam hal ini baik dari pihak lembaga kesehatan maupun dari pihak lembaga pendidikan serta pihak lain yang mempengaruhi lingkungan remaja (Kemenkes RI, 2015; 2017; Budiawan, 2018).

Secara umum *stakeholder* dibagi 3 berdasarkan tingkat kepentingannya, yaitu; *stakeholder* kunci sebagai pemegang kewenangan yaitu dalam hal pengambilan keputusan dan legalitas, *stakeholder* sekunder sebagai pihak yang tidak memiliki keterkaitan langsung tetapi peduli terhadap suatu isu, dan *stakeholder* primer yang merupakan pihak yang memiliki kepentingan secara langsung baik itu mempengaruhi dan dipengaruhi (Mafune, 2008; Ulum, 2017; Budiawan, 2018).

Berdasarkan definisi *stakeholder*, maka *stakeholder primer* adalah pihak yang memiliki keterkaitan langsung dalam pelaksanaan strategi PKRR yakni: BKKBN dalam hal ini adalah tenaga kesehatan baik Dokter, Perawat ataupun Bidan yang berkompeten dalam PKPR, Forum guru seperti guru bimbingan konseling (BK), guru matapelajaran Pendidikan Jasmani Olahraga dan Kesehatan (PJOK), guru biologi dan guru agama, pihak orangtua, dan organisasi remaja. Setiap *stakeholder primer* memiliki strategi yang berbeda-beda dalam pelaksanaan PKRR sesuai dengan peran, fungsi dan tugas masing-masing (Budiawan, 2018).

Dalam hal ini, tenaga kesehatan menjalankan strateginya sesuai dengan perannya sebagai konselor (pembimbing) untuk memberikan konseling (penyuluhan) kepada remaja secara umum, baik individu maupun berkelompok. Serupa dengan tenaga kesehatan, forum guru juga menjalankan strateginya dengan konseling tapi karena dalam hal ini remaja sebagai peserta didik di satuan pendidikan maka dibatasi oleh tujuan pembelajaran. Adapun pihak orang tua, dalam menjalankan strateginya harus lebih kompleks dan fleksibel melalui pola asuh yang sesuai, yaitu model pola asuh demokratis yang bersifat hangat dan dekat dengan anak. Sementara organisasi remaja dalam menjalankan perannya lebih banyak dipengaruhi oleh stimulasi sumber informasi yang mereka dapatkan, sehingga kapasitas informasi setiap remaja berbeda dan strateginya lebih banyak melalui komunikasi secara bebas dan tidak terstruktur dalam suatu forum (Masfiah. dkk, 2013; BKKBN, 2013; SDKI, 2012; Budiawan, 2018).

Strategi pihak *stakeholder primer* dapat dinilai berdasarkan penelitian terdahulu, yakni Budiawan (2018) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa peran *stakeholder* dalam PKRR mengalami disfungsi pola hubungan berdasarkan *stakeholder issue interrelationship diagram*, menunjukkan beberapa interaksi

strategis diantara *stakeholder* belum terjalin. Ditambahkan oleh Ningsih (2018) bahwa tidak semua standar nasional PKPR dapat terpenuhi karena sosialisasi terselenggara dengan tidak baik, yang tentu saja merupakan peran *stakeholder*. Sebelumnya memang telah dijelaskan oleh Sekarputri (2014) tentang keterbatasan pemerintah dalam pelayanan KRR berupa tantangan dari lembaga adat dan agama yang menganggap bahwa PKRR adalah pendidikan seksual yang harus diwaspadai karena dikhawatirkan dapat menjerumuskan remaja berperilaku seksual berisiko, sebagai gambaran ketidakpahaman *stakeholder* terkait dengan PKRR (Sekarputri, 2014; Ningsih, 2018; Budiawan, 2018).

Semua permasalahan tersebut membawa konsekuensi negatif, yang pada akhirnya berimplikasi pada kurang optimalnya PKRR dalam pelaksanaan PKPR. Meskipun telah mencapai 45,57% dari standar 30%. Namun masih menyisakan ± 10 Provinsi yang pencapaiannya paling rendah. Pulau Sulawesi adalah wilayah yang capaiannya tergolong rendah, terdiri dari wilayah Sulawesi Selatan yang menempati urutan tiga terendah sebesar 22,54% dan terparah adalah daerah Sulawesi Barat sebesar 18,09% (PKI, 2016; Ningsih, 2018; Budiawan, 2018).

Ketidakberhasilan PKPR di Sul-Sel dalam strategi PKRR dikaitkan dengan hasil penelusuran yang mencatat 333 pasang usia remaja yang telah menikah secara resmi selama tahun 2017. Hal yang paling mengesankan sebagai akibat dari kehamilan remaja adalah maraknya pembuangan bayi baru lahir oleh para remaja, yang dicatat oleh Mulyadi (2018), bahwa dalam waktu sebulan tercatat 2 kasus pembuangan bayi baru lahir di Kota Parepare pada bulan 09/2018. Dan tercatat data Tahun 2019 tentang kasus kehamilan remaja (usia 15-19 tahun) mencapai 246 kasus dari total 1038 kehamilan ($\frac{1}{4}$ dari total kehamilan) (Firiani, 2017; Mulyadi, 2018; Dok. Seluruh Puskesmas Kota Parepare, 2020).

Berdasarkan hal tersebut, titik urgensi penelitian ini terletak pada tingginya angka kehamilan remaja yang diasumsikan sebagai efek dari kurang optimalnya *stakeholder* PKRR dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Membuktikan hal tersebut, penting adanya sinkronisasi antara analisis determinan kehamilan remaja sebagai isu dan identifikasi strategi *stakeholder primer* yang menjadi ujung tombak pelaksanaan PKRR sebagai faktor penyebab terjadinya isu tersebut. Agar lebih transparan dalam menegakkan faktor yang paling mempengaruhi kehamilan remaja serta memudahkan untuk membaca seperti apa strategi dan optomasi yang dilakukan pihak *stakeholder primer* PKRR. Dengan harapan setelah penelitian ini, akan dihasilkan strategi *stakeholder primer* PKRR yang sesuai dengan kebutuhan remaja terutama dalam pencegahan dan penanggulangan kasus kehamilan remaja.

Sehingga mendorong penulis untuk mengangkat judul “Strategi *Stakeholder Primer* Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Berdasarkan Analisis Determinan Kehamilan Remaja Di Kota Parepare”.

B. Fokus Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka fokus permasalahan penelitian ini dijabarkan sebagai berikut:

1. Bagaimana analisis determinan kehamilan remaja di Kota Parepare?
2. Bagaimana variasi strategi *stakeholder primer* PKRR dengan tingkat optimalisasi kinerja *stakeholder primer* PKRR di Kota Parepare?
3. Apa saja strategi *stakeholder primer* PKRR yang tepat berdasarkan analisis SWOT tentang determinan kehamilan remaja di Kota Parepare?

C. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana strategi *stakeholder primer* PKRR berdasarkan analisis determinan kehamilan remaja di Kota Parepare?”.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan mengetahui strategi *stakeholder primer* PKRR berdasarkan analisis determinan kehamilan remaja di Kota Parepare.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis determinan kehamilan remaja (usia 15-19 tahun) di Kota Parepare.
- b. Mengidentifikasi strategi *stakeholder primer* PKRR di Kota Parepare, meliputi:
 - 1) Mengetahui variasi strategi *stakeholder primer* PKRR
 - 2) Mengetahui tingkat optimalisasi kinerja *stakeholder primer* PKRR
 - 3) Mengetahui hubungan variasi strategi *stakeholder primer* dengan tingkat optimalisasi kinerja *stakeholder primer* PKRR
- c. Mengetahui strategi *stakeholder primer* PKRR yang tepat berdasarkan analisis SWOT tentang determinan kehamilan remaja di Kota Parepare.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah *keasanah* perkembangan ilmu mengenai strategi *stakeholder primer* PKRR berdasarkan analisis determinan kehamilan remaja di Kota Parepare.

2. Manfaat Peraktis

- a. Bagi peneliti, diharapkan dapat menjadi pengalaman belajar selama di Universitas Hasanuddin Makassar Program Megister Pascasarjana Ilmu Kebidanan terkait PKRR dan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya.
- b. Bagi institusi tempat peneliti menimbah ilmu “Universitas Hasanuddin Makassar” diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan sumber bacaan yang relevan dibidang Kebidanan khususnya teori terkait strategi *stakeholder primer* PKRR berdasarkan determinan kehamilan remaja.
- c. Bagi semua remaja, diharapkan dapat menjadi bahan masukan agar memahami bahaya kehamilan usia remaja dari segi KRR baik fisik maupun psikososial. Serta bagi remaja yang mengalami kasus kehamilan (informan) diharapkan dapat menjadi wadah berbagi pengalaman dan sebagai bahan renungan dan evaluasi.
- d. Bagi *stakeholder primer* PKRR secara keseluruhan diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi hasil kerja dalam pelaksanaan PKRR.

F. Ruang Lingkup Penelitian

1. Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi adalah uraian materi mengenai variabel penelitian sebagai penunjang data dasar. Materi yang dibahas mengenai tinjauan umum PKRR, kehamilan remaja, dan *stakeholder* secara umum dan spesifik berdasarkan PKRR beserta strateginya.

2. Ruang Lingkup Responden

Responden penelitian ini dibagi dua: untuk analisis determinan kehamilan remaja melibatkan remaja hamil sebagai responden disebut informan. Serta responden untuk identifikasi strategi *stakeholder primer* PKRR melibatkan: tenaga kesehatan yang kompetan dalam PKPR (dokter/ perawat/ bidan/ kesehatan lingkungan, dll) dari seluruh Puskesmas Kota Parepare; forum guru Sekolah Menengah Atas/ Madrasah Aliyah (MAN 2 Parepare) yang 1 tahun terakhir diberi penyuluhan KRR serta sebagai sekolah percontohan Binaan BKKBN (guru BK, guru matapelajaran PJOK, Biologi, dan Agama); pihak orangtua remaja putri dari sekolah tersebut yang telah diberi penyuluhan KRR; dan organisasi remaja (Anggota Forum Genre Angkatan III) yang 1 tahun terakhir mendapat penyuluhan KRR.

3. Ruang Lingkup Tempat

Ruang lingkup tempat adalah lokasi pengambilan atau penentuan ruang lingkup responden yang telah memenuhi kriteria dalam penelitian. Yang paling penting terkait ruang lingkup tempat penelitian adalah lokasi yang diputuskan berdasarkan studi literatur dan digambarkan dalam latar belakang. Maka dari itu berdasarkan uraian latar belakang di atas dan judul yang diajukan, maka Kota Parepare patut untuk dijadikan tempat penelitian.

4. Ruang Lingkup Waktu

Ruang lingkup waktu adalah ketentuan waktu, mulai awal pelaksanaan penelitian, persiapan, pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, penulisan laporan, hingga pada sesi penggandaan hasil penelitian. Penelitian ini dimulai sejak akhir April – Desember 2020.

G. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan proposal penelitian ini disusun dari Bab I, Bab II, Bab III, Bab IV dan Bab V, yang dilanjutkan dengan Lampiran-lampiran perihal pelaksanaan dan data penelitian ini. Semuanya disusun secara sistematis dituliskan berdasarkan sub bab masing-masing.

Bab I berisikan latar belakang, fokus permasalahan, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian, dan sistematika penulisan. Bab II membahas tinjauan pustaka, kerangka pikir serta pertanyaan penelitian dan hipotesis. Bab III berisikan metode dan desain penelitian, lokasi, subjek penelitian dan teknik pengumpulan sampel, definisi operasional, alur penelitian, pengumpulan data dan instrumen penelitian, uji validitas dan reliabilitas serta metode pengolahan dan analisis data. Bab IV berisikan hasil penelitian dan pembahasan. Bab V berisikan tentang simpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Konsep Remaja

a. Definisi Remaja

Secara etiologi, istilah remaja disebut *adolescence* dari Bahasa Latin *adolescere* yang diartikan 'tumbuh' atau 'tumbuh menjadi dewasa' sebagai masa perkembangan dan transisi antara masa anak-anak ke masa dewasa mencakup perubahan biologis, kognitif, dan sosial-emosional yang berlangsung cepat, termasuk berkembang menuju kedewasaan seksual, menemukan jati diri, mendefinisikan nilai pribadi dan menemukan fungsi sosial (Santrock, 2003; Thalib, 2010; Susanto, 2018).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) remaja adalah yang berusia 10-19 tahun (*adolescence*). Sementara Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB, 1971) menyebut anak muda (*youth*) untuk usia 15-24 tahun. Kemudian disatukan dalam terminologi kaum muda (*young people*) yang mencakup usia 10-24 tahun (Kilbourne dalam PATH, 2000).

Di Indonesia telah diatur menurut Undang-Undang Perkawinan No.1 tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila sudah cukup matang untuk menikah yaitu 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki-laki, kemudian ditambahkan lagi berdasarkan Undang-Undang No. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai umur 21 tahun (BPS, 2015).

World Health Organization (WHO, 2012) memberikan definisi yang lebih konseptual mengenai remaja, yang merupakan suatu masa individu berkembang dari saat pertama kali menunjukkan tanda seksual sekunder

sampai mencapai kematangan seksual, juga sebagai individu yang mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa, dalam hal ini terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh pada keadaan yang lebih mandiri. WHO menetapkan batasan usia konkritnya adalah berkisar antara 10-20 tahun.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2012) menjelaskan bahwa remaja adalah laki-laki atau perempuan berusia 10-19 tahun dan belum menikah sedangkan berdasarkan fungsi fisiologi dari alat reproduksi remaja, bahwa usia remaja berkisar 12-20 tahun.

b. Perubahan Remaja

Perubahan remaja atau tumbuh kembang yaitu pertumbuhan fisik atau tubuh dan perkembangan emosi. Perubahan yang paling menonjol dalam tumbuh kembang remaja adalah perubahan fisik, perkembangan kognitif dan perkembangan psikososial sebagai proses atau tahap perubahan dan transisi dari masa anak-anak ke masa dewasa (Depkes, 2010; Kumalasari dkk, 2012).

1) Perubahan Fisik

Perubahan fisik dan psikologis remaja disebabkan oleh kelenjar endokrin yang dikontrol oleh susunan saraf pusat di hipotalamus. Beberapa jenis hormon yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan adalah hormon pertumbuhan (*growth hormone*), hormon gonadotropik (*gonadotropic hormone*), *estrogen*, *progesterone* serta *testosterone*. Perubahan fisik berupa percepatan tinggi badan, berat badan, perkembangan karakteristik seks sekunder, perubahan bentuk tubuh dan perkembangan otak.

Tabel 2. 1.
Perubahan Fisik Pada Remaja

PERUBAHAN FISIK REMAJA	
Laki-laki	Perempuan
Otot dada, bahu dan lengan melebar	Pinggul melebar
Kening menonjol, rahang dan dagu melebar	-
Perubahan suara	Pertumbuhan rahim dan vagina
Pertumbuhan penis	-
Pertumbuhan kumis	-
Ejakulasi awal/ mimpi basah	Menstruasi awal
Pertumbuhan rambut kelamin, ketiak, dada, dll	Pertumbuhan rambut kelamin dan ketiak
Pertumbuhan lemak & keringat/ jerawat	Pertumbuhan lemak dan keringat/ jerawat
Pertumbuhan berat dan tinggi badan	Pertambahan berat dan tinggi badan

Sumber: Meilan, dkk, 2018

2) Perkembangan Kognitif

Pekembangan kognitif remaja (umur >11 tahun) berdasarkan Jean Piaget (dalam Suparno, 2001) memasuki tahap *Operasi Formal* yang merupakan tahap terakhir dalam perkembangan kognitif seorang individu. Pada perkembangan kognitif seorang remaja telah dapat berfikir logis, berfikir dengan pemikiran yang teoritis formal berdasarkan proporsi-proporsi dan hipotesis serta dapat mengambil kesimpulan terlepas dari apa yang diamati pada saat itu.

Tabel 2. 2.
Perkembangan Kognitif Remaja

Periode	Perkembangan Kognitif Yang Terjadi
Periode Remaja Awal/ <i>Early adolescence</i> (11-14 tahun)	Pada tahap ini, remaja mulai berfokus pada pengambilan keputusan, baik di rumah maupun di sekolah. Remaja mulai menunjukkan cara berpikir logis, sehingga sering menayakan kewenangan dan standar di masyarakat maupun di sekolah.
Periode Remaja Menengah/ <i>Middle adolescence</i> (15-17 tahun)	Pada tahapan ini terjadi peningkatan interaksi dengan kelompok, sehingga tidak selalu bergantung pada keluarga dan terjadi eksplorasi seksual. Pada masa ini remaja juga mulai mempertimbangkan kemungkinan masa depan, tujuan dan membuat rencana sendiri.
Periode Remaja Akhir/ <i>Late adolescence</i> (18-21 tahun)	Pada tahap ini remaja lebih konsentrasi pada rencana yang akan datang & meningkatkan pergaulan. Selama masa remaja akhir, proses berpikir secara kompleks digunakan untuk memfokuskan masalah idealis, toleransi, keputusan untuk karier/ pekerjaan, serta peran orang dewasa dalam masyarakat.

Sumber: *The Health Resources and Services Administration Guidelines* Dalam Suparno (2001)

3) Perkembangan Psikososial

Menurut Pieter (2017) perkembangan psikososial remaja mengedepankan kualitas, sehingga mendorongnya selektif dalam berteman. Difase ini, kedudukan teman tidak sebatas teman biasa, melainkan mengarah pada hubungan interpersonal (sahabat). Bahkan teman akrab dianggap lebih baik dan berkualitas dalam menentukan peran sosial dibanding orangtua. Selain itu, adanya keinginan remaja memisahkan diri dari pengaruh orangtua dalam menentukan sikap dan perbuatannya, membuat orangtua menilai remaja sebagai anak yang tidak patuh. Tapi, kemudian tereduksi oleh keterbatasan remaja dalam hal keuangan sehingga mengalami konflik dan stres.

Menurut Erikson (Masganti, 2017) manusia melewati 8 tahap perkembangan psikososial. Remaja usia 11-20 tahun melewati 3 tahap:

- a) Rajin (*industry*) versus rendahdiri (*inferiority*) berlangsung diusia 6-12 tahun (*school age*). Anak mulai keluar dari lingkungan keluarga ke lingkungan sekolah, sehingga semua aspek memiliki peran. Orang tua harus selalu mendorong dan memberi semangat, guru harus memberi perhatian dan teman harus menerima kehadirannya. Anak dituntut dapat merasakan keberhasilan sehingga dapat mengembangkan sikap rajin, jika anak tidak dapat meraih sukses dan mersa tidak mampu, anak dapat mengembangkan sikap rendahdiri. Maka orang tua dan guru berperan penting memperhatikan kebutuhan anak pada usia ini dengan mengembangkan kedua karakteristik yang ada. Sehingga ada nilai positif yang dapat dipetik dan dikembangkan dalam peribadinya (kompetensi).

- b) Identitas (*identity*) versus bingung identitas (*identity confusion*) berlangsung ditahap pubertas berakhir antara usia 12-18 tahun. Ruang lingkup tahap ini semakin luas, bukan lingkungan keluarga/ sekolah saja, tapi juga di masyarakat. Pencarian jati diri mulai berlangsung, bila dalam mencari jati diri remaja bergaul di lingkungan yang baik maka akan tercipta identitas yang baik dan sebaliknya.
- c) Keintiman (*Intimacy*) versus isolasi (*Isolation*) pada masa dewasa awal usia 18 atau 20 tahun sampai usia 30 tahun. Tahap ini keintiman dan isolasi harus seimbang untuk memunculkan nilai positif yaitu cinta yang tidak hanya dengan kekasih melainkan secara luas/ universal (keluarga, teman, saudara, binatang dll).

c. Tugas Perkembangan Remaja

Setiap tahap perkembangan memiliki tantangan dan kesulitan, menurut Marmi (2013) remaja dihadapkan pada 2 tugas utama, yaitu:

1) Mencapai ukuran kebebasan/ kemandirian dari orangtua

Pada masa remaja sering ada kesenjangan/ konflik dengan orang tua, karena membutuhkan kebebasan emosional dari orang tua; dalam memilih teman/ melakukan aktivitas. Pada usia pertengahan, ikatan dengan orang tua semakin longgar dan sering menghabiskan waktu bersama teman sebaya. Ditahap akhir, remaja berusaha mengurangi kegelisahan, integritas meningkat, mampu menunda pemuasan, berpendapat jadi lebih baik, mampu berkompromi dan membuat keputusan. Bila tahap ini dilalui dengan baik (ada keluarga dan kelompok sebaya yang suportif) maka remaja akan punya kesiapan dalam mengatasi tugas dan tanggungjawab sebagai orang dewasa.

2) Membentuk identitas agar tercapai integritas dan kematangan diri

Proses ini adalah proses panjang dan kompleks. Membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang, dan yang akan datang dari kehidupan individu, sehingga terbentuk kerangka pikir untuk mengorganisasikan perilaku kedalam berbagai bidang kehidupan.

2. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

a. Definisi KRR

Berdasarkan organisasi dunia, kesehatan reproduksi (Kespro) adalah kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak hanya bebas dari penyakit/ kecacatan berkaitan dengan syarat system reproduksi, fungsi dan prosesnya melainkan juga diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam memanfaatkan alat reproduksi berdasarkan kesuburannya, dapat menjalani kehamilan dan persalinan serta aman mendapatkan bayi tanpa risiko dan selanjutnya mengembalikan kesehatan dalam batas normal. Adapun untuk definisi KRR tentu memiliki konsep yang sama dengan Kespro pada umumnya namun lebih spesifik pada sasaran usia remaja antara 15-19 tahun (Manuaba, 2007; WHO, 2012).

Sasaran utama Kespro berdasarkan pelayanan, yakni pria dan wanita usia subur; remaja putra dan putri yang belum menikah; kelompok risiko (pekerja seks), dan masyarakat keluarga prasejahtera. Dalam Peraturan Pemerintah No.71 tahun 2014, Kespro menjamin kesehatan wanita usia subur dan setiap orang untuk memperoleh pelayanan Kespro yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan sehingga mampu melahirkan generasi sehat dan berkualitas yang berdampak pada penurunan AKI dan AKB (BPS, 2013; Prijatni & Sri, 2016; Meilani, 2018).

Adanya konsep Kespro bahwa tiap orang berhak memiliki kepuasan dalam kehidupan seks yang bertanggungjawab dan aman. Maka remaja pun berhak diberi informasi dan mendapatkan akses Kespro dan seksual yang benar, lengkap dan jujur sehingga mampu membuat pilihan/ keputusan yang bertanggungjawab terkait dengan hak Kespro dan seksualnya.

b. Masalah KRR

Ada 3 ancaman dasar Kespro yang dihadapi remaja (TRIAD KRR) yaitu risiko-risiko yang berkaitan dengan seksualitas, PMS (HIV/AIDS) dan penyalahgunaan NAPZA. Semua risiko tersebut selalu dikaitkan dengan kondisi remaja yang sering menghadapi permasalahan yang kompleks dan sulit ditanggulangi sendiri sebagai dampak dari kondisi remaja yang berada dalam masa transisi dari masa anak-anak ke masa dewasa (BPS, 2013; Kumalasari, 2017; Prijatni & Sri, 2016).

Di Indonesia, TRIAD KRR dalam Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI, 2012 dalam BKKBN, 2013) tercatat 32,1% perempuan dan 36,5% laki-laki (usia 15-19 tahun) mulai berpacaran saat usia <15 tahun, ada juga pengakuan remaja sebanyak 28% perempuan dan 24% laki-laki yang pernah mengonsumsi minuman beralkohol pada usia <15 tahun. Serta 2,8% remaja 15-19 tahun terlibat penyalahgunaan NAPZA.

Remaja yang berpacaran, meningkatkan risiko perilaku seks bebas ketika mereka tidak memiliki keterampilan hidup yang memadai. Dalam SDKI (2012), remaja usia 15-19 tahun yang melakukan hubungan seks pranikah sebanyak 0,7% perempuan dan 4,5% laki-laki. Dengan alasan sebagian besar karena penasaran/ ingin tahu (57,5% pria), terjadi begitu saja (38% perempuan) dan dipaksa oleh pasangan (12,65% perempuan).

Dalam buku Kesehatan Reproduksi (Widyastuti, 2009) serta kajian beberapa penelitian terdahulu, dituliskan masalah seksualitas dan Kespro masih banyak dihadapi oleh remaja. Masalah tersebut, antara lain:

1) Perkosaan

Kejahatan ini memiliki banyak modus. Korban tidak hanya remaja perempuan, tetapi juga laki-laki (sodomi). Remaja perempuan rentan mengalami pemerkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta (Widyastuti, 2009; Wolf, 2020).

2) *Free Sex*

Seks bebas dilakukan dengan pasangan atau pacar yang berbeda, pada remaja (usia <17 tahun) secara medis memperbesar kemungkinan terkena infeksi menular seksual (IMS) dan Virus HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*), juga merangsang tumbuhnya sel kanker pada rahim remaja perempuan (usia 12-17 tahun), karena perubahan aktif pada sel dalam mulut rahimnya. Ini asanya diikuti dengan penggunaan obat terlarang dikalangan remaja. Sehingga akan memperparah persoalan yang dihadapi remaja terkait kesehatan reproduksi (Sebayang dkk, 2018).

3) Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

Hubungan seks pra nikah dikalangan remaja didasari mitos seputar masalah seksualitas. Misalnya, mitos berhubungan seksual dengan pacar adalah bukti cinta atau mitos bahwa sekali berhubungan seksual tidak akan menyebabkan kehamilan. Padahal hubungan seks sekalipun hanya sekali juga menyebabkan kehamilan selama remaja perempuan dalam masa subur (Widyastuti, 2009; Sebayang dkk, 2018).

4) Abortus

Abortus adalah keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Abortus pada remaja terkait dengan KTD biasanya dilakukan secara sengaja (aborsi provokatus), tapi ada juga yang terjadi secara alamiah yakni terjadi karena tekanan psikologis akibat belum mampu menjalani kehamilan (Widyastuti, 2009).

5) Perkawinan dan Kehamilan Remaja

Pernikahan usia remaja akan berujung pada kehamilan, selanjutnya melahirkan anak. Risiko yang mengancam remaja hamil, dikarenakan kondisi kesiapan organ reproduksi yang belum matang untuk menjalani kehamilan dan persalinan. Masalah yang dapat terjadi dalam kondisi ini, diantaranya meningkatkan risiko preeklamsi, abortus, persalinan macet, dan perdarahan pasca-salin. Bahkan setelah anak lahir, seorang remaja perempuan dituntut untuk menjalani perannya sebagai seorang ibu yang tentu bukan hal mudah bagi sebagian remaja. Dampak paling buruknya dapat berlanjut pada janin saat kehamilan dan pada bayi saat persalinan.

Kesimpulannya, bahwa dampak dari pernikahan dan kehamilan muda mampu meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas baik pada ibu maupun pada bayi baru lahir (Cinar, 2017).

6) Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit menular seksual (PMS) dikenal dengan infeksi menular seksual, umumnya ditularkan melalui hubungan seks yang tidak aman. Penyebarannya bisa dari darah, sperma atau cairan tubuh lainnya. Atau tanpa hubungan seksual juga bisa terjadi karena pemakaian jarum suntik secara bergantian.

Pada masa remaja perubahan fisik, psikologis dan kognitif menyebabkan remaja mulai tertarik pada lawan jenis dan mempunyai rasa ingin tahu yang besar. Pemahaman yang kurang dan salah tentang seksualitas menyebabkan remaja berisiko untuk berhubungan seksual tidak aman (bergati pasangan/ tidak menggunakan kondom/ pemakaian narkoba). Perilaku ini meningkatkan risiko PMS pada remaja (Sebayang dkk, 2018).

c. Upaya Peningkatan KRR

Pemerintah membentuk Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di tingkat Puskesmas sebagai upaya peningkatan taraf KRR sejak tahun 2003 (Depkes, 2005; Arsani dkk, 2013).

Program PKPR yakni konseling/ penyuluhan/ pemeriksaan kesehatan, dan pengobatan penyakit dilakukan melalui diskusi dialog. Terangkum dalam Program Generasi Berencana (GenRe) yaitu Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) dan Bimbingan Keluarga Remaja (BKR) keduanya adalah wadah dari program PKBR (Penyiapan Kehidupan Ber-keluarga Bagi Remaja) yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan konseling Kespro serta persiapan kehidupan berkeluarga yang dicanangkan BKKBN dan hanya ada pelayanan informasi dan konseling (BKKBN, 2012; Kemenkes RI, 2013; 2015).

Keseluruhan upaya pemerintah dalam meningkatkan taraf KRR tidak hanya melalui sarana kesehatan, melainkan juga dikonseptkan dalam ruang lingkup pendidikan, akses remaja dan orang muda terhadap pendidikan seks dan pelayanan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) yang komprehensif dan ramah remaja. Upaya peningkatan KRR yaitu:

1) PKPR

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pendekatan yang mendorong provider Puskesmas untuk memberi pelayanan kesehatan yang komprehensif dan sesuai kebutuhan remaja yang menginginkan privasi, diakui, dihargai dan dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan sampai evaluasi kegiatan (Kemenkes RI, 2014).

Konsentrasi kajian PKPR didasari perkembangan dunia secara global, tentang perubahan besar terhadap remaja yang cenderung mengarah pada hal negatif dari pada hal positif. Masalah KRR berupa masalah seksualitas, PMS atau penyalahgunaan NAPZA dapat diselesaikan dengan pemenuhan informasi seluas-luasnya mengenai Kespro, pentingnya menata masa depan yang baik lewat perilaku positif. Maka BKKBN bertanggungjawab menjalankan program PKBR sebagai fasilitas remaja dalam belajar memahami dan mempraktikkan perilaku hidup sehat yang berahlak untuk mencapai ketahanan remaja sebagai dasar mewujudkan Generasi Berencana (GenRe) (Kilbourne, 1998; BKKBN, 2012; Kemenkes RI, 2012; PKBI, 2014).

2) GenRe

Program GenRe dibawah naungan BKKBN, dikembangkan dalam rangka penyiapan dan perencanaan kehidupan berkeluarga bagi remaja. Dijadikan wadah pembinaan dan pengarahan bagi remaja agar mampu menjalani masa transisi kehidupannya. Dilaksanakan dengan dua pendekatan yaitu pembentukan Pusat Informasi dan Konseling (PIK) dan pembentukan kelompok kegiatan Bina Keluarga Remaja (BKR) (Kemenkes RI, 2014; BKKBN, 2016; Alfajriani, 2017).

a) PIK-R

Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) merupakan wadah dalam program GenRe, untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang kesehatan reproduksi serta kegiatan-kegiatan penunjang lainnya. Sasarnya adalah remaja berusia 10-24 tahun dan belum menikah atau mahasiswa(i).

b) BKR

Pengembangan kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR) membantu orang tua dalam memahami permasalahan remaja dan cara berkomunikasi dengan remaja. Sebagai strategi pendekatan terhadap orang tua dari program GenRe, harus terus mendapat perhatian dari semua pihak baik orangtua atau tokoh masyarakat dengan harapan dapat meningkatkan bimbingan/ pembinaan tumbuh kembang remaja secara baik dan terarah dalam rangka membangun keluarga berkualitas.

3) PKRR

Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) merupakan bagian dari "Pendidikan Kesehatan". Program PKRR direalisasikan pada tahun 2013 bersamaan dengan terbentuknya Kurikulum 2013. Namun belum disusun secara eksplisit dalam satu mata pelajaran khusus melainkan telah diformulasikan secara intra-kurikulum dengan membahas secara tersirat pembahasan KRR dalam beberapa mata pelajaran seperti Biologi, Pen. Jasmani Kesehatan dan Olahraga (PJOK), serta Pen. Agama (Muflihati, 2010; Masfia, 2013; Qomarasari, 2015).

Mengingat bahwa remaja perlu mengetahui tentang kesehatan reproduksi, menurut Masfiah (2013) strategi yang baik untuk PKPR adalah mengintegrasikan PKRR secara intra-kurikulum dengan harapan segala informasi yang diperoleh remaja dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Hal tersebut dibenarkan dalam Gerakan Kesehatan Ibu dan Anak (GKIA) pada tahun 2016 bahwa PKPR yang diintegrasikan dalam Kurikulum 2013 sangat sesuai dengan tujuan pembelajaran KRR yang mengacu pada kemampuan/ *soft skill* peserta didik.

3. Konsep Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR)

Pendidikan kesehatan reproduksi secara umum merupakan pendidikan yang menyangkut persoalan seksualitas manusia, tentang proses keturunan (reproduksi), perkembangan sosial manusia, tingkah laku seksual, perkawinan, hubungan seks dan aspek kesehatan serta psikososial. Pembahasan Kespro dalam ruang lingkup remaja adalah hal yang sensitif, maka memerlukan kejelian ekstra dalam membatasi setiap sub persoalannya (Rajab, 2009).

Definisi yang tepat memaknai Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) menurut Surtiretna (2000) bahwa pendidikan Kespro bukan hanya memberikan pengetahuan tentang fungsi organ reproduksi tetapi juga menanamkan moral, etika serta ajaran agama agar tidak terjadi penyalahgunaan terhadap fungsi reproduksi tersebut. Intinya adalah membentuk perilaku reproduksi yang sehat yaitu keadaan sehat jasmani, psikologi, sosial, yang berhubungan dengan fungsi dan proses sistem reproduksi. Pendidikan kesehatan hakekatnya adalah suatu bentuk intervensi untuk menciptakan perilaku yang kondusif untuk kesehatan (WHO, 2005; Sarwono, 2015).

Dalam Peraturan Menteri Pendidikan Nasional No.22 tahun 2006 tentang Standar Isi Pendidikan Dasar Dan Menengah, salah satu fokus dalam menjelaskan tentang system pendidikan, membawa kita pada definisi PKRR yang merupakan bagian dari "Pendidikan Kesehatan".

Secara eksplisit, pendidikan kesehatan reproduksi dan seksualitas merupakan bagian dari "Pendidikan Kesehatan" yang dapat dilaksanakan sebagai kegiatan ekstrakurikuler maupun kurikuler (sebagai bagian dari pelajaran Biologi, PJOK, dan Agama). Materinya mencakup: kebersihan diri, penyakit menular, potensi Kejadian Luar Biasa (DBD, Flu Burung, Diare), PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat), tatanan sekolah, kantin sehat, gizi, kesehatan lingkungan, Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K), KRR, narkoba, HIV dan AIDS, PMS, serta program UKS. Saat ini, belum ada ketentuan khusus bahwa sekolah harus melaporkan kegiatan terkait Kespro tersebut ke Dinas Pendidikan dan Kebudayaan tingkat Kabupaten (Muflihati, 2010; Masfia, 2013; Qomalasari, 2015; Kemenkes RI, 2015).

a. Tujuan PKRR

Tujuan pendidikan kesehatan reproduksi remaja adalah untuk membentuk suatu sikap emosional yang sehat terhadap masalah seksualitas dan membimbing remaja kearah hidup dewasa yang sehat dan bertanggung-jawab terhadap kehidupan seksualnya. Pendidikan reproduksi selain menerangkan tentang aspek anatomi dan biologis juga menerangkan tentang aspek psikologis dan moral. Pendidikan reproduksi yang benar harus menjadi sumber informasi yang akurat dan bertanggungjawab dengan memasukkan unsur-unsur hak asasi manusia, nilai kultural dan agama (Mu'tadin, 2009).

Tujuan khusus dari sistem pelayanan dan PKRR adalah melindungi remaja dari risiko IMS, HIV/AIDS, pernikahan usia dini, kekerasan seksual, aborsi, KTD dan meningkatkan kemandirian remaja mengatur fungsi dan proses reproduksi termasuk kehidupan seksualitasnya, sehingga hak Kespro dapat terpenuhi dalam meningkatkan kualitas hidup serta kualitas keturunan baik fisik, mental dan sosialnya yang terbebas dari rasa takut, tindakan kekerasan dan diskriminasi (Masfia, 2013; Qomalasari, 2015).

Dengan informasi yang benar diharapkan remaja memiliki perilaku yang bertanggungjawab mengenai proses reproduksinya. Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja yakni: 1)Pengenalan system, proses dan fungsi alat reproduksi (tumbuh kembang remaja), perlunya pendewasaan usia kawin serta perencanaan kehamilan sesuai keinginan bersama (pasangan). 2)Penyakit menular seksual HIV/ AIDS serta bahayanya bagi Kespro. 3)Pengaruh media sosial terhadap perilaku seksual. 4)Bahaya penggunaan obat-obatan/ narkoba bagi Kespro. 5)Kekerasan seksual dan cara menghindarinya. 6)Mengembangkan kemampuan berkomunikasi dan kepercayaan diri agar mampu menangkal hal negatif. 7) Hak-hak reproduksi (Kemenkes RI, 2014; Widodo, 2015; Ningsih, 2018).

Dengan generasi penerus bangsa yang berperilaku sehat dan budi pekerti baik, dapat menumbuhkan dan mengembangkan negara dengan baik pula. Namun, tantangan lingkungan seperti kemajuan teknologi informasi dan maraknya pornografi yang tidak direspon dengan baik oleh pemerintah, mendorong siswa(i) berperilaku tidak sehat seperti penyalah-gunaan NAPZA dan perilaku seks yang menyimpang (Surtiretna, 2000; Sarwono, 2015).

Dengan ini, WHO (2005) menekankan bahwa program pendidikan kesehatan sekolah dapat menunjang pengembangan keterampilan sosial ekonomi siswa, meningkatkan produktifitas dan kualitas hidup serta dapat meningkatkan hasil belajar. Secara eksplisit, pendidikan kesehatan seharusnya tidak hanya mentransfer ilmu kesehatan (*transfer of knowledge*), tapi juga membangun karakter perilaku yang sehat (*character building*).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi PKRR

1) Pihak yang Terlibat Dalam PKRR

Dalam PKRR pihak yang terlibat dan dapat mempengaruhi keberlangsungan PKRR secara umum disebut sebagai *stakeholder*. *Stakeholder* yaitu pemangku kepentingan/ pihak yang berkepentingan dan diartikan juga sebagai semua pihak dalam masyarakat baik individu, komunitas/ kelompok masyarakat yang memiliki hubungan dan kepentingan terhadap organisasi/ perusahaan dan isu/ masalah yang sedang diangkat (Ulum, 2017; Budiawan, 2018; Ayuningtyas, 2018).

Pihak terkait dalam PKRR secara umum adalah tanggungjawab pemerintah baik dalam lingkup kesehatan maupun pendidikan yang terdiri dari Gubernur, DPRD, BAPPEDA, Dinkes, BPPM, Dikpora, Dinsos, Biro Administrasi dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah, perwakilan BKKBN atau perwakilan pihak Puskesmas dan Kanwil Kemenag, Organisasi remaja, Orangtua, Perkumpulan KB, Sapda, dan Forum Guru Kesehatan Reproduksi (Budiawan, 2018).

Secara keseluruhan *stakeholder* memiliki peran dan fungsinya sendiri yang harus dilaksanakan secara komprehensif dan kontinyu untuk menjamin ketercapaian tujuan pelaksanaan PKRR.

2) Materi Yang Diberikan

Kesesuaian informasi sebagai bagian dari pendidikan merupakan hal penting, untuk mengimbangi batas kemampuan penerimaan dan pemahaman setiap anak. Hal tersebut dipertegas berdasarkan teori yang dikemukakan Hidayat dkk (2007) bahwa informasi yang baik adalah sesuatu yang mampu memberikan faedah, tidak hanya dari segi pengetahuan sebagai hasil tahu tetapi mampu membawa dampak perubahan perilaku yang positif (kearah kebaikan). Dan pendidikan adalah salah satu strategi penyaluran informasi yang sesuai serta dianggap sebagai sumber informasi yang bernilai kredibel tinggi karena mampu dipertanggungjawabkan melalui para pendidik dalam suatu pendidikan (Hidayat dkk, 2007; Nuraida, 2008).

Maka dari itu penyampaian materi dalam PKRR yang tepat menurut Ahlul (2008), untuk anak sebelum mencapai usia pubertas adalah hal:

- (1) Nama dan fungsi organ reproduksi.
- (2) Perubahan yang akan dialami saat memasuki masa puber baik pada perempuan maupun pada laki-laki.
- (3) Masalah menstruasi bagi perempuan, jelaskan sesuai batas kemampuan anak menerimanya.
- (4) Hubungan seksual dan kehamilan dengan memperhatikan keseimbangan antara pendidikan seks dengan moral dan agama yang kuat.
- (5) Bagaimana mencegah kehamilan, berikan gambaran mengenai dampaknya dan jangan lupa memasukkan unsur moral serta agama.
- (6) Masturbasi, jelaskan dan berikan batasan-batasan.
- (7) Penjelasan tentang harapan dan nilai orang tua mengenai pergaulan yang boleh dan tidak boleh.

3) Cara Penyampaian

Membahas masalah seksual, sifatnya sangat pribadi dan membutuhkan suasana akrab, terbuka dari hati ke hati antara orang tua dan anak. Biasanya hal ini akan lebih mudah diciptakan antar ibu dengan anak perempuannya atau bapak dengan anak laki-lakinya, sekalipun tidak menutup kemungkinan dapat juga terwujud antara ibu dengan anak laki-lakinya atau sebaliknya antara bapak dengan anak perempuannya. Namun, sebagian besar anak lebih terbuka dengan ibunya dalam membicarakan reproduksi (Mu'tadin, 2008).

Pendidik (guru) memiliki peran sebagai fasilitator dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi pada anak dan remaja. Selain berperan sebagai guru, mereka juga sebagai orang tua dan sahabat bagi muridnya. Untuk itu, seorang guru tidak hanya perlu memiliki pengetahuan yang baik mengenai biologi, psikologi ataupun sosiologi dalam pemberian materi kesehatan reproduksi. Tetapi yang lebih penting adalah sikap untuk terbuka, mengerti dan keinginan untuk jujur pada muridnya (Ismail, 2006).

Memberikan pendidikan reproduksi pada anak, jangan tunggu sampai anak bertanya mengenai seks. Sebaliknya pendidikan seks diberikan dengan terencana, sesuai keadaan dan kebutuhan anak. Sebaiknya pada saat anak menjelang remaja dimana proses kematangan baik fisik, maupun mentalnya mulai timbul dan berkembang kearah dewasa (Mu'tadin, 2008).

Menurut Singgih (1995), beberapa hal penting dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, yaitu:

- a) Penyampaian harus wajar dan sederhana jangan ada ragu/ malu.
- b) Isi uraian yang disampaikan harus objektif. Bertujuan agar anak tidak memunculkan pertanyaan lanjutan (gunakan contoh/ symbol)
- c) Dangkal atau dalamnya isi uraian harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tahap perkembangan anak. Terhadap anak usia 9-10 tahun belum perlu dijelaskan secara lengkap mengenai perilaku atau tindakan dalam hubungan kelamin.
- d) Pendidikan seksual harus diberikan secara peribadi, karena luas sempitnya pengetahuan dengan cepat lambatnya tahap-tahap perkembangan tidak sama pada setiap anak.
- e) Pada akhirnya perlu diperhatikan bahwa melakukan pendidikan seksual perlu diulang. Selain itu juga perlu untuk mengetahui seberapa jauh suatu pengertian baru dapat diserap oleh anak. Perlu juga untuk meningkatkan dan memperkuat apa yang telah diketahui agar benar-benar menjadi bagian dari pengetahuannya.

c. Penerapan PKRR dan Ketercapaiannya

Di Indonesia Standar Kurikulum dan Kompetensi Dasar (SKKD) PJOK, Biologi, dan Pend. Agama memuat materi yang memiliki inter-koneksi antara matapelajaran, yakni materi kesehatan dan moral seperti penanaman budaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari terutama tentang perawatan tubuh agar tetap sehat, merawat lingkungan, memilih makanan dan minuman sehat, mencegah dan merawat cedera, mengatur waktu istirahat dan berperan aktif dalam kegiatan P3K dan UKS.

Matapelajaran PJOK dan Biologi yang dijadikan landasan untuk membahas materi pendidikan kesehatan tentang Kespro dalam kompetensi dasar penanaman budaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari, dijabarkan dalam beberapa indikator. Selain itu, matapelajaran Pend. Agama, lebih berkonsentrasi pada penekanan norma yang berlaku terkait kesehatan reproduksi remaja (Widodo, 2015; Kusuma, 2016; Kemendikbud RI, 2016).

Ruang lingkup Pendidikan Kespro mencakup struktur fungsi organ reproduksi, tumbuh kembang reproduksi dan pubertas, siklus menstruasi, fertilisasi, kontrasepsi, aborsi, penyakit yang berhubungan dengan fungsi reproduksi seperti kelainan menstruasi, penyimpangan perilaku seksual serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV-AIDS. Materi tersebut termuat dalam SKKD PJOK dimulai sejak kelas V-XI yaitu tentang alat reproduksi, penyimpangan seksual dan cara menjaga diri dari pelecehan seksual, PMS dan cara menghindarinya, seks bebas dan HIV-AIDS (Meilan dkk, 2018).

Menurut Piaget (Surtiretna, 2000) rata-rata siswa SMP (11-14 tahun) memiliki rasa ingin tahu, terikat erat/ solid dengan kelompok, dan memiliki idola. Fenomena yang amat miris seperti pornografi, terjangkitnya PMS, HIV/AIDS, penyimpangan perilaku seks bahkan aborsi akibat kehamilan tidak diinginkan (KTD) bersumber dari rasa ingin tahu yang berkejang pada usia ini, maka sangat tepat dan efektif sebagai sasaran Pendidikan Kespro.

Setiap guru yang memberi informasi tentang Kespro sebaiknya menekankan dampak negatif seks bebas seperti perasaan bersalah, KTD, penyebaran PMS, putus sekolah bahkan membahayakan masa depan siswa sebagai harapan bangsa. Agar siswa menolak budaya seks bebas, mengajarkan nilai moral dan etika sosial perlu ditekankan sehingga mereka

berperilaku reproduksi sehat seperti memakai pakaian yang sopan dan mampu mengelola gairah-khayal seksual secara wajar seperti berolahraga. Juga mendidik siswa agar tidak percaya pada mitos hubungan seksual yang menyesatkan dan menekankan bahwa hubungan seksual adalah hal sakral untuk melestarikan keturunan (Masfiah, 2013; Widodo, 2015; Kusuma, 2016).

Untuk dapat menyampaikan materi, sebaiknya siswa telah memiliki pengetahuan tentang fertilisasi dan hubungan seksual (HUS) yang terdapat pada SKKD IPA tingkat SMP. Perlu juga dicermati bahwa dalam SKKD IPA, pokok bahasan reproduksi ditempatkan di kelas IX. Sehingga, diperlukan keselarasan antara matapelajaran. Selain itu, istilah seks bebas yang diangkat dari masyarakat perlu diklarifikasikan lebih lanjut agar mudah dipahami siswa. Pokok bahasan ini sangat sensitif maka membutuhkan kejelian guru dalam menganalisis kebutuhan siswa, situasi kelas dan berhati-hati dalam penyampaian agar tidak terjadi salah paham dengan wali murid yang bisa menganggap guru mengajarkan siswa tentang hubungan seksual sebelum waktunya (Masfiah, 2013; Meilan, 2018).

Secara keseluruhan, ketercapaian PKRR digambarkan dari penelitian dan survei. Berdasarkan Renstra Kemenkes pelaksanaan PKPR telah mencapai 45,57% dari standar 30% yang menyisahkan ± 10 Provinsi belum mencapai target. Keterbatasan pemerintah dalam pelayanan KRR berupa tentangan dari lembaga adat dan agama yang menganggap bahwa KRR adalah pendidikan seksual yang harus diwaspadai dikhawatirkan dapat menjerumuskan remaja berperilaku seksual berisiko. Hal ini mengakibatkan *stakeholder* mengalami disfungsi peran karena sosialisasi yang terselenggara dengan tidak baik (PKI, 2016; Sekarputri, 2014; Ningsih, 2018; Budiawan, 2018).

B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Remaja

1. Definisi Kehamilan Remaja

Menurut WHO kehamilan remaja ditujukan pada wanita hamil berusia 11-19 tahun. Dalam beberapa buku menuliskan, kehamilan remaja adalah kehamilan yang dijalani oleh seorang wanita remaja pada umur <20 tahun baik dengan pernikahan atau tanpa menikah (Manuaba dkk, 2002; 2007; Surbakti, 2009).

Kehamilan remaja semakin meningkat dan menjadi masalah. Secara umum ada dua faktor yang mendasari perilaku seks pada remaja: *pertama*, harapan untuk kawin diusia yang relatif muda (<20 tahun); *kedua*, makin derasnya sumber informasi yang dapat menimbulkan rangsangan seksual pada remaja, terutama remaja daerah perkotaan. Hal tersebut mendorong remaja melakukan hubungan seks dan akhirnya mengalami kehamilan (Manuaba dkk, 2002; 2007).

Kehamilan remaja dikategorikan dalam dua kondisi; kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan diinginkan. Pada dasarnya Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) secara umum didefinisikan sebagai kehamilan yang tidak direncanakan baik karena hubungan seksual pranikah, hubungan seksual setelah menikah namun tidak direncanakan atau akibat kekerasan seksual (pemeriksaan). Sedangkan kehamilan diinginkan adalah kehamilan yang dijalani oleh seorang perempuan remaja, dilandasi oleh pernikahan yang sah dan telah direncanakan sebelumnya (Munuaba, 2002; 2007; Mardjan, 2016).

Antara KTD dan kehamilan diinginkan pada remaja memiliki risiko, meskipun dalam tingkat yang berbeda. Persoalan penting dalam hal ini adalah belum matangnya alat genitalia wanita remaja untuk hamil, sehingga berpotensi menimbulkan masalah pada masa kehamilan, persalinan, nifas bahkan janin dan atau bayi setelah dilahirkan (Manuaba dkk, 2007).

2. Faktor-faktor Penyebab Kehamilan Remaja

a. Ekonomi

Faktor ekonomi tidak luput dari penyebab terjadinya kehamilan remaja. Negara berkembang sangat memungkinkan untuk mendukung terjadinya kehamilan usia dini karena kondisi tehipit (kemiskinan). Pada keluarga miskin, kesempatan menikah usia muda dianggap sebagai peluang untuk keluar dari jerat kemiskinan. Mengharuskan remaja menikah di usia muda agar beban orangtua menjadi lebih ringan (Surbakti, 2008; Wijayanti, 2017).

b. Sosial Budaya

Rasa bangga ketika anak perempuan segera menikah diusia muda adalah pandangan sosial budaya di Indonesia, yang menjadi penyebab terjadinya kehamilan remaja. Dan UU Perkawinan No.1 tahun 1974, mengenai usia matang untuk menikah pada perempuan diusia 16 tahun dan laki-laki usia 19 tahun. Tidak relevan dengan konsep Kespro tentang target usia pernikahan ideal seorang perempuan ≥ 20 tahun yang dinyatakan matang dalam perkembangan organ reproduksi sehingga terhindar dari risiko akibat kehamilan usia muda (Surbakti, 2008; BPPS, 2015; Ochen, 2019).

c. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan faktor penting dalam perkembangan remaja, sebagai usaha pengembangan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Makin tinggi tingkat pendidikan remaja maka makin mudah menentukan dan menerima informasi, makin banyak informasi yang masuk maka makin banyak pengetahuan yang didapat tentang perkembangan sikap remaja dan nilai baru begitu sebaliknya (Surbakti, 2008; 2009; Wijayanti, 2017).

d. Pengaruh Orang Tua

Remaja adalah individu labil, sering tidak terkontrol dan sulit melakukan pengendalian diri yang benar. Masalah keluarga, pengetahuan minim serta ajakan teman-teman dapat menjerumuskan remaja pada pergaulan bebas yang merugikan dan mungkin berakibat pada kehamilan yang tidak diinginkan. Maka orangtua berperan besar dalam perkembangan remaja dan membentengi mereka dari hal negatif (Surbakti, 2008).

Pendidikan remaja yang utama adalah keteladanan orangtua yang bersumber dari kehidupan dalam rumah tangga, yang dapat dilakukan dengan pendekatan selayaknya sahabat, sehingga anak bisa terbuka dalam berbagai hal (Maternity dkk, 2017).

e. Status Pernikahan

Perkawinan menurut UU merupakan ikatan batin antara seorang pria (usia 19 tahun) dan wanita (usia 16 tahun) sebagai suami isteri, bertujuan membentuk keluarga bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan yang Maha Esa. Jika menikah dibawah usia 21 tahun harus disertai dengan ijin kedua orang tua atau salah satu orang tua yang ditunjuk sebagai wali.

Menurut Regan (dalam Meilan dkk, 2018) perkawinan adalah ikatan atau komitmen emosional yang legal antara seorang pria dan wanita yang terjalin dalam waktu tertentu melibatkan aspek ekonomi, sosial, tanggungjawab pasangan, kedekatan fisik serta hubungan seksual yang tentu besar kemungkinan berujung kehamilan. Maka remaja perlu dibekali pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan reproduksi agar tidak melakukan perkawinan usia muda dan tidak terjadi kehamilan berisiko.

f. Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi

Pengetahuan adalah hasil olah informasi melalui pengamatan akal. Remaja yang memiliki pengetahuan tentang Kespro dapat bersikap lebih baik dan mencegah remaja melakukan hal negatif. Informasi Kespro untuk remaja dapat berupa materi tentang organ reproduksi, kemampuan reproduksi, keberhasilan mendapatkan anak sehat, seksualitas, bahaya pergaulan bebas (PMS/ KTD/ kehamilan berisiko tinggi dll) (Hamani dkk, 2015).

Melihat pentingnya pengetahuan Kespro untuk remaja, maka perlu meningkatkan upaya pembekalan tentang pengetahuan kesehatan melalui koordinasi tingkat sekolah seperti UKS sampai program PKPR di setiap wilayah kerja puskesmas (Hamani dkk, 2015; Meilan dkk, 2018).

g. Pengetahuan Tentang Seks

Remaja yang memiliki pengetahuan seks yang cukup cenderung berperilaku seks sehat dan aman, sebaliknya remaja berpengetahuan seks yang kurang, cenderung tidak terkontrol. Saat ini perkembangan kehidupan seks remaja menunjukkan gejala yang mengarah pada pergaulan bebas seperti kehamilan remaja yang tidak diinginkan bahkan sampai pada risiko penyakit IMS yang mengancam remaja (BKKBN, 2013; Wijayanti, 2017).

h. Akses Informasi

Kecanggihan teknologi memudahkan remaja mengakses informasi baik media cetak, online, televisi dan radio berdampak positif bagi pengetahuan, keterampilan, maupun perkembangan dunia. Dampak negatif juga banyak, seperti konten kriminal dan pornografi yang dapat merangsang perilaku menyimpang, pubertas dini, pergaulan bebas, pernikahan dini hingga kehamilan usia remaja (Surbakti, 2008; 2009).

Remaja perlu memahami penggunaan teknologi informasi tepat guna agar tidak disalah gunakan, melalui Program PKPR atau peran orangtua dengan memberi pengaruh positif tentang pemanfaatan teknologi informasi mengenai seks yang benar dan risiko seks bebas (Surbakti, 2009).

i. Pengetahuan Tentang PKPR

Dalam UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan; Kespro dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sebagai jaminan sarana informasi dan pelayanan Kespro yang aman, bermutu dan terjangkau. Setiap orang (termasuk remaja) berhak mendapat informasi, edukasi dan konseling mengenai Kespro yang dapat dipertanggungjawabkan. Maka dibentuklah Program PKPR yang harus diketahui remaja (Kemenkes RI, 2015).

Diharapkan remaja yang memahami PKPR mau kooperatif dan ikut serta dalam program. Sehingga perilaku seks bebas atau bahkan pernikahan dini dan kehamilan remaja bisa dihindari, karena sadar tentang bahaya dan risiko yang mungkin terjadi (Arsani dkk, 2013).

j. Pergaulan bebas dan penyalahgunaan NAPZA

Pengaruh pergaulan bebas remaja salah satunya adalah penyalahgunaan NAPZA, obat terlarang dan *alcohol* yang berdampak pada kurangnya pengontrolan diri yang dapat menggiring remaja sampai pada hubungan seksual yang bebas dan tidak heran bila berujung pada kehamilan remaja. Penggunaan *alcohol* mempengaruhi kondisi mental dan emosional pemakai. Dalam jumlah sedikit, dapat meningkatkan seksualitas karena efek yang menekan pusat inhibisi sedangkan dalam jumlah banyak, justru menghambat perilaku seksual yang merugikan fungsi seksual pengguna, mitra pernikahan, maupun keturunan (NIH, 2015; 2016; UNODC, 2017; Jones, 2018).

k. Penggunaan Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara ataupun permanen. Sekitar 46% remaja perempuan berusia 15-19 tahun yang telah menikah tidak menggunakan kontrasepsi. Tekanan sosial untuk memiliki keturunan, ketakutan terhadap suami, tidak dimampukan untuk merencanakan kehidupan berkeluarga dan kurangnya pengetahuan memicu kehamilan. Padahal menggunakan kontrasepsi penting untuk mengurangi risiko penyakit menular seksual dan kehamilan yang tidak terencana (Rizkianti dkk, 2013; Sarwono, 2015; Jones, 2108; WHO, 2019).

3. Masalah Kehamilan Remaja

Tabel 2. 3.
Masalah Kehamilan Remaja

Ruang lingkup masalah	Masalah
Sosial masyarakat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai KTD sehingga memerlukan tindakan abortus 2. Berkaitan dengan penanganan penyakit STD (<i>Sexually Transmitted Diseases</i>) AIDS (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>) 3. Psikologis: belum siap menjadi orangtua 4. Putus sekolah atau putus kerja 5. Kelahiran anak tanpa ayah yang jelas 6. Kejadian tersebut dapat terulang kembali
Obstetri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masa kehamilan <ol style="list-style-type: none"> a. Kurang nutrisi, <i>intrauterine growth retardation</i> b. Terjadi plasenta previa c. Kelainan letak janin d. Persalinan prematur, berat bayi lahir rendah e. Terjadi abortus f. Hyperemesis gravidarum 2. Masa persalinan <ol style="list-style-type: none"> a. Persalinan lama dengan tindakan b. Trauma persalinan 3. Masa nifas <ol style="list-style-type: none"> a. Atonia uteri - PPH (<i>postpartum hemorrhage</i>) b. <i>Retensio placenta</i> c. Subinvolusi uteri d. Mudah terjadi infeksi puerperium

Sumber: Sebayang dkk, 2018

Persoalan penting dalam hal ini adalah belum matangnya alat genitalia wanita remaja untuk hamil, berisiko terjadi persalinan prematur, BBLR yang tentu memerlukan penanganan dan biaya besar. Serta masalah IQ kurang pada bayi ibu remaja yang akan menjadi beban dalam menghadapi globalisasi dan persaingan yang makin ketat (Manuaba, 2009; Sebayang, 2018).

4. Penanggulangan Kehamilan Remaja

Penanggulangan kehamilan remaja sangat kompleks karena melibatkan pendekatan sosialbudaya dan pendidikan. Menurut Manuaba (2010), yaitu:

a. Pengaruh Globalisasi

Penanggulangan kehamilan remaja lewat pengaruh globalisasi yakni sumber informasi tanpa batas harus selaras dengan kemampuan remaja dalam penggunaan teknologi informasi tepat guna. Sehingga sikapnya lebih baik dalam memahami Kespro dan seksualitas (Manuaba, 2010).

Penanaman moral sejak dini sangat penting didampingi pihak bertanggungjawab guna mengimbangi pengaruh globalisasi dalam kehamilan remaja seperti orangtua, guru, tenaga kesehatan dan teman sebaya (*peer konselor*) (Budiawan, 2018).

b. Pendidikan Seks

Pendidikan seks bagi remaja berupaya memberi pengetahuan tentang seks dan masalahnya. Keberhasilan program pendidikan seks akan lebih besar ketika pendekatannya terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan. Pihak kesehatan dapat dilibatkan dalam penyampaian materi seks dan pihak sekolah mengatur kunjungan klinik sebagai pengenalan untuk meningkatkan rasa percaya diri remaja yang ingin mendapatkan layanan klinik (Manuaba, 2010; Kemenkes RI, 2012; 2014; 2018; WHO, 2018).

c. Keluarga Berencana untuk Remaja

Program keluarga berencana dikalangan remaja sejatinya adalah sarana untuk menumbuhkan perilaku positif. Kenyataannya perilaku seks remaja menjurus kearah liberal, tidak dapat dibendung dan harus dikendalikan agar penyebaran penyakit akibat hubungan seks dan kehamilan remaja dapat dibatasi. Maka program keluarga berencana di kalangan remaja perlu dicanangkan agar pengendalian perilaku seks dapat tercapai (BKKBN, 2012; Kemenkes RI, 2018).

d. Pelayanan Gugur Kandungan

Berdasarkan Manuaba (2009), penanggulangan kehamilan remaja, pihak lembaga atau usaha tertentu melakukan pelayanan gugur kandungan secara perorangan untuk mengatasi keadaan dalam persimpangan jalan pada remaja. Hal ini dianggap paling rasional bagi remaja, agar: (1) Bebas dari stress tekanan lingkungan karena kehamilan tidak dikehendaki; (2) Masih dapat melanjutkan sekolah atau bekerja; (3) Bila dilakukan secara legal, penyulit sangat minimal dan tidak mengganggu fungsi reproduksi; (5) Biaya lebih ringan, bila dibandingkan dengan meneruskan kehamilan.

Walaupun pelaksanaan gugur kandungan adalah tindakan yang paling rasional, namun di Indonesia diatur dalam UU No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, melarang praktik aborsi, kecuali dengan indikasi masalah medis tertentu dan akibat kekerasan seksual (pemeriksaan). Dengan demikian melakukan gugur kandungan bukan berarti bebas dari tuntutan hukum dan tuntutan moral pelaku dan yang meminta dilakukannya.

C. Tinjauan Umum Tentang *Stakeholder*

1. Definisi *Stakeholder*

Istilah *stakeholder* dikutip dari Freeman & Reed (1982), merupakan “*any identifiable group or individual who can affect the achievement of an organisation’s objectives, or is affected by achievement of an organisation’s objectives*” (Ulum, 2017; Budiawan, 2018).

Berdasarkan buku yang ditulis oleh Suprawoto (2018), diuraikan beberapa definisi *stakeholder* yang umum dan perlu diketahui, yaitu:

- a. Freeman (1984) bahwa *stakeholder* adalah kelompok/ individu yang dapat mempengaruhi dan atau dipengaruhi oleh suatu pencapaian.
- b. Biset (1998) menjelaskan bahwa *stakeholder* merupakan orang dengan kepentingan atau perhatian pada suatu permasalahan. Yang dilihat dari segi kekuatan dan kepentingan relative *stakeholder* terhadap suatu isu.
- c. Grimble and Wellard (1996), merupakan definisi tambahan dari Biset (1998) yakni orang dengan suatu kepentingan atau perhatian terhadap suatu masalah yang diidentifikasi berdasarkan kepentingan *stakeholder* dari sudut pandang posisi atau pengaruh yang dimiliki *stakeholder*.
- d. ISO26000SR (*Internasional Organization for Standardization 26000 Social Responsibility*), *stakeholder* didefinisikan sebagai kelompok/ individu yang memiliki kepentingan terhadap keputusan dan aktivitas organisasi.
- e. AA1000SES (*Account Ability 1000 Stakeholder Engagement Sandard*), berdasarkan standar pengelolaan *stakeholder* adalah kelompok yang dapat mempengaruhi dan atau terpengaruh oleh aktivitas, produk/ layanan serta kinerja organisasi.

Berdasarkan teori *stakeholder*, menurut Deegan et al. (2000) *stakeholder* mampu mempengaruhi (langsung atau tidak) pengendalian terhadap sumber daya yang diperlukan organisasi. Sehingga kekuatannya ditentukan sesuai tingkat kontrol yang dimiliki sumber daya. Tapi hubungan kekuatan organisasi dengan *stakeholder* tidak bisa digeneralisasikan terhadap semua organisasi.

2. Kategori *Stakeholder*

Menurut *Overseas Deveopment Administration* (ODA, 1995 dalam Ulum, 2017) klasifikasi *stakeholder* didasari posisi dan pengaruhnya, yakni:

a. *Stakeholder* Utama (Primer)

Stakeholder utama adalah pihak yang memiliki kepentingan secara langsung dengan kebijakan, program dan proyek sebagai penentu utama dalam proses pengambilan keputusan. Hal ini dapat digambarkan berupa:

- 1) Masyarakat Dan Tokoh Masyarakat; masyarakat yaitu orang yang terkait dengan proyek dan diidentifikasi akan memperoleh manfaat serta dampak dari proyek tertentu. Dan tokoh masyarakat yaitu anggota masyarakat, diangkat oleh masyarakat karena mampu menginspirasi dalam wilayah tersebut.
- 2) Pihak Manajer Publik; lembaga/ badan publik yang bertanggungjawab mengambil dan mengimplementasikan suatu keputusan.

b. *Stakeholder* Kunci

Stakeholder kunci adalah pihak yang memiliki legalitas kewenangan dalam mengambil keputusan, legislatif, instansi dan memiliki unsur eksekutif sesuai levelnya. Misalnya, *stakeholder* kunci dalam proyek level daerah kabupaten, yaitu: pihak Pemerintah Kabupaten, DPRD Kabupa-ten, dan Dinas yang membawahi langsung proyek yang bersangkutan.

c. *Stakeholder* Pendukung (Sekunder)

Stakeholder pendukung, tidak memiliki kepentingan langsung terhadap kebijakan, program dan proyek tetapi peduli dan prihatin sehingga bersuara dan memberi pengaruh pada sikap masyarakat/ keputusan legal pemerintah:

- 1) Lembaga/ aparat pemerintah yang berkaitan dengan isu tetapi tidak di memiliki kewenangan langsung dalam pengambilan keputusan
- 2) Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM); termasuk organisasi massa terkait yang memiliki *concern* dan memberi manfaat
- 3) Perguruan Tinggi; kelompok akademisi ini memiliki pengaruh kepentingan dalam pengambilan keputusan pemerintah
- 4) Pengusaha (Badan Usaha) yang terkait.

3. *Stakeholder* dalam PKRR

Dikaji berdasarkan penelitian Budiawan (2018) kategori *stakeholder* PKRR yaitu:

- a. *Stakeholder* utama (primer) berkepentingan secara langsung dan menerima dampak dari kebijakan PKRR adalah pihak BKKBN, organisasi remaja peduli kesehatan, orangtua, dan Forum Guru Kesehatan (guru BK, guru matapelajaran biologi, PJOK, dan Pend. Agama).
- b. *Stakeholder* kunci yang memiliki otoritas secara legal membuat keputusan dalam PKRR adalah Gubernur, DPRD, BAPEDDA, Dinas Kesehatan, BPPM, Dikpora, Dinas Sosial, Biro Administrasi dan Kesejahteraan Rakyat Sekertariat Daerah, BKKBN dan Kanwil Kementerian Agama
- c. *Stakeholder* pendukung (sekunder) merupakan perantara yang membantu proses penyampaian PKRR dan melakukan advokasi kepada pemerintah yaitu PKBI, dan SAPDA.

Analisis kepentingan dan kekuasaan dalam implementasi PKRR tingkat Kabupaten/ Kota, sesuai '*Power-Interest Grid*' ada 4 kategori stakeholder:

- a. Pihak berkepentingan tinggi dan kekuasaan tinggi, seperti: Gubernur, Dinkes, Dikpora, Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat (BPPM), Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, perwakilan BKKBN, Kanwil Kemenag dan Sentral Advokasi Perempuan Difabel dan Anak (Sapda).
- b. Pihak berkepentingan tinggi dan kekuasaan rendah, yaitu Forum Guru Kesehatan dan Organisasi Remaja Peduli Kesehatan.
- c. Pihak berkepentingan rendah dan kekuasaan tinggi, yaitu: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah.
- d. Pihak berkepentingan rendah dan kekuasaan rendah, terdiri dari Biro Administrasi Dan Kesejahteraan Rakyat Sekretariat Daerah.

4. *Stakeholder* Primer PKRR

Berdasarkan Budiawan (2018), keterlibatan *stakeholder* adalah faktor penentu ketercapaian tujuan PKRR yang harus saling bersinergi, dilakukan secara komprehensif dan kontinyu. Penelitian ini, mengacu pada isu KRR yakni kehamilan remaja yang pengendaliannya dilakukan melalui pendekatan *stakeholder* primer sebagai ujung tombak dalam suatu kebijakan/ program.

Tugas dan fungsi *stakeholder* primer PKRR:

- a. Perwakilan BKKBN

Perwakilan BKKBN yaitu tenaga kesehatan baik pihak BKKBN secara langsung maupun dari Puskesmas sebagai pelaksana PKRR yang berkompetensi (dokter, perawat atau bidan dll). Sesuai program pemerintah oleh Dinkes Kabupaten/ Kota bersama BKKBN setempat yang menargetkan tiap Kabupaten/ Kota memiliki minimal 4 Puskesmas PKRR.

Puskesmas difokuskan menjadi bagian terdepan dalam pelaksanaan PKRR, dengan memberikan informasi kepada remaja berupa konseling secara umum maupun pembinaan kepada pihak sekolah secara khusus.

Peranan tenaga kesehatan sangat besar dan mempengaruhi hasil capai dalam pelaksanaan PKRR, karena tenaga kesehatan merupakan sumber ahli kredibel yang mampu memberikan penjelasan hingga tahap pemahaman tentang kesehatan reproduksi remaja, tidak hanya untuk remaja sebagai sasaran dari PKRR, tetapi juga menjadi sumber informasi bagi pihak sekolah dan orangtua sebagai bagian dari lintas sektoral.

b. Forum Guru Kesehatan

Forum guru kesehatan dalam PKRR merupakan pihak sekolah sebagai pendidik yaitu para guru yang memiliki kompetensi dalam Bimbingan Konseling (BK) dan guru-guru yang memiliki tanggungjawab dalam penyampaian materi terkait kesehatan dan secara eksplisit dapat membahas materi tentang KRR seperti guru PJOK, Biologi, dan Pend. Agama. Guru-guru inilah yang menjadi ujung tombak dalam pencapaian tujuan PKRR melalui proses belajar mengajar di sekolah.

Dengan ketentuan bahwa setiap guru yang bersangkutan memiliki pemahaman dan skill dalam berkomunikasi/ konseling untuk menyampaikan materi KRR sesuai model dan metode penyampaian yang tepat.

c. Organisasi Kesehatan Remaja

Organisasi kesehatan remaja yaitu organisasi yang dibentuk oleh remaja dan untuk remaja berdasarkan pemberdayaan dari pihak PKPR. Organisasi ini dapat berupa Perkumpulan GenRe atau berbagai bentuk lain dari *peer group*.

Menurut Zimmer-Gembeck, bahwa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan Kespro adalah faktor komunikasi efektif antara remaja dengan teman sebaya. Maka teman sebaya berpengaruh besar dalam kehidupan sosial dan perkembangan remaja. Informasi mengenai Kespro melalui teman sebaya (*peer*) banyak memberikan dorongan/ pengaruh untuk menentukan sikap seorang remaja dalam melakukan interaksi, bahkan menjadi motivasi dan pembentukan identitas diri seorang remaja. Dimana peran teman sebaya telah dianggap sebagai sumber informasi dan pengetahuan karena remaja merasa nyaman berinteraksi dengan sesama remaja dibandingkan dengan guru atau bahkan orangtua mereka sendiri.

d. Orangtua

Pendidikan reproduksi idealnya diberikan pertama kali oleh orangtua di rumah, sebagai pihak yang paling tahu keadaan anak remajanya. Orangtua (ibu) adalah pendidik utama dan pertama dalam pendidikan moral serta Kespro anak-anaknya yang strategis (Ochen, 2019).

Tidak semua orangtua mau terbuka terhadap anak dalam membicarakan permasalahan seksual. Selain itu tingkat sosial ekonomi maupun tingkat pendidikan yang heterogen di Indonesia menyebabkan ada orangtua yang mau dan mampu memberikan penerangan tentang seks tetapi lebih banyak yang tidak mampu dan tidak memahami permasalahan tersebut. Maka sebenarnya peran dunia pendidikan sangatlah besar (Mu'tadin, 2008).

D. Tinjauan Umum Tentang Strategi

1. Konsep Strategi

a. Definisi Strategi

Secara etimologi 'strategi' berasal dari bahasa Yunani '*stratēgos*' yang diterjemahkan sebagai seni atau ilmu menjadi seorang jenderal 'komandan militer'. Strategi diartikan juga sebagai cara dan taktik utama yang dirancang secara sistematis dalam melaksanakan fungsi manajemen yang terarah pada tujuan strategi organisasi. Manajemen strategi sebagai sekumpulan keputusan dan tindakan menghasilkan perumusan (formulasi) dan pelaksanaan (implementasi) rencana yang dirancang berupa kegiatan yang berhubungan dengan hal-hal vital, kritis dan berkesinambungan bagi suatu organisasi secara keseluruhan untuk mencapai sasaran organisasi (Lefudin, 2017).

Menurut Mintzberg (dalam Zebua, 2017), konsep strategi sekurang-kurangnya mencakup lima arti yang saling terkait, yaitu:

- 1) Tentang perencanaan, untuk memperjelas arah organisasi secara rasional dalam mewujudkan tujuan jangka panjang.
- 2) Tentang acuan yang berkenaan dengan penilaian konsistensi ataupun inkonsistensi perilaku serta tindakan yang dilakukan oleh organisasi.
- 3) Tentang sudut yang diposisikan oleh organisasi saat memunculkan aktivitasnya.
- 4) Tentang suatu perspektif yang menyangkut visi yang terintegrasi antara organisasi dengan lingkungannya menjadi batas bagi aktivitasnya.
- 5) Tentang rincian langkah taktis organisasi yang berisi informasi.

Secara spesifik strategi pendidikan kesehatan adalah cara yang dipilih untuk menyampaikan materi, terkait sifat dan ruang lingkup serta urutan kegiatan yang dapat memberi pengalaman belajar kepada klien. Strategi pendidikan kesehatan tidak terbatas pada prosedur kegiatan melainkan termasuk dalam materi atau paket pendidikan kesehatan (Sanjaya, 2016).

Strategi pendidikan kesehatan merupakan pemilihan jenis latihan tertentu yang disesuaikan dengan tujuan yang akan dicapai, terdiri dari materi pendidikan kesehatan dan prosedur yang akan digunakan untuk membantu klien mencapai tujuan pendidikan kesehatan. Setiap tingkah laku yang harus dipelajari perlu diperaktekkan. Karena setiap materi dan tujuan pendidikan kesehatan berbeda satu sama lain (Meilan, 2018).

Cakupan strategi lebih luas daripada metode dan teknik (prosedur) pendidikan yang menentukan langkah kegiatan pendidikan kesehatan secara efektif dan efisien, yang akan menjamin klien mencapai tujuan dalam memahami materi (Sanjaya, 2016; Zebua, 2017).

b. Perumusan Strategi

Menurut Haryadi (dalam Winar, 2018), perumusan strategi adalah proses penyusunan langkah untuk membangun visi dan misi organisasi dalam menetapkan tujuan strategis, meliputi:

- 1) Mengidentifikasi/ memahami lingkungan organisasi di masa depan dan menentukan visi misi organisasi sebagai kebijakan yang dikomunikasikan kepada *stakeholder* guna mencapai tujuan bersama.
- 2) Melakukan analisis internal dan eksternal untuk mengukur kelebihan dan kekurangan serta peluang dan ancaman masa mendatang yang menghambat pencapaian misi organisasi.

- 3) Merumuskan dan merencanakan faktor-faktor keberhasilan dari strategi yang sudah dibuat pada tahap analisis.
- 4) Menentukan ukuran tujuan dengan target, mengevaluasi dan memeriksa strategi dengan melihat kondisi sumber daya yang ada.
- 5) Memiliki strategi yang sesuai untuk mencapai tujuan jangka pendek dan jangka panjang.

Dalam penelitian ini, upaya perumusan strategi *stakeholder* PKRR dilakukan dengan analisis SWOT yang merupakan perencanaan strategis untuk mengevaluasi *strengths* (kekuatan), *weaknesses* (kelemahan), *opportunities* (peluang) dan *threats* (ancaman) dalam suatu proyek, yang dimaksud dalam penelitian ini adalah strategi *stakeholder primer* PKRR.

Dalam analisis SWOT melibatkan penentuan tujuan spekulasi proyek. Jadi untuk penelitian ini, perumusan *strategi stakeholder primer* PKRR dengan analisis SWOT penentuannya lebih spesifik pada identifikasi faktor internal dan eksternal yang mendukung dan yang tidak mendukung dalam pencapaian tujuan pelaksanaan strategi *stakeholder primer* PKRR tersebut.

Identifikasi faktor internal yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dengan mengkaji *stakeholder primer* secara langsung terkait kinerjanya saat melaksanakan strateginya selama ini untuk PKRR. Sedangkan faktor eksternalnya dapat melibatkan remaja sebagai pihak yang menjadi sasaran strategi *stakeholder primer* dalam pelaksanaan PKRR.

c. Klasifikasi strategi

Menurut Lefudin (2017), banyak strategi untuk proses pelaksanaan pendidikan kesehatan, untuk bentuk dan pendekatannya dapat berupa:

1) *Expository*

Makna *expository* berarti memberikan informasi berupa teori, dalil/ hukum disertai bukti yang mendukung. Pada konteks ini klien hanya menerima informasi oleh pendidik. Bahan pendidikan kesehatan telah diolah sehingga siap untuk disampaikan kepada klien.

Contoh metode dari strategi ini adalah ceramah, yang hanya menyampaikan pesan berturut sampai pada pemecahan masalah. Bila ingin menggunakan strategi ini dan ingin melibatkan banyak klien secara aktif maka harus menjadi pendidik yang kreatif sehingga pelaksanaannya tetap optimal dan menyenangkan.

2) *Discovery*

Discovery (penemuan) merupakan proses mental, yakni klien mengasimilasi suatu konsep/ prinsip untuk akhirnya sampai pada satu kesimpulan, dilakukan melalui proses kognitif (observasi, klasifikasi, pengukuran, prediksi, dan penentuan). Masalah yang dihadapkan kepada klien semacam masalah yang direkayasa oleh pendidik, sehingga klien dapat berperan aktif dalam proses pembelajaran.

3) *Inquiry*

Inquiry (penyelidikan) maknanya lebih luas dari *discovery*, mengandung proses mental yang lebih tinggi tingkatannya. Saat seorang penyuluh memberikan pendidikan kesehatan, sebaiknya tujuannya sudah dirumuskan secara jelas.

Pada pendekatan ini masalah klien bukan hasil rekayasa, jadi harus mengerahkan seluruh pikiran dan keterampilan klien untuk mendapat temuan-temuan dalam masalah melalui proses penelitian.

Memilih strategi pendidikan kesehatan sebaiknya disesuaikan kondisi kemampuan klien agar dapat meningkatkan keterlibatannya. Penyuluh yang kreatif akan menyusun capaian tujuan setelah mengkaji kemampuan klien lalu memilih strategi yang efektif dan efisien. Biasanya penyuluh tidak murni menggunakan satu strategi saja, melainkan menggabungkan sebagian atau semua strategi (Sanjaya, 2016).

Pendidikan kesehatan sebagai proses merupakan sistem yang tidak lepas dan saling berinteraksi antara sumber belajar yang dimanfaatkan untuk kepentingan pendidikan baik sebagian atau seluruhnya dan secara langsung maupun tidak langsung (Maulana, 2009; Meilan dkk, 2018).

2. Strategi PKRR

Dibutuhkan strategi yang tepat dalam proses PKRR untuk memaksimalkan hasil yang diharapkan. Kementerian Pendidikan dan Kesehatan adalah promotor utama yang harus bekerjasama secara komprehensif dan kontinyu dalam pelaksanaan, pengawasan bahkan sampai pada tahap evaluasi.

Usaha Pemerintah meningkatkan kualitas KRR melalui pendidikan terealisasi lewat strategi pelaksanaan program pendidikan Kespro remaja berbasis sekolah, dikenal dengan PKRR sebagai bagian dari PKPR oleh Puskesmas. Materi yang disajikan, yakni segala aspek kesehatan psikososial dalam ruang lingkup remaja dan persoalan seksualitas manusia, seperti proses keturunan (reproduksi), tingkah laku seksual, hubungan seks dan perkawinan (Manuaba, 2007; WHO, 2012; Kemenkes RI, 2013; 2015; Meilan dkk, 2018).

a. Pendekatan

Pelaksanaan strategi PKRR menerapkan 2 pendekatan sekaligus, yaitu pendekatan berorientasi pada lembaga kependidikan (*institutional centred approach*) dan pendekatan berorientasi pada kebutuhan dan karakteristik peserta didik secara individual (*student centred approach*) (Darmadi, 2018; Budiawan, 2018).

Institutional centred approach menekankan ketersediaan fasilitas pendukung dalam PKRR berupa sarana dan prasarana. Seperti bahan ajar, alat peraga, sampai pada sumber daya manusia yang kompeten dalam hal ini adalah tenaga pendidik. Dengan memaksimalkan sarana dan prasarana dalam proses PKRR ini diharapkan mampu mencapai tujuan pembelajaran secara maksimal (Budiawan, 2018).

Dan *student centred approach* dilaksanakan dalam strategi PKRR untuk melengkapi *institutional centred approach*. Memastikan bahwa segala usaha dari pendekatan *institutional centred approach* dapat sesuai dan tepat sasaran, maka sangat penting untuk memahami kebutuhan dan karakteristik peserta didik (Budiawan, 2018).

b. Metode

Metode yang digunakan dalam PKRR berdasarkan *institutional centred approach* menerapkan jenis strategi *expository* yang berupa metode ceramah atau penjelasan dari pendidik dan dikombinasikan dengan metode latihan, diskusi kelompok praktek dan belajar individu sebagai pendukungnya (Lefudin, 2017; Budiawan, 2018).

Berbeda dengan *student centred approach*, metode yang digunakan dalam pendekatan ini adalah yang mampu membuat peserta didik belajar aktif, yang menekankan pada sumber belajar, berupa; *small group discussion, role play & simulation, case study, cooperative learning*, dan *problem based learning and inquiry* dll (Budiawan, 2018; Susanto, 2018).

c. Taktik

Taktik merupakan rencana atau tindakan yang bersistem untuk mencapai tujuan dan diartikan juga sebagai cara-cara yang bersifat spesifik yang dilakukan untuk menerapkan strategi yang dipilih.

Sejauh ini taktik yang digunakan berdasarkan pendekatan dan model dalam strategi PKRR berdasarkan Budiawan (2018) yaitu:

- 1) Gencar melaksanakan simposium dengan materi yang terkait tentang kesehatan reproduksi remaja baik ditujukan pada remaja langsung maupun yang ditujukan untuk para pendidik atau pihak-pihak terkait
- 2) Penerapan PKRR dalam kurikulum pendidikan di sekolah baik yang bersifat intra-kurikulum maupun ekstra-kurikulum
- 3) Melibatkan siswa(i) (remaja) secara aktif dalam proses PKRR (membentuk *peer conseling*)

3. Kriteria Optimalisasi Strategi PKRR

Optimalisasi merupakan suatu tindakan, proses atau metodologi untuk membuat sesuatu (sebagai sebuah desain, sistem atau keputusan) menjadi lebih baik/ sepenuhnya sempurna, fungsional atau lebih efektif yang diarahkan untuk mencapai hasil optimal, baik berupa keuntungan yang dikehendaki atau meminimalisir waktu proses (KBBI, 2018; Darmadi, 2018).

Untuk menilai suatu proses telah dilaksanakan secara optimal atau tidak adalah dengan melakukan evaluasi terhadap usaha atau kinerja yang dilakukan dalam upaya pengoptimalan. Dalam hal ini menurut Robert L. & John H. (terjemahan Bayu Prawira, 2001) bahwa kinerja pada dasarnya menyatakan apa yang dilakukan atau tidak dilakukan seseorang dalam melaksanakan sesuatu atau menilai bagaimana seseorang telah bekerja untuk pencapaian tertentu.

Dalam penelitian ini, mengacu pada yang mengacu pada penelitian Budiawan (2018) dan buku Darmadi (2018) terkait kriteria optimalisasi strategi *stakeholder* dalam melaksanakan PKRR, dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Stakeholder memahami perannya sesuai tugas dan fungsinya baik itu pendekatan, metode dan taktik serta menjamin ketersediaan sarana dan prasarana dalam PKRR yang tepat sasaran dalam pemanfaatannya. Sehingga mutu PKRR dapat dipertanggungjawabkan.
- b. Stakeholder memiliki kesesuaian anatara disiplin ilmu yang mereka miliki dengan bahan materi yang akan disampaikan dalam pelaksanaan PKRR.
- c. Stakeholder mampu merencanakan dan menjadwal pekerjaannya dalam memberikan PKRR. Hal ini untuk mempengaruhi ketepatan waktu dalam melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggungjawabnya.
- d. Stakeholder, dalam menyampaikan materi PKRR harus didasari rasa percayadiri yang ditunjang dengan kemampuan kompetensi yang baik terhadap penguasaan materi PKRR. Sehingga mampu menumbuhkan rasa percaya dan aman bagi pihak remaja yang menjadi sasaran PKRR.
- e. Stakeholder mampu membangun kerjasama dan solidaritas antara *stakeholder yang lain*. Seperti halnya pihak Kemendik dan Kemenkes sebagai promotor utama untuk bekerja secara komprehensif dan kontinyu

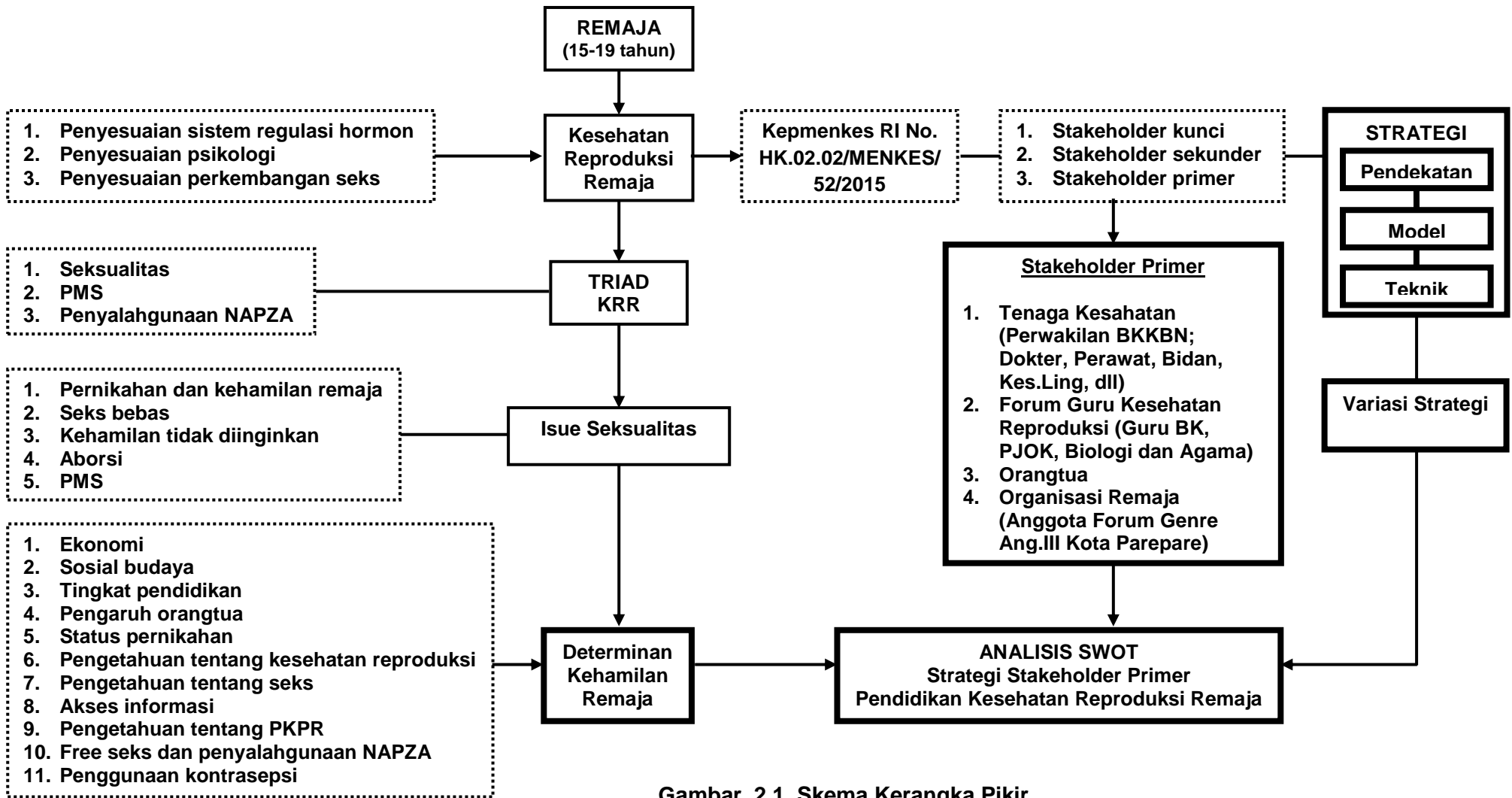
serta transparan terkait tugas dan fungsi masing-masing. Dengan harapan dapat menumbuhkan rasa tanggungjawab disetiap tahap pelaksanaan, pengawasan bahkan sampai pada tahap evaluasi.

- f. Stakeholder mampu melakukan pengembangan diri, berupa minat untuk memperbaiki kemampuan diri sendiri terutama dalam memperkaya ilmu pengetahuan terkait materi PKRR dan skill dalam pelaksanaan PKRR.

Strategi yang baik merupakan respon yang tepat, spesifik dan menyeluruh atas tantangan yang sedang dihadapi dalam suatu isu. Penilaian berdasarkan indikator kinerja stakeholder di atas merupakan suatu metode yang fleksibel, yang pada dasarnya dapat disesuaikan dengan kondisi dan sejauhmana informasi yang ingin digali. Sehingga penentuan standar penilaiannya dapat ditentukan sendiri yang penting mencakup ketentuan indikator tersebut diatas (Novianto, 2019).

E. Kerangka Pikir

Kerangka pikir merupakan proses memilih aspek-aspek dalam tinjauan teori yang berhubungan dengan masalah penelitian serta merupakan satu rangkaian konsep dasar secara sistematis yang menggambarkan variabel dan hubungan antara variabel. Sebagai rangkaian penalaran berdasarkan premis-premis teori yang relevan hingga menuju simpulan dan berakhir pada hipotesis yang akan diuji empiris. Berikut kerangka pikir dalam penelitian ini:



Gambar. 2.1. Skema Kerangka Pikir

F. Pertanyaan Dan Hipotesis Penelitian

Penelitian ini mencantumkan pertanyaan dan hipotesis untuk memenuhi tujuan penelitian. Pertanyaan penelitian digunakan sebagai arah dan pedoman kerja dalam menggambarkan fenomena yang belum diketahui dan penting untuk diketahui. Sedangkan hipotesis penelitian digunakan sebagai arah dan pedoman kerja dalam penelitian yang menunjukkan korelasi antara variabel.

1. Pertanyaan penelitian

- a. Bagaimana analisis determinan kehamilan remaja usia 15-19 tahun di Kota Parepare?
- b. Bagaimana variasi strategi *stakeholder primer* PKRR dengan tingkat optimalisasi kinerja *stakeholder primer* PKRR di Kota Parepare?
- c. Apa saja strategi *stakeholder primer* PKRR yang tepat berdasarkan analisis SWOT tentang determinan kehamilan remaja di Kota Parepare?

2. Hipotesis penelitian

- a. Ada hubungan variasi strategi *stakeholder primer* PKRR dengan tingkat optimalisasi kinerja *stakeholder primer* PKRR di Kota Parepare.