

# Model Klinik Kesehatan Sahabat Remaja Berbasis Komunitas di Kabupaten Jember (Community Based Adolescents Friendly Health Models)

Iis Rahmawati, Wantiyah

Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Telp/Fax. (0331) 323450

email: [rahmawati.psik@gmail.com](mailto:rahmawati.psik@gmail.com)

## Abstrak

Perilaku seksual berisiko remaja di daerah rural dan urban di Kabupaten Jember pada hasil penelitian tahun pertama dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jenis kelamin, kegiatan waktu luang remaja, sumber informasi kesehatan reproduksi remaja, pendidikan remaja, dan alasan penggunaan pelayanan kesehatan setempat. Hasil studi penelitian tahun pertama perilaku kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Jember pada daerah urban didapatkan aspek pengetahuan 82,3%, sikap 43,8%, dan ketrampilan 70,8% adalah cukup. Sedangkan pada daerah rural menunjukkan pengetahuan 57,3% cukup, sikap 40,6% kurang, dan ketrampilan 63,5% cukup. Fenomena tersebut memerlukan suatu intervensi model pelayanan kesehatan pada remaja, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja melalui suatu aplikasi model klinik sahabat remaja berbasis komunitas di Kabupaten Jember. Perilaku kesehatan reproduksi di klinik sahabat remaja berbasis komunitas diaplikasikan dalam upaya meningkatkan kemampuan ketrampilan hidup remaja dalam program klinik sahabat remaja berbasis komunitas untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja di daerah urban dan rural Kabupaten Jember. Target pencapaian dari program ini adalah peningkatan ketrampilan hidup kesehatan reproduksi remaja dalam aspek fisik, mental, emosional, dan spiritual remaja melalui terbentuknya klinik sahabat remaja berbasis komunitas di daerah urban dan rural Kabupaten Jember. Metode penelitian melalui *quasi eksperiment* dengan rancangan *the randomized control two group design with pretest dan posttest*. Penelitian pada tahun kedua ini untuk mengaplikasikan model klinik sahabat remaja berbasis komunitas hasil dari penelitian tahun pertama. Implementasi model melalui penggunaan terapi modalitas remaja dan keluarga dalam pencapaian kemampuan perawatan dan kemandirian remaja sebagai pencapaian ketrampilan hidup sehingga terbentuk suatu klinik layanan kesehatan reproduksi remaja berbasis komunitas. Tahun ketiga merupakan aplikasi program model KSR (Klinik Sahabat Remaja) berbasis komunitas sebagai bagian program PKPR (Program Kesehatan Peduli Remaja) di Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, tahun ketiga direncanakan apabila model klinik yang dihasilkan pada tahun kedua mendapatkan HAKI. Penelitian kedua dilakukan oleh peneliti melalui kerja sama dengan puskesmas dan sekolah serta masyarakat dalam penyiapan segala sumber daya untuk menghasilkan suatu model KSR berbasis komunitas. Kegiatan dilakukan dalam pelatihan dan pembentukan kelompok-kelompok sehat remaja di keluarga, sekolah, dan masyarakat. Pada tahun ketiga akan dilakukan aplikasi dari model yang telah terbentuk pada tahun kedua dengan bekerja sama dengan Puskesmas, Dinas Kesehatan, BKKBN, dan KPA (Komisi Pemberantasan HIV/AIDS) di Kabupaten Jember.

**Kata Kunci :** Klinik sahabat remaja, kesehatan reproduksi, komunitas

## Pendahuluan

Perilaku seksual remaja adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik hingga tingkah laku berkencan, bercumbu dan senggama. Obyek seksual dapat berupa orang, baik sejenis maupun lawan jenis, orang dalam khayalan atau diri sendiri.

Penyebab perilaku seksual dipengaruhi oleh faktor internal (faktor dari dalam individu yaitu bekerjanya hormon alat reproduksi

sehingga menimbulkan dorongan seksual yang menuntut untuk segera tersalurkan) dan factor eksternal (yaitu faktor dari luar individu yang menimbulkan dorongan seksual sehingga memunculkan perilaku seksual). Stimulus seksual di peroleh dari pengalaman kencan, pengalaman masturbasi, informasi seksualitas, diskusi dengan teman, jenis kelamin, pengaruh orang dewasa, membaca buku dan nonton film porno [1].

Berdasarkan faktor-faktor resiko remaja akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan pada remaja sehingga akan semakin

menempatkan remaja sebagai bagian dari populasi berisiko di masyarakat dari aspek kesehatan reproduksi remaja, anatara lain *Sexual Transmitted Diseases* (STDs). Hasil survey Nasional 2003-2004 menunjukkan 24 persen dari remaja perempuan berusia 14 sampai 19 tahun memiliki bukti laboratorium menderita salah satu dari STD berikut: *human papillomavirus* (HPV, 18 %), *Chlamydia trachomatis* (4 %), *Trichomonas vaginalis* (3 %), herpes simpleks virus tipe 2 (HSV-2, 2 %), atau *Neisseria gonorrhoeae*. Di antara gadis yang melaporkan pernah memiliki hubungan seks, 40 persen memiliki bukti laboratorium salah satu dari empat STD, sebagian besar HPV (30 %) dan klamidia (7 %). Khusus gonore genital pada tahun 2008 meningkat dari 31 per 100.000 perempuan dari usia 10-14 tahun. Untuk 636,8 per 100.000 penduduk pada anak berusia 15-19 tahun. Klamidia Genital usia 15-19 tahun perempuan jauh lebih tinggi, di 3.275,8 per 100.000 pada tahun 2008.

Hasil penelitian di Selatan dan Tenggara Amerika Serikat melaporkan 4,3 juta kelahiran pada tahun 2006, sekitar 435.000 dari kelahiran adalah ibu usia 15-19 tahun, atau meningkat 21.000 remaja memiliki bayi dari tahun 2005. Sementara di Misisipi pada tahun 2006 melaporkan kehamilan remaja meningkat 60% dari rata-rata nasional dan di New Mexico, dan Texas kehamilan remaja meningkat 50% dari rata-rata nasional. Hasil penelitian di Amerika menunjukan angka abortus di pada tahun 2006 sebanyak 19,3 % dari 1.000 remaja perempuan melakukan tindakan aborsi karena kehamilan. Kondisi ini 1% lebih tinggi bila dibandingkan tahun 2005. Hasil penelitian di Mumbai tahun 2006-2007 menunjukan bahwa dari 142 remaja yang hamil, 134 (94%) pasien sudah menikah dan 8(5,63%) pasien belum menikah. Dari 134 yang sudah menikah 33% meikah dibawah usia 18 tahun. Pernikahan dini ini disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan dan kehamilan pada remaja. Jumlah remaja putus sekolah usai 13-18 tahun atau setara dengan usia SMP dan SMU di kota Kediri di tahun 2006 telah mencapai 4087 remaja.

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat [2]. Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya

[3]. Permasalahan yang dialami oleh remaja umumnya dikarenakan adanya krisis identitas tanpa adanya faktor pendukung dan sumber informasi yang jelas dalam memberikan ketersediaan layanan pada kelompok remaja [4]. Permasalahan kesehatan yang berisiko mengancam kesejahteraan remaja antara lain merokok, konsumsi alkohol, konsumsi obat, depresi atau risiko bunuh diri, emosi, masalah fisik, problem sekolah dan perilaku seksual [5].

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis komunitas terutama sekolah. Kelompok remaja memerlukan perhatian yang khusus oleh praktisi kesehatan khususnya perawat komunitas [5]. Remaja umumnya mendapatkan kenyamanan dan terbuka pada kelompok sebayanya. Proses pembelajaran remaja dapat difasilitasi dalam kegiatan kelompok sebaya melalui model dalam suatu klinik di masyarakat yang bersifat sebagai sahabat remaja (Klinik Sahabat Remaja/KSR).

Klinik Sahabat Remaja (KSR) merupakan suatu model asuhan keperawatan komunitas yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan dan sumber-sumber serta mengidentifikasi nilai-nilai dalam populasi remaja melalui penyusunan suatu program dalam pemenuhan kesehatan reproduksi remaja di masyarakat dan kelompok remaja melalui integrasi model pelayanan kesehatan komunitas [6], *community as partner model* [7], *family center nursing model* [8], dan *transcultural nursing model* [9]. KSR merupakan suatu kegiatan yang diperuntukkan dari remaja, oleh remaja, dan untuk remaja didalam suatu wadah komunitas remaja di suatu wilayah. Model KSR mengacu pada pelaksanaan *adolescent friendly*, *Friendly Clinics* (FC), *My Future Is My Choices* (MFMC), dan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

Perbedaan pelayanan KSR dengan keempat program kesehatan reproduksi remaja diatas adalah pada aspek tujuan, sasaran, tatanan, dan metode serta langkah program. Langkah-langkah kegiatan dalam program KSR merupakan integrasi dari keempat model pelayanan kesehatan reproduksi remaja: *Adolescent Friendly* [10]; *MCFC* [11]; *FC* [12],

dan PKPR [13]. Remaja sebagai kelompok berisiko terhadap kesehatan memerlukan adanya pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan serta lingkungan remaja. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada umumnya tidak tersedia sehingga tidak terakses oleh remaja karena jarak pelayanan kesehatan yang tidak memadai [3]. Kehidupan populasi remaja di daerah rural dan urban berbeda dalam budaya dan norma serta perilaku sehingga mengakibatkan perbedaan dalam memprioritaskan masalah kesehatan reproduksi remaja [14], tetapi secara umum permasalahan kesehatan yang dialami pada kedua populasi tersebut memiliki karakteristik yang hampir sama, seperti pengalaman seks pranikah, kehamilan yang tidak diinginkan, dan infeksi saluran reproduksi atau HIV [15]. Permasalahan tersebut berkembang sejalan dengan perubahan lingkungan sekitar remaja di masyarakat, sehingga remaja membutuhkan bimbingan dan pengawasan secara optimal selama masa perkembangan.

### Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan kombinasi antara metode kuantitatif, kualitatif dan partisipatif. Jenis rancangan penelitian kuantitatif yang digunakan adalah *quasi eksperimen* dengan pre test dan post test pada kelompok kontrol dan intervensi. Metode kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dan observasi. Metode partisipatif dalam penelitian dilakukan dengan cara diskusi kelompok terfokus (FGD) pada stakeholder penelitian yaitu individu (remaja), rumah tangga, pemuka masyarakat, sekolah dan pemerintah. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga remaja yang menetap di wilayah urban dan rural Kabupaten Jember yaitu remaja usia 10-14 tahun sebanyak 206.794 orang dan remaja usia 15-19 tahun sebanyak 189.867 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *multistage random sampling* dengan unit analisis kepala keluarga yaitu 116 remaja di urban area Kabupaten Jember. Lokasi penelitian ini di daerah urban Kabupaten Jember pada remaja dengan permasalahan kesehatan reproduksi. Penelitian ini dilakukan selama 2 tahun

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrumen berupa kuisioner, pedoman wawancara dan panduan diskusi kelompok terfokus. Kuisioner yang digunakan diadopsi dari pelaksanaan proyek inovasi Susanto (2010) dengan Cronbach's

Alpha sebesar 0,638. Analisis data disesuaikan dengan bentuk data. Analisis data kuantitatif menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik responden. Analisis bivariat menggunakan *wilcoxon dengan CI 95% dan  $\alpha = 0,05$* . Analisis data kualitatif menggunakan analisis kualitatif dengan mengkategorikan hasil temuan. Analisis data hasil FGD dikelompokkan dalam kartu-kartu yang diberi warna tertentu untuk mengetahui kecenderungan masyarakat dalam pencegahan perilaku seksual berisiko.

### Hasil Penelitian Pengaruh Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Terhadap Komunikasi Orang Tua

Tabel1. Distribusi berdasarkan Jenis Kelamin dan Agama Responden di SMA X Kabupaten Jember tahun 2016 (n=100)

Variabel	Jumlah	%
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	45	45
Perempuan	55	55
Jumlah	100	100
<b>Agama</b>		
Islam	100	100
Jumlah	100	100

Berdasarkan tabel 1 didapatkan data bahwa responden mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu 55 orang (55%) dan semuanya beragama islam (100%).

Tabel 2. Distribusi berdasarkan pengetahuan Responden di SMA X Kabupaten Jember tahun 2016 (n=100)

Variabel	Sebelum		Sesudah		Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Baik	25	25	45	45	20	20
Cukup	45	45	45	45	30	30
Kurang	30	30	10	10	50	50
Total	100	100	100	100	100	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa terjadi pengetahuan responden yang baik mengalami peningkatan dari 25 orang (25%) menjadi 50 orang (50%) setelah dilakukan perlakuan. Sedangkan pada kelompok perlakuan pengetahuan baik sebanyak 20 orang (20%).

### Pengaruh Peer Grup Terhadap Keterampilan Hidup Remaja di Kabupaten Jember

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden rata-rata memiliki usia 16,18 tahun.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Usia Kelompok Perlakuan Remaja Oleh Kader KSR di SMU Kabupaten Jember 2016 (n=34)

Variabel	Mean	Modus	Min-maks
Usia	16,18 tahun	16 tahun	16-17 tahun

Tabel 4 menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan yaitu 23 orang (67,6%) dan mayoritas beragama islam yaitu 33 orang (97,1%). Mayoritas responden penelitian memiliki status pernah pacaran yaitu sebanyak 28 orang (82,4%).

Tabel 4. Distribusi berdasarkan Jenis Kelamin dan Agama Responden di SMA X Kabupaten Jember tahun 2016 (n=34)

Variabel	Jumlah	%
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	11	32,4
Perempuan	23	67,6
Jumlah	34	100
<b>Agama</b>		
Islam	33	97,1
Katolik	1	2,9
Jumlah	34	100
<b>Status Pacaran</b>		
Pacaran	6	17,6
Tidak Pacaran	28	82,4
Jumlah	34	100

Tabel 5. Analisis Pengaruh Pendidikan Kesehatan Kader KSR terhadap Keterampilan Kesehatan Remaja Di SMA Negeri Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 34)

Variabel	Mean	SD	P-value
Pengetahuan	Pre	40,79	0,00
	Post	43,47	
Sikap	Pre	59,50	0,00
	Post	60,97	
Perilaku	Pre	47,76	0,00
	Post	50,18	
Keterampilan total	Pre	48,49	0,00
	Post	50,73	

Tabel 5 menunjukkan bahwa semua indikator pengetahuan, sikap, perilaku, dan keterampilan total responden memiliki nilai p-value 0,00 (<0,05) berarti terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan oleh Kader klinik kesehatan remaja (KSR).

**Pengaruh Orang Tua Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Remaja di Kabupaten Jember**

Tabel 6 menunjukkan bahwa responden rata-rata memiliki usia 49,33 tahun.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Usia Responden pada Keluarga Remaja di Kabupaten Jember 2016 (n=30)

Variabel	Mean	Modus	Min-maks
Usia	49,33 tahun	36 tahun	24-81 tahun

Tabel 7 menunjukkan bahwa kebanyakan responden memiliki status pendidikan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 13 responden (43,3%).

Tabel 7. Distribusi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan pada keluarga remaja di Kabupaten Jember tahun 2016 (n=30)

Variabel	Jumlah	%
<b>Pendidikan</b>		

Tidak Sekolah	1	3,3
Sekolah Dasar	13	43,3
SMP	9	30
SMA	4	13,3
Sarjana	3	10
Jumlah	30	100

Tabel 8. Analisis Pengaruh Orang Tua terhadap pengetahuan, perilaku dan sikap remaja di Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 34)

Variabel	Mean	Z	P-value
Pengetahuan	Neg ranks	11,72	-0,701
	Pos ranks	11,35	
Sikap	Neg ranks	9,21	-3,317
	Pos ranks	16,84	
Perilaku	Neg ranks	13,96	-0,907
	Pos ranks	10,77	
Keterampilan total	Neg ranks	11,81	-2,842
	Pos ranks	16,84	

Tabel 7 menunjukkan bahwa indikator pengetahuan memiliki p-value 0,483 (>0,05) yang berarti bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan begitu juga pada indikator perilaku yang memiliki p-value 0,365 (>0,05) yang berarti bahwa tidak ada perbedaan perilaku sebelum dan sesudah perlakuan. Tabel 7 menunjukkan bahwa indikator sikap memiliki p-value 0,001 (>0,05) yang berarti bahwa ada perbedaan sikap sebelum dan sesudah perlakuan begitu juga pada indikator keterampilan total yang memiliki p-value 0,004 (>0,05) yang berarti bahwa ada perbedaan keterampilan total sebelum dan sesudah perlakuan.

**Pembahasan**

**Pengaruh Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Terhadap Komunikasi Orang Tua**

Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin perempuan (55%) lebih banyak dari laki-laki (45%). Menurut Nursal, proporsi perilaku seksual berat lebih tinggi pada laki-laki karena secara sosial laki-laki cenderung lebih bebas dibandingkan dengan perempuan dan orang tua cenderung lebih protektif pada perempuan. Pengekspresian dorongan seksual pada laki-laki terkesan lebih diabaikan dibandingkan kaum perempuan. Nursal menemukan bahwa laki-laki mempunyai peluang untuk berperilaku seksual beresiko berat sebesar 4,41 kali dibandingkan dengan perempuan yang memiliki peluang 0.424 kali.

Tabel 2 menunjukkan bahwa seluruh responden memiliki agama Islam (100%). Nilai dan keyakinan remaja akan dapat mempengaruhi kehidupan pubertas dan perilaku seksual yang beresiko di masyarakat karena nilai dan keyakinan remaja di Indonesia

yang masih menganggap tabu terhadap pendidikan sosial dari segi agama dan norma budaya, sehingga akan mengakibatkan perilaku beresiko pada remaja.

Hasil penelitian didapatkan bahwa indikator pengetahuan responden yang paling kecil adalah mengenai pola komunikasi antara remaja dengan orang tua, yaitu sebesar 30 % . Tiga lingkungan yang membentuk karakter remaja yaitu keluarga, sekolah dan masyarakat dimana pendidikan keluarga paling dominan pengaruhnya dan yang paling berpengaruh pada anak remaja adalah orang tua. Orang tua merupakan pendidik pertama dan utama bagi anak-anaknya, melalui lingkungan keluarga anak mengalami proses sosialisasi awal. Orang tua mencurahkan perhatiannya untuk mendidik anak, agar anak tersebut memperoleh dasar-dasar pergaulan hidup yang benar dan baik. Orang tua memiliki kekuatan untuk membimbing perkembangan anak dalam hal kesehatan seksual, mendorong anak untuk berperilaku seksual yang wajar dan mengembangkan keterampilan pengambilan keputusan pribadi yang baik.

#### **Pengaruh Peer Grup Terhadap Keterampilan Hidup Remaja di Kabupaten Jember**

Tabel 5 menunjukkan bahwa semua indikator pengetahuan, sikap, perilaku, dan keterampilan total responden memiliki nilai p-value 0,00 (<0,05) berarti terdapat perbedaan yang signifikan indikator pengetahuan, sikap, perilaku, dan keterampilan total responden sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan oleh Kader klinik kesehatan remaja (KSR). Remaja mulai menjaga jarak dengan keluarga namun lebih menganggap penting teman sebayanya. Hasil penelitian O'Sullivan, 2007 sebanyak 69% remaja di Amerika menghabiskan waktunya bersama teman/kelompok sebayanya. Hasil penelitian Chia 2006 di Singapura menyatakan kelompok remaja seringkali memberikan tekanan kepada anggota kelompoknya (peer pressure) yang terkadang berlawanan dengan hukum atau tatanan sosial yang ada. Tekanan itu bisa saja berupa paksaan untuk menggunakan narkoba, mencium pacar bahkan melakukan hubungan seks, sebaliknya, jika remaja berada dalam lingkungan pergaulan yang selalu menyebarkan pengaruh positif yaitu kelompok yang selalu memberikan motivasi (peer motivation), dukungan dan peluang untuk mengaktualisasikan diri secara positif kepada semua anggotanya.

Meskipun orang tua merupakan sumber informasi utama tentang isu-isu kesehatan

reproduksi, kebanyakan orang tua dan anak-anak remaja tidak membahas tentang isu-isu kesehatan reproduksi. Penelitian menunjukkan bahwa hanya 46%, 20%, dan 20% dari orang tua di Amerika Serikat, Lesotho, dan Ethiopia, telah membahas masalah tersebut dengan remajanya. Di Cina, hanya sepertiga dari remaja perempuan yang membicarakan tentang hal-hal seksual dengan ibunya, Akibatnya, pengetahuan kebanyakan remaja pada isu-isu kesehatan reproduksi sering berasal dari informasi bersama oleh rekan-rekan sesama mereka, yang mungkin atau tidak mungkin diberitahu dengan baik. Hal ini dapat menyebabkan informasi yang salah dan bertahannya mitos yang merusak, membuat remaja rentan terhadap perilaku seksual yang beresiko yang mengakibatkan, kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual, dan aborsi.

#### **Pengaruh Orang Tua Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Remaja di Kabupaten Jember**

Hasil analisis pada tabel 7 menunjukkan bahwa indikator keterampilan total memiliki p-value 0,004 (>0,05) yang berarti bahwa ada perbedaan keterampilan total sebelum dan sesudah perlakuan (peran orang tua). Namisi et al, 2009, melaporkan bahwa dalam hal komunikasi, 44% dari remaja lebih suka berkomunikasi dengan ibu tentang seksualitas, sementara 15% memilih ayah. Ibu adalah partner komunikasi yang disukai oleh mayoritas remaja perempuan di kedua Tanzania dan Afrika Selatan. Penelitian Di Tanzania menemukan bahwa orang-orang muda lebih memilih komunikasi seksualitas untuk mengambil tempat dengan orang tua dari jenis kelamin yang sama. Studi yang dilakukan di kalangan anak muda berusia 11-17 tahun melaporkan bahwa secara keseluruhan, 44% dari peserta lebih suka berkomunikasi dengan ibu tentang seksualitas, sementara 15% ayah disukai. Di Cape Town, 31% lebih suka berdiskusi dengan ibu, dan 22% menyatakan preferensi untuk ayah, sementara di dua lokasi lainnya, proporsi yang lebih besar dari laki-laki lebih suka berdiskusi dengan ayah dibandingkan dengan ibu 47% dan 27% di Dar es Salaam dan Mankweng.

Interaksi orang tua berupa komunikasi orangtua-remaja dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku remaja, karena orang tua merupakan sumber informasi bagi anak-anak mereka. Komunikasi antara orang tua dan remaja tentang seksualitas mereka khususnya seringkali sulit untuk kedua

orang tua dan remaja. Di negara maju, sebuah studi oleh Burgess et al, 2005, menunjukkan bahwa komunikasi meningkat antara orang tua dan remaja mereka tentang seks sangat membantu dalam mengurangi perilaku risiko remaja melakukan seksual pranikah. Komunikasi tentang seksualitas akan efektif untuk mengurangi perilaku seksual bila dikombinasikan dengan komunikasi orangtua-remaja yang efektif tentang masalah seksualitas remaja

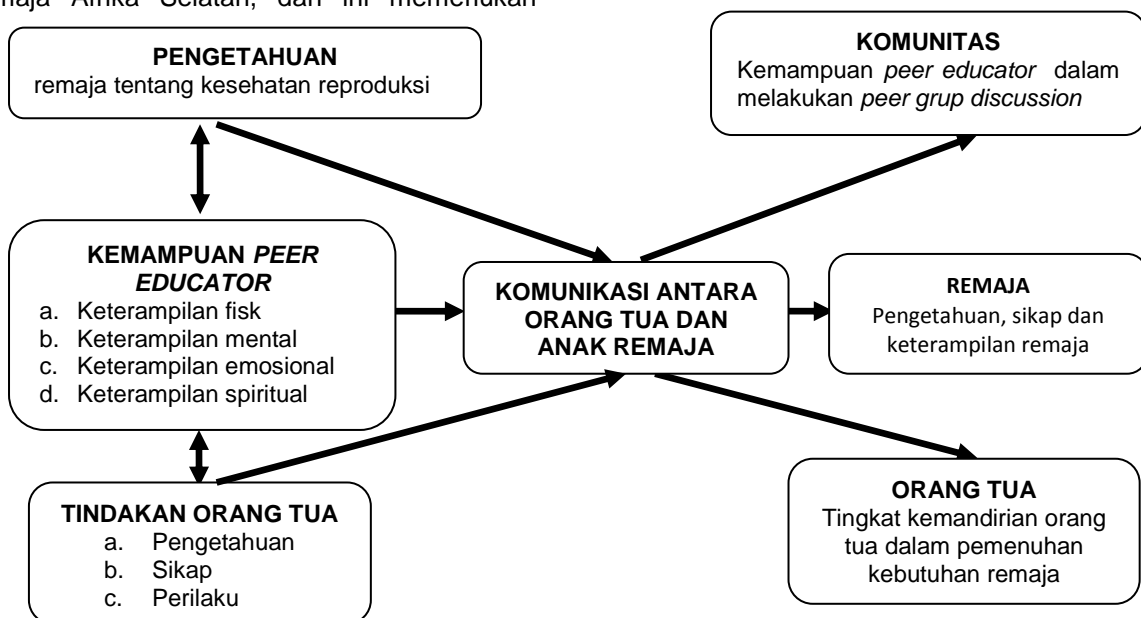
Remaja sering terlibat dalam berbagai risiko perilaku seksual yang dapat merugikan kesehatan, sosial dan konsekuensi ekonomi. Ketidaknyamanan yang dialami oleh orang tua dan remaja mereka dalam berbicara tentang kesehatan reproduksi remaja dapat mencegah komunikasi kesehatan reproduksi yang efektif. Penelitian dari Ghana juga menunjukkan bahwa remaja enggan untuk membahas seksualitas dengan orang tua mereka dan mereka cenderung lebih memilih untuk membahas masalah ini dengan teman-teman mereka, karena mereka merasa malu dan juga karena takut hukuman fisik untuk membahas seksualitas.

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa masalah kesehatan seksual seperti HIV / AIDS dan kehamilan yang tidak direncanakan atau tidak diinginkan yang lazim di kalangan remaja Afrika Selatan, dan ini memerlukan

Sebagai orang tua tidak berbicara dengan anak-anak mereka tentang masalah kesehatan reproduksi, mereka tidak ingin anak-anak mereka untuk melakukan sesuatu tentang seksual, dan mereka menghindari menghadapi anak-anak mereka pada apa yang mereka lakukan mengenai seksualitas dan ini adalah sebagian besar umum di antara negara-negara Afrika.

Komunikasi orang tua – remaja sangat penting selama masa remaja terutama mengenai masalah kesehatan reproduksi karena dapat mempengaruhi pembentukan identitas remaja dan kemampuan mengambil peran. Cooper et al. menunjukkan bahwa remaja yang mengalami dukungan dari keluarga akan merasa lebih bebas untuk mengeksplorasi isu-isu identitas. Holstein, 1972 dan Stanley, 1978, menemukan bahwa diskusi antara orang tua dan anak-anak secara signifikan memfasilitasi pengembangan tingkat yang lebih tinggi dari penalaran moral pada remaja.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, kami mendapatkan model pengembangan Klinik Kesehatan Sahabat Remaja (KKSAR) di komunitas yaitu pada bagan 1.



perhatian yang utama. Untuk meningkatkan efektivitas program pencegahan bagi remaja, penting bahwa remaja memperoleh pengetahuan yang memadai dan persepsi baik-informasi tentang seks, aspek di mana interaksi orangtua-remaja dan konteks keluarga memainkan peran yang sangat diperlukan.

### Simpulan dan Saran

- Kesimpulan dari hasil penelitian adalah
- Pengetahuan yang baik tentang kesehatan reproduksi remaja akan meningkatkan kesadaran remaja untuk hidup sehat
  - Keputusan peer group yang tepat dalam melakukan keterampilan hidup remaja akan

meningkatkan keterampilan hidup remaja sebagai bekal pengkaderan terhadap remaja berikutnya.

- c. Tindakan adalah proses awal orang tua dalam berperilaku, memahami atau mengenal kondisi remaja yang akan menjadi dasar dan motivasi orang tua untuk mempelajari keterampilan hidup remaja yang harus dipersiapkan saat berinteraksi dengan anak remaja.

Saran dari peneliti adalah model pengembangan Klinik Kesehatan Sahabat Remaja (KKSAR) dapat diterapkan sebagai salah satu mekanisme pencegahan perilaku seksual beresiko pada remaja yang berbasis komunitas. Peneliti berharap dengan penerapan model KKSAR ini ketrampilan hidup yang mencakup kemampuan remaja secara fisik, mental, emosional dan spiritual bisa tumbuh dan berkembang dan dapat melindungi remaja dari berbagai resiko dan tantangan hidup yang dihadapi remaja.

### Ucapan Terima Kasih

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada responden penelitian dan seluruh pihak yang telah membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.

### Daftar Pustaka

- [1] Hurlock, E.B. *Developmental Psychology : a life span approach* (5th ed), London : McGraw Hill Inc. 1998
- [2] Allender, J.A. & Spardley, B.W. *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001
- [3] WHO. *Accelerating Implementation of Adolescent Friendly Health Services in South East Asia Region*. Report of The Meeting of The National Adolescent Health Programme Managers in Member Countries of The South East Asia Region Bali, Indonesia, 12-15 February 2008. 2008.
- [4] Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. *Ketrampilan Hidup (Life Skills) Dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja*. BKKBN Pusat. 2008
- [5] Stanhope, M. dan Lancaster, J. *Community Health Nursing : Promoting Health Of Agregates, Families And Individuals*, 4 th ed. St.Louis : Mosby, Inc. 2004
- [6] Marquis,B.L. and Huston, Carol J. *Leadership Roles and Roles Management Functions in Nursing : Theory and Application*.5th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. 2006
- [7] Anderson, E., & McFarlane, J. *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004
- [8] Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall. 2003
- [9] Leininger, M.M., McFarland, M.R. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* 3rd edition. The McGraw-Hill Companies. 2002
- [10] UNPFA. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit For Humanitarian Settings: A Companion to The Interagency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Setting*. 2009
- [11] UNICEF. *Working For and With Adolescent: Some UNICEF Examples*. ADPU UNICEF. 2002
- [12] Sun, T.T.H. *Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Taiwan*. *Quarterly of Community Health Education*, Vol. 23(2) 139-149, 2004-2005. Jurnal. 2004
- [13] Depkes RI. *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*, Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. 2003
- [14] Situmorang, A. *Adolescent Reproductive Health in Indonesia. A Report Prepared for STARH Program*, Johns Hopkins University/Center for Communication Program Jakarta, Indonesia. 2003
- [15] Mephan, I,. *A Review of NGO Adolescent Reproductive Health Programs in Indonesia*. Diakses dari [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacw748.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw748.pdf). Internet. 2001. Diambil pada 12 Januari 2015.