**PERTEMUAN 2**

**KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA**

**PENDAHULUAN**

Masa remaja merupakan bagian dari proses tumbuh kembang, yaitu masa peralihan dari anak menuju dewasa. Pada tahap ini, anak mengalami percepatan pertumbuhan, perubahan-perubahan baik fisik maupun psikologis. Oleh karenanya, remaja sangat rentan sekali mengalami masalah psikososial, yakni masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial

**Capaian Pembelajaran** :

Mahasiswa mampu mengetahui konsep dari asuhan kebidanan pada remaja, meliputi :

1. Definisi dan klasifikasi remaja
2. Karakteristik remaja Permasalahan remaja (seks pranikah, KTD, aborsi)
3. Definisi reproduksi
4. Organ reproduksi
5. Faktor-faktor yang memperngaruhi kesehatan reproduksi remaja
6. Masalah kesehatan reproduksi remaja
7. Strategi KIE kesehatan reproduksi remaja

**MATERI**

**Batasan Usia Remaja**

Remaja adalah masa transisi antara masa anak dan dewasa, dimana terjadi pacu tumbuh (*growth spurt*), timbul ciri-ciri seks sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi perubahan-perubahan psikologik serta kognitif (BKKBN, 2001).

Masa remaja merupakan bagian dari proses tumbuh kembang, yaitu masa peralihan dari anak menuju dewasa. Pada tahap ini, anak mengalami percepatan pertumbuhan, perubahan-perubahan baik fisik maupun psikologis. Oleh karenanya, remaja sangat rentan sekali mengalami masalah psikososial, yakni masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial (Iskandarsyah, 2006).

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja antara usia 10-19 tahun, adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa pubertas. Masa pubertas ditandai dengan terjadinya perubahanperubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini merupakan peristiwa yang paling penting, berlangsung cepat, drastis, tidak beraturan dan bermuara dari perubahan pada sistem reproduksi. Hormon-hormon mulai diproduksi dan mempengaruhi organ reproduksi untuk memulai siklus reproduksi serta mempengaruhi terjadinya perubahan tubuh. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin misalnya, pada remaja putri ditandai dengan *menarche* (menstruasi pertama), tumbuhnya rambut-rambut pubis, pembesaran buah dada, pinggul. Sedangkan pada remaja putra mengalami *pollution* (mimpi basah pertama), pembesaran suara, tumbuh rambut–rambut pubis, tumbuh rambut pada bagian tertentu seperti di dada, di kaki, kumis dan sebagainya (Iskandarsyah, 2006).

Berdasarkan umur kronologis dan berbagai kepentingan, terdapat berbagai definisi tentang remaja, sebagai beikut:

1. Menurut World Health Organization(WHO) remaja adalah jika anak berusia 12 sampai 24 tahun.
2. Usia remaja menurut UU perlindungan anak no. 23 tahun 2002 adalah 10–18 tahun.
3. Pada buku-buku pediatri, pada umumnya mendefinisikan remaja adalah bila seorang anak telah mencapai umur 10–18 tahun (untuk anak perempuan) dan 12–20 tahun (untuk anak laki-laki).
4. Menurut UU no. 4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
5. Menurut UU Perburuhan, anak dianggap remaja apabila telah mencapai umur 16–18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal.
6. Menurut UU Perkawinan no. 1 tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila cukup matang untuk menikah, yaitu umur 16 tahun (untuk anak perempuan) dan 19 tahun (untuk anak laki-laki).
7. Menurut Diknas, anak dianggap remaja bila anak sudah berumur 18 tahun, yang sesuai dengan saat lulus Sekolah Menengah.

Dalam tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan sebagai berikut (Iskandarsyah, 2006):

1. Masa remaja awal/dini (*early adolescence*): umur 10–13 tahun
	1. Tampak dan memang merasa lebih dekat dengan teman sebaya,
	2. Tampak dan merasa ingin bebas,
	3. Tampak dan memang lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berfikir khayal (abstrak).
2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*): umur 14–16 tahun
	1. Tampak dan merasa ingin mencari identitas diri,
	2. Ada keinginan untuk berkencan atau tertarik pada lawan jenis,
	3. Timbul perasaan cinta yang mendalam,
	4. Kemampuan berfikir abstrak (berkhayal) makin berkembang, 5) Berkhayal mengenai hal-hal yang bekaitan dengan seksual.
3. Masa remaja lanjut (*late adolescence*): umur 17–19 tahun
	1. Menampakkan pengungkapan kebebasan diri,
	2. Dalam mencari teman sebaya lebih selektif,
	3. Memiliki citra (gambaran, keadaan, peranan) terhadap dirinya,
	4. Dapat mewujudkan perasaan cinta,
	5. Memiliki kemampuan berfikir khayal atau abstrak.

**ORGAN REPRODUKSI**

**Struktur Anatomi Dan Fisiologi Organ Genitalia Laki-Laki**

 Organ genitalia laki-laki terbagi menjadi organ genitalia luar, dalam dan kelenjar asesorius. Organ genitalia luar laki-laki adalah sebagai berikut (Sumiaty, 2011):

1. Penis, untuk meletakkan sperma ke dalam organ genitalia wanita dan untuk mengeluarkan urin.
2. Skrotum, pembungkus buah zakar, berfungsi untuk *thermoregulator.*

Organ genitalia laki-laki bagian dalam adalah testis yang jumlahnya sepasang, terletak di dalam skrotum. Fungsinya untuk menghasilkan hormon *testosterone* dan memproduksi sperma. Sedangkan kelenjar asesorius lakilaki adalah (Sumiaty, 2011):

1. *Epididimis*. Fungsinya sebagai tempat pematangan sperma, bagian ekornya untuk menyimpan sperma, mengeluarkan zat yang membuat suspensi cairan sperma menjadi lebih encer dan sebagai transportasi sperma.
2. *Vesikula seminalis*. Produksi zat kimia untuk suspensi cairan sperma.
3. *Prostat*. Mengandung zat untuk memelihara spermatozoa di luar tubuh.
4. *Kelenjar cowper*. Berfungsi untuk melicinkan uretra dan vagina saat

koitus.

1. *Kelenjar* *littre*. Berfungsi untuk melicinkan uretra dan vagina saat koitus.

Cairan sperma terdiri dari 2 komponen, yaitu sel sperma dan cairan semen. Pengaturan pembentukan sperma dan hormon pada laki-laki adalah sebagai berikut (Johnson and Everitt, 2000):

**Struktur Anatomi Dan Fisiologi Organ Genitalia Wanita**

Organ genitalia wanita terdiri dari organ genitalia luar dan dalam. Organ genitalia luar terdiri dari (Mochtar, 1998):

1. *Mons veneris*: daerah yang menggunung di atas tulang kemaluan dan akan ditumbuhi rambut kemaluan.
2. *Bibir besar kemaluan*: terdapat di kanan dan kiri, berbentuk lonjong, lanjutan *mons veneris*.
3. *Bibir kecil kemaluan*: bagian dalam dari bibir besar.
4. *Klitoris*: identik dengan penis pada pria, sangat sensitif karena banyak mengandung jaringan saraf.
5. *Vulva*: daerah yang dibatasi klitoris, bibir kecil kemaluan, dan *perineum*.
6. *Introitus vagina*: pintu masuk ke dalam vagina.
7. *Selaput dara*: selaput yang menutupi introitus vagina, dapat berbentuk semilunar, tapisan atau fimbria.
8. *Lubah kemih*: tempat keluarnya air kemih, terletak di bawah klitoris.
9. *Perineum*: terletak di antara vulva dan anus.

Organ genitalia wanita bagian dalam terdiri dari (Mochtar, 1998):

1. *Vagina*. Saluran yang menghubungkan antara vulva dan rahim. Bentuk dinding berlipat-lipat (*rugae*), panjangnya 8-10 cm. Fungsinya untuk mengalirkan darah haid dan secret dari rahim, alat bersenggama, dan jalan lahir.
2. *Rahim*. Terletak antara kandung kemih dan dubur. Bagian rahim terdiri dari fundus (bagian atas), korpus atau badan rahim dan leher rahim. Letak rahim dalam posisi normal adalah menghadap depan

(anterofleksi).

1. *Saluran telur*. Terdiri dari *pars intersisialis* yang menempel ke rahim, *pars ismika* (bagian yang sempit), *pars ampularis* (bagian yang lebar, tempat terjadi pembuahan), dan *infundibulum atau fimbrae* untuk menangkap

sel telur. Fungsi saluran telur adalah untuk menangkap dan membawa telur yang dilepaskan indung telur, dan tempat terjadi pembuahan.

1. *Indung telur*. Terdiri dari kiri dan kanan. Bagian-bagian indung telur adalah bagian kulit sebagai tempat folikel dan bagian inti sebagai tempat pembuluh darah dan serabut saraf.

**Pertumbuhan Somatik Pada Remaja**

Beberapa definisi remaja yang dapat dijadikan acuan yaitu sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

1. *Pediatric*. Bila seorang anak sudah mencapai umur 10-18 tahun untuk anak perempuan dan 12-20 tahun untuk anak laki-laki.
2. *UU no. 4 tahun 1979 tentang kesejahteraan anak*. Bila belum mencapai 21 tahun dan belum menikah.
3. *UU perburuhan*. Jika telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat tinggal.
4. *UU perkawinan No. 1 tahun 1974*. Bila telah matang untuk menikah yaitu 16 tahun untuk wanita dan 19 tahun untuk laki-laki.
5. *Pendidikan Nasional*. Bila berusia 18 tahun ssuai saat lulus sekolah

menengah.

1. *World Health Organization* (WHO). Telah mencapai 16-18 tahun.

Tahapan usia remaja adalah sebagai berikut:

1. Remaja awal/dini (*early adolescence*): 11-13 tahun
2. Remaja pertengahan (*middle adolescence*): 14-16 tahun
3. Remaja lanjut (*late adolescence*): 17-20 tahun

Ciri-ciri pertumbuhan somatik pada remaja adalah sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

1. Proses biologis pubertas dimana sistem hormon di hipotalamus, *pituitary*, gonad dan adrenal akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas, yang mengakibatkan pertumbuhan tinggi badan, berat badan, komposisi tubuh dan jaringan, tanda seks primer dan sekunder.
2. Perubahan somatik remaja sangat bervariasi saat mulai, berakhir, kecepatan dan sifatnya.
3. Setiap remaja mengikuti urutan yang sama dalam pertumbuhannya.
4. Munculnya ciri-ciri seks sekunder sebagai manifestasi aktivitas gonad yang terlihat melalui tingkat kematangan seksual (TKS) berdasarkan *tanner.*
5. Usia mulai menginjak remaja dipengaruhi oleh status gizi dan lingkungan.

Perubahan komposisi tubuh remaja pada masa pubertas adalah sebagai berikut (Soetjiningsih, 2010):

1. Pada remaja perempuan, berat tanpa lemak menurun dari 80% menjadi 75%. Sedangkan pada laki-laki meningkat dari 80% menjadi 85-90%.
2. Jaringan lemak meningkat pada remaja perempuan dan berkurang pada remaja laki-laki.
3. Terjadi peningkatan lebar pelvis pada perempuan.
4. Otot skeletal berperan membentuk penampilan fisik luar terutama pada laki-laki karena hormon androgen berperan sebagai stimulator hipertrofi otot skelet.
5. Pada organ dalam, percepatan pertumbuhan jantung dan paru laki-laki dan perempuan sama. Jantung dan paru menjadi besar secara *absolute* dan terkait ukuran tubuh. Pertumbuhan laring dipengaruhi hormon androgen. Laring remaja laki-laki membentuk sudut 90o dalam bagian anterior kartilago tiroid (*Adam’s apple*), sedangkan pada perempuan 120o. Pita suara perempuan 3 kali lebih panjang daripada laki-laki. Pertumbuhan organ dalam sesuai bentuk tubuh seseorang. Orang yang pendek akan mempunyai organ yang pendek. Pertumbuhan organ akan berhenti jika sudah sesuai dengan tubuh yang dilayani.
6. Jumlah sel darah merah laki-laki lebih banyak daripada perempuan.
7. Terjadi perubahan biokimia selama masa pubertas yang mencerminkan pertumbuhan tulang.

Sebelum pacu tumbuh, remaja perempuan tumbuh dengan kecepatan 5,5 cm/tahun. Setelah pacu tumbuh, kecepatannya menjadi 8 cm/tahun lalu kemudian kecepatan pertumbuhan mengalami deselerasi. Pertumbuhan tulang pada remaja perempuan yang paling menonjol adalah lebar panggul. Hal ini disebabkan pertumbuhan remaja perempuan lebih kecil dari laki-laki pada berbagai dimensi tubuh sehingga lebar panggul terlihat lebih menonjol.

Sebelum pacu tumbuh, kecepatan pertumbuhan linier laki-laki adalah 5 cm/tahun. Saat pertumbuhan remaja perempuan seusianya mengalami deselerasi, remaja laki-laki mengalami akselerasi mencapai 9 cm/tahun. Pertumbuhan yang khas untuk laki-laki adalah bau yang lebar, pinggul lebih sempit, dan kaki lebih panjang. hal itu disebabkan oleh hormon androgen.

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPERNGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA**

**Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja**

1. Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, yang ditandai dengan terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggungjawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling, serta pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini.
2. Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai menjadi 1) kehamilan tak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya; 2) kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko kesakitan dan kematian ibu; 3) Masalah PMS, termasuk infeksi HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi serta kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya.

**MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA**

Karakteristik remaja Permasalahan remaja (seks pranikah, KTD, aborsi)

Infeksi menular seksual (IMS) merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia. Infeksi menular seksual adalah segolongan penyakit infeksi yang terutama ditularkan melalui kontak seksual. Infeksi menular seksual dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, protozoa. atau ektoparasit. Peningkatan insidens IMS tidak terlepas kaitannya dengan perubahan perilaku berisiko tinggi, yaitu perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai risiko besar terserang IMS. Orang yang termasuk ke dalam kelompok risiko tinggi yaitu usia 20-34 tahun (pria), pelancong, pekerja seksual komersil (PSK), pecandu narkotika dan homoseksual.Kegagalan dalam mendiagnosis dan terapi akan menyebabkan komplikasi atau sekuele, misalnva infertilitas, gangguan kehamilan berupa kecacatan pada bayi, infeksi neonatal, kanker, bahkan kematian.

Penyakit kelamin adalah penyakit yang penularannya terjadi terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan kelamin tidak hanya terbatas secara genitor-genital saja, tetapi dapat juga secara *oro-genital* atau *anogenital*, sehingga kelainan ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi dapat juga pada daerah-daerah ekstra genital. Penyakit kelamin tidak berarti bahwa semua harus melalui hubungan kelamin, tetapi beberapa dapat juga ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat, handuk, *thermometer*, dan sebagainya. Selain itu, penyakit kelamin ini juga dapat menular kepada bayi dalam kandungan. Pada waktu dahulu penyakit kelamin dikenal sebagai *Venereal Diseases* (VD) yang berasal dari kata *venus* (dewi cinta). Penyakit yang termasuk dalam *Venereal Diseases* ini adalah *sifilis, gonore, ulkus mole, limfogranuloma venereum, dan granuloma inguinale* (Admosuharto, 1993).

Dewasa ini ditemukan berbagai penyakit lain yang juga dapat timbul akibat hubungan seksual. Oleh karena itu, istilah VD makin lama makin ditinggalkan dan diperkenalkan istilah *Sexually Transmitted Diseases* (STD) yang berarti penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan kelamin. Yang termasuk STD adalah kelima penyakit VD ditambah berbagai penyakit lain yang tidak termasuk VD. Istilah STD diterjemahkan dalam bahasa Indonesia menjadi Penyakit Menular Seksual (PMS), ada pula yang menyebut Penyakit Hubungan Seksual (PHS). Oleh karena PMS sebagian besar disebabkan oleh infeksi, maka kemudian istilah PMS diganti menjadi *Sexually Transmitted Infection* (STI) atau Infeksi Menular Seksual (IMS) (Muninjaya, 1997).

*Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi opportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Selain itu, AIDS adalah kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh virus HIV yang mengakibatkan rusaknya/menurunnya sistem kekebalan tubuh terhadap berbagai penyakit. AIDS ini bukan merupakan suatu penyakit saja, tetapi merupakan gejala-gejala penyakit yang disebabkan oleh infeksi berbagai jenis mikroorganisme seperti, infeksi bakteri, virus, jamur, bahkan timbulnya keganasan akibat menurunnya daya tahan tubuh penderita (Admosuharto, 1993)

Penularan virus ini dapat melalui hubungan seksual, transfusi darah, perinatal dan lain-lain. Dari hasil penelitian ditemukan virus HIV pada darah, produk darah, semen, sekret vagina, air liur dan air mata. Apabila HIV ini masuk ke dalam peredaran darah seseorang, maka HIV tersebut menyerap sel-sel darah putih. Sel-sel darah putih ini adalah bagian dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi melindungi tubuh dari serangan penyakit. HIV secara berangsur-angsur merusak sel darah putih hingga tidak bisa berfungsi dengan baik (Admosuharto, 1993).

**Jenis-Jenis infeksi menular seksual adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1997):**

***Infeksi Genital Nonspesifik***

Infeksi Genital Nonspesifik (IGNS) atau *Nonspecific Genital Infection* (NSGI) adalah penyakit menular seksual berupa peradangan di uretra, *rectum*, atau *serviks* yang disebabkan oleh kuman non spesifik. Kuman nonspesifik adalah kuman yang dengan fasilitas laboratorium sederhana/biasa tidak dapat ditemukan seketika. Kurang lebih 75% telah diselidiki penyebab IGNS dan diduga penyebabnya adalah *Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum dan Mycoplasma hominis, Gardnerella vaginalis,* Alergi dan Bakteri.

Gejala klinis pada pria biasanya ringan, timbul setelah 1-3 minggu kontak seksual. Gejala berupa disuria ringan, perasaan tidak enak di uretra, sering kencing, dan keluar duh tubuh seropurulen (tidak selalu). Komplikasi dapat berupa *prostatitis*, *vesikulitis*, *epididimitis*, dan *striktururetra*. Pada umumnya wanita tidak menunjukkan gejala (asimtomatis). Sebagian kecil dengan keluhan keluarnya duh tubuh vagina, disuria ringan, sering kencing, nyeri di daerah pelvis, dan disparenia. Komplikasi dapat berupa Bartholinitis, salpingitis, dan sistitis.

***Gonore (Kencing nanah)***

Gonore merupakan penyakit yang mempunyai insidens yang tertinggi di antara penyakit IMS yang lain. Gonore adalah penyakit kelamin yang pada permulaan keluar nanah (pus) dari *orifisium uretra eksternum* (muara uretra eksterna) sesudah melakukan hubungan seksual. Sebutan lain penyakit ini adalah kencing nanah. Penyakit ini menyerang organ reproduksi dan menyerang selaput lendir, mucus, mata, anus dan beberapa organ tubuh lainnya. Bakteri yang membawa penyakit ini adalah *Neisseria Gonorrhoeae*.

Gambaran klinis dan komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genilatia. Penderita pria gejala yang didapatkan yaitu rasa nyeri dan panas pada saat kencing, keluarnya nanah (pus) kental berwarna putih susu atau kuning kehijauan, ujung penis agak merah dan bengkak (radang uretra). Infeksi pertama pada wanita dapat berupa uretritis atau servisitis. Pada wanita dapat timbul fluor albus (keputihan kental berwarna kekuningan), rasa nyeri di rongga panggul, dan dapat pula tanpa gejala.

Komplikasi secara sistemik (diseminata) pada pria dan wanita dapat berupa artritis (radang sendi), miokarditis (radang lapisan miokardium jantung), endokarditis (radang lapisan endokardium jantung), perikarditis (radang perkardium), meningitis (radang selaput otak), dan dermatitis.

***Sifilis***

Meskipun insidens sifilis kian menurun, penyakit ini tidak dapat diabaikan karena merupakan penyakit berat. Hampir semua alat tubuh dapat diserang. Selain itu, wanita hamil yang menderita sifilis dapat menularkan penyakitnya ke janin sehingga menyebabkan sifilis kongenital. Penyakit ini disebut raja singa dan ditularkan melalui hubungan seksual atau penggunan barang-barang dari seseorang yang tertular misalnya seperti baju, handuk dan jarum suntik. Penyebab timbulnya penyakit ini adanya kuman *Treponema pallidum,* kuman ini menyerang organ penting tubuh lainya seperti selaput lendir, anus, bibir, lidah dan mulut.

Penularan biasanya melalui kontak seksual, tetapi ada beberapa contoh lain seperti kontak langsung dan kongenital sifilis (penularan melalui ibu ke anak dalam uterus). Gejala klinis Sifilis dibagi menjadi sifilis kongenital dan sifilis akuisita (didapat). Secara klinis, sifilis akuisita dibagi menjadi 3 stadium, yaitu:

1. **Sifilis primer**. Bentuk kelainan berupa erosi yang selanjutnya menjadi ulkus durum (ulkus keras).
2. **Sifilis sekunder**. Dapat berbentuk *roseola, kondiloma lata*, sifilis bentuk varisela, atau bentuk plak mukosa dan alopesia.
3. **Sifilis tersier.** Bersifat destruktif, berupa guma di kulit atau alat-alat dalam dan kardiovaskular, serta neurosifilis.

***Limfogranuloma Venereum***

*Limfogranuloma venereum* adalah penyakit kelamin yang menyerang sistem pembuluh dan kelenjar limfe tertentu pada daerah *genito-inguinal* dan *genito-rektal*. Penyakit ini disebut juga *limfopatiavenereum* yang dilukiskan pertama kali oleh Nicolas, Durand, dan Favre pada tahun 1913, oleh karena itu disebut penyakit Nicolas-Favre.

Penyebab *limfogranuloma venereum* adalah *Chlamydia trachomatis*. Gejala konstitusi timbul sebelum penyakitnya mulai dan biasanya menetap selama sindrom inguinal. Gejala konstitusi ini berupa *malaise* (lemah), nyeri kepala, *artralgia* (sakit pada sendi), *anoreksia* (kurang nafsu makan), *nausea* (mual), dan demam. Kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening *inguinal medial* dengan tanda-tanda radang. Penyakit dapat berlanjut memberi gejala-gejala kemerahan pada saluran kelenjar dan fistulasi.

***Ulcus Mole***

Ulkus mole adalah penyakit infeksi pada alat kelamin yang akut dan setempat berupa ulkus yang nyeri di daerah kemaluan. Penyakit ini mempunyai nama lain yaitu *chancroid* dan *soft chancre*. Ulkus mole disebabkan oleh *Haemophilus ducreyi (Streptobacillus ducreyi)*.Gejala klinis penyakit ini dimulai dengan papula yang berkembang menjadi ulkus dangkal, tepi merah, dasarnya kotor, sekitar koreng, edema, dan mudah berdarah disertai rasa sakit pada penekanan.

***Granuloma Inguinale***

*Granuloma inguinale* adalah penyakit yang timbul akibat proses granulomatosa pada daerah anogenital dan inguinal. Daya penularan penyakit ini rendah, bersifat kronik, progresif, mengenai genital dan kulit di sekitarnya, dn kadang-kadang sistem limfatik. Nama lain penyakit ini adalah *Sclerosing granuloma, granulomatosis, granulo venereum, granuloma Donovani,* dan *donovanosis*.

*Granuloma inguinale* disebabkan oleh *Donovania granulomatis (Calymmatobacterium granulomatosis)*. Perjalanan penyakit mencakup keluhan utama dan keluhan tambahan. Mula-mula timbul lesi berbentuk papula atau vesikel yang berwarna merah dan tidak nyeri, perlahan-lahan mengalami ulserasi menjadi ulkus granulomatosa yang bulat dan mudah berdarah, mengeluarkan sekret yang berbau amis.

**Komplikasi Infeksi Menular Seksual**

Bila IMS dapat didiagnosis secara dini dan mendapatkan terapi yang adekuat biasanya tidak terjadi komplikasi. Komplikasi infeksi menular seksual pada masing-masing jenis IMS dapat berupa (Depkes RI, 1997):

***Infeksi Genital Nonspesifik***

Komplikasi dan gejala sisa berupa salpingitis dengan risiko infertilitas, kehamilan diluar kandungan atau nyeri pelvis kronis. Komplikasi dan gejala sisa mungkin terjadi dari infeksi uretra pada pria berupa epididimitis, infertilitas dan sindroma *Reiter*. Pada pria homoseksual, hubungan seks *anorektal* bisa menyebabkan *proktitis klamidia.*

***Gonore (Kencing nanah)***

Komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genitalia. Komplikasi lokal pada pria dapat berupa *tisonitis, parauretritis, littritis, dan cowperitis*. Selain itu dapat pula terjadi *prostatitis, vesikulitis, funikulitis, epididimitis* yang dapat menimbulkan infertilitas. Sementara pada wanita dapat terjadi *servisitis gonore* yang dapat menimbulkan komplikasi salpingitis ataupun penyakit radang panggul dan radang tuba yang dapat mengakibatkan infertilitas atau kehamilan ektopik. Dapat pula terjadi komplikasi diseminata seperti *artritis, miokarditis, endokarditis, perikarditis, meningitis dan dermatitis*. Infeksi gonore pada mata dapat menyebabkan konjungtivitis hingga kebutaan.

***Sifilis***

Sifilis stadium lanjut yang dapat menyebakan *neurosifilis,* sifilis kardiovaskuler, dan sifilis benigna lanjut menyebabkan kematian bila menyerang otak.

Komplikasi IMS yang dapat mempengaruhi gangguan transport dan produksi sperma adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1997):

***Prostatitis***

Infeksi jaringan glandular prostat dapat terjadi akibat perluasan *uretritis posterior, dan vesikulitis.*Pada vesikula seminalis, *infiltrasi* jaringan lunak akan berkembang menjadi *striktura* dan dapat mengakibatkan gangguan ejakulasi. Resolusi tidak sempurna proses inflamasi akut dapat menyebabkan radang vesikula seminalis kronis, dan menyebabkan skar pada *vesikula seminalis* yang dapat mempengaruhi kualitas semen, atau bahkan *azoospermia* yang disebabkan skar pada *duktus ejakulatorius*.

***Epididymitis***

Komplikasi yang paling sering menyebabkan infertilitas pada IMS adalah epididymitis. Epididymitis terjadi melalui penyebaran *retrograde* dari *uretraposterior* melalui vas deferens, biasanya *unilateral* tetapi dapat juga terjadi bilateral. Bila terjadi *inflamasi*, *epididymis* dapat mengakibatkan obstruksi yang mempengaruhi *transport*. Selain itu dapat juga mempengaruhi kualitas semen dengan menstimulasi produksi antilbodi antisperma, berupa *sitokin* dan*soluble receptor. Epididymis* mensintesis sejumlah enzim antioksidan yang mempunyai kemampuan proteksi spermatozoa dari serangan oksidatif selama penyimpanan. Analisis semen menunjukkan bahwa pada pria fertil memiliki kapasitas antioksidan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok infertil. Hal ini menunjukkan pengaruh kapasitas antioksidan berperan dalam kelainan infertilitas.

***Orchitis***

*Epididymitis* yang tidak diobati dapat menyebar ke testis yang berdekat dan menyebabkan *epididymoorchitis*.

Perilaku yang memudahkan seseorang untuk tertular IMS, yaitu:

1. Sering berganti-ganti pasangan seksual atau mempunyai lebih dari satu pasangan seksual, baik yang dikenal maupun yang tidak dikenal/PSK.
2. Mempunyai pasangan seksual yang mempunyai pasangan seksual lainnya.
3. Terus melakukan hubungan seksual walaupun mempunyai keluhan IMS dan tidak memberitahukan kepada pasangannya tentang hal tersebut.
4. Tidak menggunakan kondom pada saat berhubungan seksual dengan pasangan yang berisiko.

Faktor biologi yang memudahkan penularan IMS adalah sebagai berikut:

1. *Umur*. Wanita muda mempunyai mukosa vagina dan jaringan serviks yang mudah terinfeksi.
2. *Jenis kelamin*. Wanita lebih mudah tertular daripada laki-laki, karena permukaan alat kelamin (vagina) yang lebih luas. Namun banyak penderita wanita yang mempunyai gejala ringan, sehingga hanya sebagian kecil saja yang datang berobat.
3. *Pengaruh khitan*. Laki-laki yang tidak dikhitan lebih mudah terinfeksi daripada yang dikhitan.

**Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual**

Prinsip umum pengendalian IMS tujuan utamanya adalah memutuskan rantai penularan infeksi IMS, mencegah berkembangnya IMS dan komplikasinya. Tujuan ini dicapai melalui (Media Litbangkes):

1. Mengurangi pajanan IMS dengan program penyuluhan untuk menjauhkan masyarakat terhadap perilaku berisiko tinggi.
2. Mencegah infeksi dengan anjuran pemakaian kondom bagi yang berperilaku risiko tinggi.
3. Meningkatkan kemampuan diagnosa dan pengobatan serta anjuran untuk mencari pengobatan yang tepat.
4. Membatasi komplikasi dengan melakukan pengobatan dini dan efektif baik untuk yang simptomatik maupun asimptomatik serta pasangan seksualnya.

Menurut Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PPM & PL) Departemen Kesehatan RI, tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan beberapa tindakan, seperti (Abdnego; Depkes RI, 1998):

1. Mendidik masyarakat untuk menjaga kesehatan dan hubungan seks yang sehat, pentingnya menunda usia aktivitas hubungan seksual, perkawinan monogami, dan mengurangi jumlah pasangan seksual.
2. Melindungi masyarakat dari IMS dengan mencegah dan mengendalikan IMS pada para pekerja seks komersial dan pelanggan mereka dengan melakukan penyuluhan mengenai bahaya IMS, menghindari hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan, tindakan profilaksis dan terutama mengajarkan cara penggunaan kondom yang tepat dan konsisten.
3. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk diagnosa dini dan pengobatan dini terhadap IMS. Jelaskan tentang manfaat fasilitas ini dan tentang gejala-gejala IMS dan cara-cara penyebarannya.

Sampai saat ini, penyakit kelamin merupakan penyakit yang sulit ditanggulangi, karena dalam penanggulangannya ada beberapa segi yang perlu mendapat perhatian, yaitu:

1. Segi medis
2. Segi epidemiologik
3. Segi sosial, ekonomi, dan budaya

Ditinjau dari segi medis, penanggulangan IMS secara komprehensif harus mencakup (Muninjaya, 1997):

1. Diagnosis yang tepat
2. Pengobatan yang efektif
3. Konseling kepada pasien, dalam rangka memberikan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), mengenai penyakitnya, pentingnya mematuhi pengobatan, upaya pencegahan penularan, dan sebagainya.
4. Penanganan pasangan seksualnya.

Segi-segi lain dalam penanggulangan IMS ini saling berkaitan, sehingga harus dilakukan dengan kerja sama secara lintas sektoral. Kegagalan diagnosis dan terapi IMS dapat menyebabkan komplikasi dan sekuele berupa infertilitas, gangguan kehamilan, infeksi neonatal, kanker, dan kematian. Dalam upaya penanggulangan PMS, ditemukan berbagai tantangan sebagai berikut (Muninjaya, 1997):

1. Sulitnya merubah perilaku seksual**.** Perilaku seksual sangat pribadi dan mendasari kehidupan sehari-hari, serta dipengaruhi oleh faktor budaya dan agama. Untuk mengubah perilaku, bahkan membicarakannya secara terbuka tidaklah mudah.
2. Pembahasan masalah seksual masih sering dianggap tabu. Hal tersebut menyulitkan dalam memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang pencegahan IMS, pengenalan dini dan pengobatannya, karena malu atau menimbulkan aib keluarga.
3. Pengidap IMS, banyak yang tanpa gejala atau gejalanya ringan, sehingga mereka tidak menyadari bahwa menderita IMS dan tidak datang berobat.
4. Pengobatan tidak selalu mudah dan efektif. Dewasa ini sering ditemukan kasus yang resisten terhadap pengobatan, misalnya *gonore* dan *ulkusmolle*. Untuk itu, diperlukan obat lain sebagai pengganti, yang biasanya mahal. Selain itu, IMS yang disebabkan oleh virus, seperti HIV/AIDS dan herpes, belum ditemukan obatnya.

Menyadari bahaya penyebaran IMS dan tantangan yang dihadapi tersebut, maka upaya yang dilakukan sebagai berikut (Admosuharto, 1993):

a. Deteksi dan pengobatan dini yang efektif.

1. Pendidikan dan komunikasi.
2. Promosi penggunaan kondom pada mereka yang berisiko.
3. Mengobati kasus IMS dan pasangannya.
4. Perhatian khusus pada perilaku berisiko tinggi.

Pasien dianggap berisiko bila mempunyai satu atau lebih hal-hal sebagai berikut:

* 1. Pria:
	2. Pasangan seksualnya lebih dari satu dalam satu bulan terakhir.
	3. Berhubungan seksual dengan pekerja seks pria atau wanita dalam satu bulan terakhir.
	4. Menderita PMS satu kali atau lebih dalam setahun terakhir.
	5. Pekerjaan pasangan seksualnya berisiko tinggi terhadap penularan
	6. Wanita:
	7. Pasangan seksualnya menderita PMS.
	8. Suami atau pasangan seksualnya atau dirinya mempunyai pasangan seksual lebih dari satu dalam sebulan terakhir.
	9. Menderita PMS satu kali atau lebih dalam setahun terakhir. Pekerjaan pasangan seksual berisiko tinggi terhadap penularan.

Penatalaksanaan pelayanan penanggulangan IMS melalui pelayanan KIA adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1989):

1. Semua ibu/WUS (wanita usia subur) yang datang ke pelayanan KIA di puskesmas untuk berbagai keperluan (KIA/KB) dianamnesis tentang kemungkinan adanya keluhan PMS.
2. Semua ibu/WUS mendapatkan pemeriksaan lanjutan untuk IMS.
3. Semua ibu/WUS dengan hasil anamnesis positif dan negatif selanjutnya mendapat pemeriksaan fisik. Bila hasilnya positif, maka penderita mendapat pengobatan sesuai dengan pedoman pengobatan pada pendekatan sindrom. Bila hasil pemeriksaan negatif, maka tidak dilakukan tindakan lebih lanjut, kecuali penjelasan kepada ibu/WUS tentang hasil pemeriksaan dan cara mencegah IMS.
4. Pengobatan kepada penderita IMS diberikan sesuai dengan standar.

Pasien diminta untuk:

* 1. Minum obat sesuai dengan petunjuk
	2. Tidak melakukan hubungan seksual selama pengobatan
	3. Mengajak pasangan seksualnya untuk memeriksakan diri ke puskesmas (KIA/BP)
	4. Kunjungan ulang dalam 7 hari atau setelah obat habis.
1. Penderita yang datang untuk kunjungan ulang mendapatkan anamnesis dan pemeriksaan fisik ulang untuk menilai perkembangan penyakit. Bila penderita telah sembuh maka perlu dinilai keadaan pasangan seksualnya. Bila pasangan tidak datang untuk diperiksa, maka penderita masih mempunyai potensi untuk tertular lagi. Hal ini perlu dijelaskan kepada penderita agar infeksi ulang dapat dicegah. Bila penderita belum sembuh, ia perlu dirujuk ke dokter/rumah sakit.
2. Penderita yang tidak melakukan kunjungan ulang dicatat nama dan alamatnya olah bidan, yang selanjutnya diberikan kepada petugas surveilans puskesmas, dengan sepengetahuan Dokter Puskesmas. Selanjutnya dilakukan kunjungan rumah untuk memonitor perkembangan penyakit dan memotivasi pasangannya agar mau memeriksakan diri.
3. Pasangan seksual penderita IMS yang memenuhi anjuran untuk memeriksakan diri dapat diperiksa di BP atau di KIA.

Selanjutnya pasangan mendapat perlakuan yang sama seperti tersebut pada nomor 2-5 di atas. Bila pasangan tidak datang, maka nama dan alamat penderita diberikan oleh bidan kepada petugas surveilans puskesmas, dengan sepengetahuan dokter puskesmas. untuk selanjutnya dikunjungi guna memotivasi pasangan penderita agar mau berobat. Bila setelah 3 hari sejak kunjungan pertama oleh petugas surveilans ternyata pasangan belum datang berobat, maka dilakukan kunjungan kedua. Bila setelah kunjungan kedua ternyata pasangan penderita tetap tidak mau berobat, maka upaya tidak dilanjutkan (Depkes RI, 1989).

**Faktor Risiko dan Permasalahan HIV dan AIDS**

Faktor risiko yang berhubungan dengan HIV dan AIDS adalah sebagai berikut (Muninjaya, 1997):

***Tenaga medis dan paramedis yang menggunakan injeksi (suntikan)***

Cara penularan HIV yang sangat efisien yaitu dengan menggunakan kembali atau memakai jarum atau semprit secara bergantian. Penularan dalam lingkup perawatan kesehatan dapat dikurangi dengan adanya kepatuhan pekerja pelayanan kesehatan terhadap Kewaspadaan Universal (*Universal Precautions*).

***Penyalahgunaan narkoba***

Penyalahgunaan narkoba akan berisiko terkena AIDS apabila menggunakan jarum bekas penderita AIDS. Risiko penularan dapat diturunkan secara berarti di kalangan pengguna narkoba suntikan dengan penggunaan jarum dan semprit baru yang sekali pakai, atau dengan melakukan sterilisasi jarum yang tepat sebelum digunakan kembali.

***Pekerja seks komersial***

HIV dapat ditularkan melalui seks penetratif yang tidak terlindungi, Risiko infeksi melalui seks vaginal umumnya tinggi. Seseorang dengan infeksi menular seksual (IMS) yang tidak diobati, khususnya yang berkaitan dengan tukak/luka dan duh (cairan yang keluar dari tubuh) memiliki rata-rata 6-10 kali lebih tinggi kemungkinan untuk menularkan atau terjangkit HIV selama hubungan seksual. Penularan HIV melalui seks oral dipandang sebagai kegiatan yang rendah risiko. Risiko dapat meningkat bila terdapat luka atau tukak di sekitar mulut dan jika ejakulasi terjadi di dalam mulut.

***Homoseksual***

Penularan HIV melalui seks anal dilaporkan memiliki risiko 10 kali lebih tinggi dari seks vaginal.

***Umur***

Umur 20–34 tahun (laki-laki), 16–24 tahun (perempuan), 20-24 tahun (kedua jenis kelamin) adalah umur berisiko untu tertular HIV/AIDS.

Peningkatan kasus AIDS pada usia muda lebih banyak dikarenakan heteroseksual atau bergonta-ganti pasangan, homoseksual, pemakaian jarum suntik secara bergantian (IDU), dan ibu berusia muda yang sedang hamil yang mengidap AIDS yang menyebabkan penularan terhadap bayi yang dikandungnya.

Pencegahan tentu saja harus dikaitkan dengan cara-cara penularan HIV seperti yang sudah dikemukakan. Ada beberapa cara pencegahan HIV dan AIDS, yaitu (Media Litbangkes):

1. Pencegahan penularan melalui hubungan seksual, infeksi HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual, sehingga pencegahan AIDS perlu difokuskan pada hubungan seksual. Oleh karena itu perlu dilakukan penyuluhan agar orang berperilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab, yaitu hanya mengadakan hubungan seksual dengan pasangan sendiri (suami/isteri sendiri), kalau salah seorang pasangan anda sudah terinfeksi HIV, maka dalam melakukan hubungan seksual perlu dipergunakan kondom secara benar, mempertebal iman agar tidak terjerumus ke dalam hubungan-hubungan seksual di luar nikah.
2. Pencegahan penularan melalui darah dapat berupa pencegahan dengan cara memastikan bahwa darah dan produk-produknya yang dipakai untuk transfusi tidak tercemar virus HIV, jangan menerima donor darah dari orang yang berisiko tinggi tertular AIDS, gunakan alat-alat kesehatan seperti jarum suntik, alat cukur, alat tusuk untuk tindik yang bersih dan suci hama.
3. Pencegahan penularan dari ibu-Anak (perinatal). Ibu-ibu yang ternyata mengidap virus HIV dan AIDS disarankan untuk tidak hamil.

Upaya-upaya preventif HIV dan AIDS yang dapat dilakukan ditingkat masyarakat adalah sebagai berikut (Abdnego, 1998):

1. Meningkatkan kesadaran, pemahaman, dan penghayatan masyarakat, khususnya dikalangan generasi muda, terhadap nilai-nilai luhur agama, sehingga mereka tergugah untuk mengamalkannya secara utuh.
2. Mengembalikan fungsi keluarga secara utuh dan sungguh-sungguh, dengan menanamkan nilai-nilai agama, memberikan kasih sayang, pendidikan, perlindungan, prestise, dan kedamaian di dalam keluarga.
3. Mencegah sedini mungkin timbulnya pergaulan bebas, dan terjadinya hubungan seksual di luar perkawinan (zina), baik bagi mereka yang sudah menikah maupun yang belum.
4. Penghapusan prostitusi harus dilakukan secara tuntas dan menyeluruh.
5. Mengaktifkan kegiatan penyuluhan dengan menggunakan bahasa dan pendekatan agamis serta pendekatan persuasif dan humanis, bukan menghakimi dan memvonis.
6. Menciptakan kondisi yang kondusif, antara lain dengan mengajak seluruh anggota masyarakat agar secara bersama-sama memperkuat benteng keluarga masing-masing.
7. Membimbing para penderita HIV dan AIDS agar berpandangan optimis dan positif Dalam menatap kehidupan. Menyakinkan mereka bahwa hidup ini belum berakhir dan mereka pun masih punya banyak kesempatan melakukan amal shaleh dan amal jariyah sebanyakbanyaknya.

**Kehamilan Tidak Diinginkan**

***Batasan Kehamilan Tidak Diinginkan***

Kehamilan tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan kehamilan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun tidak disengaja. Definisi lain menyebutkan kehamilan yang terjadi saat salah satu atau kedua belah pihak dari pasangan tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang sebenarnya diinginkan tapi tidak pada saat itu, dimana kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan (Sanata dan Sadewo, 2013).

***Frekuensi Dan Distribusi***

Kejadian kehamilan yang tidak direncanakan berkisar antara 1,6% dan 5,8%, banyak dialami oleh ibu berpendidikan sampai SMP (65,5%), ibu yang tidak bekeja (52,3%), dari status ekonomi kuantil ke 1 dan 2 (60%), berusia di atas 35 tahun. Berdasarkan status demografi, kehamilan tidak terencana terjadi pada usia perkawinan dengan usia muda (16 s/d 20 tahun) (51,7%), lama perkawinan yang kurang dari 10 tahun (42,5%), anak antara 1 s/d 2 (41,9%) (Sanata dan Sadewo, 2013).

 Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kehamilan tidak diinginkan adalah (WHO, 2000):

1. tindakan perkosaan ataupun kekerasan seksual,
2. kegagalan dalam pemakaian alat kontrasepsi,
3. bayi yang dikandung ternyata menderita cacat majemuk yang berat,
4. kondisi kesehatan ibu yang tidak memungkinkan untuk menjalani kehamilan,
5. tuntutan karir yang tidak mengijinkan wanita tersebut hamil,
6. *incest* (akibat hubungan antar keluarga),
7. hubungan seksual pra nikah, sehingga dirasa masih belum saatnya untuk terjadi, yang didukung pula oleh karena rendahnya pengetahuan akan kesehatan reproduksi dan seksual,
8. jika hamil di usia remaja, remaja belum memiliki kesiapan untuk menjalani kehamilan, baik secara psikis, sosial, fisik, ataupun secara ekonomi,
9. terkait kehamilan yang memiliki makna yang salah, seperti berhubungan seksual sekali tidak akan menyebabkan kehamilan, minum alkohol dan lompat-lompat pasca berhubungan seksual dapat menyebabkan sperma tumpah kembali sehingga tidak akan menyebabkan kehamilan, dan masih banyak lagi mitos lainnya. Namun sayangnya sampai sekarang masih banyak yang beranggapan bahwa hal tersebut tidak salah.

***Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan***

 Jika yang mengalami KTD adalah remaja, maka dampaknya terkait dengan kesiapan remaja dalam menjalani kehamilan. Banyak di antara remaja yang mengalami KTD tidak mendapat dukungan dari lingkungan sosialnya, dikucilkan, atau bahkan terpaksa berhenti sekolah. Hal tersebut akan mengakibatkan remaja secara psikis akan akan mengalami tekanan, baik itu perasaan bersalah, menyesal, ataupun malu (Setianingrum, V.E., 2013).

 Kehamilan tidak diinginkan (KTD) yang terjadi pada remaja kerapkali berujung pada pengguguran kandungan yang tidak aman dan berisiko karena kalau kehamilannya dilanjutkan akan membuatnya malu dan secara finansial tidak dapat menghidupi anaknya. Usia muda yang menjalani kehamilan tentu lebih berisiko terhadap terjadinya masalah pada organ reproduksi (Setianingrum, V.E., 2013).

***Pencegahan Kejadian dan Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan*** Hal-hal yang harus diperhatikan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan adalah (Setianingrum, V.E., 2013): a. Pemberdayaan remaja perempuan,

1. Memperbaiki ketidaksetaraan gender,
2. Menghormati hak asasi manusia untuk semua, dan
3. Mengurangi kemiskinan.

Kebijakan yang perlu dilakukan untuk mewujudkan pencegahan di atas adalah (Setianingrum, V.E., 2013):

1. intervensi preventif pada remaja usia 10-14 tahun,
2. hentikan pernikahan dini dibawah usia 18 tahun, pencegahan terhadap kekerasan dan pemaksaan seksual,
3. menjaga kesehatan perempuan dalam kondisi sehat optimal,
4. melindungi hak atas pendidikan, kesehatan, keamanan dan kebebasan dari kemiskinan,
5. mengupayakan pendidikan remaja perempuan,
6. melibatkan pria menjadi bagian dari solusi,
7. pendidikan seksual dan akses pelayanan kesehatan yang ramah remaja, serta adanya konselor sebaya bagi remaja yang membutuhkan,
8. pembangunan yang merata.

**Aborsi**

***Definisi Aborsi***

Aborsi adalah hilangnya atau gugurnya kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram yang berakibat kematian janin (Wiknjosastro, 2002). Definisi aborsi berdasarkan KUHP adalah:

1. Pengeluaran hasil konsepsi pada setiap stadium perkembangannya sebelum masa kehamilan yang lengkap tercapai (38-40 minggu).
2. Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan (berat kurang dari 500 gram atau kurang dari 20 minggu). Aborsi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:
3. *Spontaneous abortion*: gugurnya kandungan yang disebabkan oleh trauma kecelakaan atau sebab-sebab alami.
4. *Induced abortion* atau *procured abortion*: pengguguran kandungan yang disengaja. Termasuk di dalamnya adalah:
	1. *Therapeutic abortion*. Pengguguran yang dilakukan karena kehamilan tersebut mengancam kesehatan jasmani atau rohani sang ibu.
	2. *Eugenic abortion*. Pengguguran yang dilakukan terhadap janin yang cacat.
	3. *Elective abortion*. Pengguguran yang dilakukan untuk alasan-alasan lain.

***Frekuensi dan Distribusi Abortus***

Kompas menyebutkan aborsi mencapai 2,5 juta kasus per tahun. Penelitian lain memperkirakan sekitar 2 juta kasus aborsi. Angka kejadian keguguran secara nasional adalah 4%, bervariasi mulai 2,4% di Bengkulu sampai 6,9% di Papua Barat. Dari karakteristik sosial responden, kejadian tersebut 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, 44,5% berpendidikan sampai dengan SD, 49,1% tidak bekeja dan 55,9% tinggal di wilayah perkotaan. Dari semua kejadian keguguran, ada 6.54% diantaranya diaborsi. Aborsi banyak dilakukan oleh ibu berusia diatas 35 tahun, berpendidikan tamat SMA, tidak bekerja dan tinggal di perkotaan. Cara yang dominan digunakan untuk menghentikan kehamilan adalah kuret. Jamu, pil dan suntik merupakan alternatif cara mengakhiri kehamilan yang tidak diinginkan. Menggunakan bantuan tenaga medik, dokter (55%) dan bidan (20.63%) (Sanata dan Sadewo, 2013).

***Dampak Abortus***

Dampak yang ditimbulkan akibat terjadinya abortus adalah sebagai berikut (Wiknjosastro, 2002):

1. Perforasi dinding uterus hingga rongga *peritoneum* atau kandung kencing. Hal ini terjadi jika letak dan ukuran uterus tidak diperiksa terlebih dahulu, atau terdapat tekanan yang berlebihan saat tindakan berlangsung.
2. Luka pada serviks uteri, terjadi karena dilatasi uterus dipaksakan hingga timbul sobekan pada servik. Akibat yang mungkin muncul dari komplikasi ini adalah perdarahan atau servik inkompeten di masa yang akan datang.
3. Pelekatan pada *kavum uteri* karena kerokan dilakukan oleh orang yang tidak berpengalaman dan terkerok hingga jaringan otot rahim.
4. Perdarahan, terjadi pada tindakan kuretase pada kehamilan yang agak tua atau kehamilan dengan mola hidatidosa.
5. Infeksi, terjadi jika tindakan yang dilakukan tidak menggunakan syarat asepsis dan antisepsis. Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain yang ditimbulkan abortus kriminalis antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi.
6. Komplikasi yang dapat timbul pada Janin. Sebagian besar janin akan meninggal terutama pada abortus provokatus kriminalis. Jika janin dapat hidup maka kemungkinan akan mengalami cacat fisik.

Dampak psikologis atau gangguan emosional: kecewa, mudah menangis, rasa bersalah (Harsanti, 2010).

**STRATEGI KIE KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA**

**Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan Program Kesehatan**

**Reproduksi Remaja (KRR)**

**Batasan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)**

Sejak Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) pada tahun 1994, masyarakat internasional secara konsisten mengukuhkan hak-hak remaja akan informasi tentang kesehatan reproduksi yang benar dan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk konseling. Masyarakat internasional juga telah mengingatkan kembali bahwa hak dan tanggung jawab para orang tua adalah membimbing, termasuk tidak menghalangi anak remajanya, untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan dan informasi yang mereka butuhkan tentang kesehatan reproduksi yang baik (Muadz dkk, 2008).

Sejak tahun 2000, Pemerintah Indonesia telah mengangkat kesehatan reproduksi remaja (KRR) menjadi program nasional. Program KRR merupakan upaya pelayanan untuk membantu remaja memiliki status kesehatan reproduksi yang baik melalui pemberian informasi, pelayanan konseling, dan pendidikan keterampilan hidup (Muadz dkk, 2008).

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Dengan informasi yang benar, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi (Depkes RI, 2003).

Kepedulian pemerintah terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja cenderung semakin tinggi. Hal ini disebabkan antara lain karena berbagai masalah yang dihadapi remaja semakin kompleks. Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode yang dikenal sebagai pubertas serta diiringi dengan perkembangan seksual. Kondisi ini menyebabkan remaja menjadi rentan terhadap masalah-masalah perilaku berisiko, seperti melakukan hubungan seks sebelum menikah dan penyalahgunaan napza, yang keduanya dapat membawa risiko terhadap penularan HIV dan AIDS. Kompleksitas permasalahan remaja tersebut perlu mendapat perhatian secara terus menerus baik dari pihak pemerintah, LSM, masyarakat, maupun keluarga, guna menjamin kualitas generasi mendatang (Depkes RI, 2003).

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yang disahkan melalui Peraturan Presiden no. 7 tahun 2005, maka program KRR merupakan salah satu program prioritas dalam pembangunan nasional. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang (Depkes RI, 2003).

Beberapa fakta menunjukkan bahwa permasalahan pada remaja perlu mendapat perhatian, misalnya tingkat pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah, khususnya dalam hal cara-cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi, seperti pencegahan KTD, IMS, serta HIV dan AIDS. Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (SKRRI) tahun 2002-2003 yang dilakukan oleh BPS memperlihatkan bahwa tingkat pengetahuan dasar penduduk usia 15-24 tahun tentang ciri-ciri pubertas sudah cukup baik, namun dalam hal pengetahuan tentang masa subur, risiko kehamilan, dan anemia relatif masih rendah.

***Alasan Pelaksanaan Program KRR***

Masa remaja ditandai pula dengan banyaknya rasa ingin tahu pada diri seseorang dalam berbagai hal, tidak terkecuali bidang seks. Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, organ reproduksi juga mengalami perkembangan dan pada akhirnya akan mengalami kematangan. Pada masa pubertas, hormon-hormon yang mulai berfungsi selain menyebabkan perubahan fisik atau tubuh juga mempengaruhi dorongan seks remaja. Remaja mulai merasakan dengan jelas meningkatnya dorongan seks dalam dirinya, misalnya muncul ketertarikan dengan orang lain dan keinginan untuk mendapatkan kepuasan seksual. Kematangan organ reproduksi dan perkembangan psikologis remaja yang mulai menyukai lawan jenisnya serta arus media informasi baik elektronik maupun non elektronik akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seksual individu remaja tersebut (Waspodo, 2005).

Sebagai akibat proses kematangan sistem reproduksi ini, seorang remaja sudah dapat menjalankan fungsi prokreasinya, artinya sudah dapat mempunyai keturunan. Meskipun demikian, hal ini tidak berarti bahwa remaja sudah mampu bereproduksi dengan aman secara fisik. Usia reproduksi sehat untuk wanita adalah antara 20–30 tahun. Faktor yang mempengaruhinya ada bermacam-macam. Misalnya, sebelum wanita berusia 20 tahun secar fisik kondisi organ reproduksi seperti rahim belum cukup siap untuk memelihara hasil pembuahan dan pengembangan janin. Selain itu, secara mental pada umur ini wanita belum cukup matang dan dewasa. Seorang ibu muda biasanya memiliki kemampuan perawatan pra-natal kurang baik karena rendahnya pengetahuan dan rasa malu untuk datang memeriksakan diri ke pusat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2005).

Salah satu masalah yang sering timbul pada remaja terkait dengan masa awal kematangan organ reproduksi pada remaja adalah perilaku seks bebas

(*free sex*) masalah kehamilan yang terjadi pada remaja usia sekolah diluar pernikahan, dan terjangkitnya penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Remaja melakukan hubungan seks dapat disebabkan antara lain tekanan pasangan, merasa sudah siap melakukan hubungan seks, keinginan dicintai, keingintahuan tentang seks, keinginan menjadi popular, tidak ingin diejek “masih perawan”, pengaruh media massa (tayangan TV dan internet) yang menampakkan bahwa normal bagi remaja untuk melakukan hubungan seks, serta paksaan dari orang lain untuk melakukan hubungan seks. Pergaulan seks bebas berisiko besar mengarah pada terjadinya kehamilan tak diinginkan (KTD) (PKBI, 1997).

Kehamilan tak diinginkan (KTD) terjadi karena beberapa faktor seperti faktor sosio-demografik (kemiskinan, seksualitas aktif dan kegagalan dalam penggunaan kontrasepsi, media massa), karakteristik keluarga yang kurang harmonis (hubungan antar keluarga), status perkembangan (kurang pemikiran tentang masa depan, ingin mencoba-coba, kebutuhan akan perhatian), penggunaan dan penyalahgunaan obat-obatan. Selain itu kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar tentang proses terjadinya kehamilan dan metode pencegahannya, kegagalan alat kontrasepsi, serta dapat juga terjadi akibat tindak perkosaan (Affandi, 1997).

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) berdampak bukan hanya secara fisik, psikis namun juga sosial. Siswi yang mengalami kehamilan biasanya mendapatkan respon dari dua pihak. *Pertama*, dari pihak sekolah, biasanya jika terjadi kehamilan pada siswi, maka yang sampai saat ini terjadi adalah sekolah meresponnya dengan sangat buruk dan berujung dengan dikeluarkannya siswi tersebut dari sekolah. Remaja menjadi putus sekolah, kehilangan kesempatan bekerja dan berkarya dengan menjadi orang tua tunggal dan menjalani pernikahan dini yang tidak terencana. *Kedua*, dari lingkungan dimana siswi tersebut tinggal, lingkungan akan cenderung mencemooh dan mengucilkan siswi tersebut. Hal tersebut terjadi jika karena masih kuatnya nilai norma kehidupan masyarakat kita. Akibatnya siswa akan kesulitan beradaptasi secara psikologis, kesulitan berperan sebagai orang tua (tidak bisa mengurus kehamilan dan bayinya), akhirnya berujung pada stress dan konflik, aborsi illegal yang lebih lanjut berisiko mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Affandi, 1997).

Selain masalah kehamilan pada remaja masalah yang juga sangat menggelisahkan berbagai kalangan dan juga banyak terjadi pada masa remaja adalah banyaknya remaja yang mengidap HIV/AIDS. Dilihat dari jumlah pengidap dan peningkatan jumlahnya dari waktu kewaktu, maka dewasa ini HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) sudah dapat dianggap sebagai ancaman hidup bagi masyarakat Indonesia (Admosuharto, 1993).

Berbagai permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja diatas memerlukan suatu upaya pengembangan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja yang dapat mencakup penyediaan pelayanan klinis, pemberian informasi akurat, mempertimbangkan kemampuan dan sisi kehidupan remaja, menjamin program yang cocok atau relevan dengan remaja serta utamanya mendapat dukungan masyarakat. Pendidikan KRR berbasis sekolah merupakan salah satu alternatif strategi yang tepat karena bisa mencakup semua tantangan diatas. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) yang dilakukan oleh sekolah merupakan salah satu upaya untuk membimbing remaja mengatasi konflik seksualnya. Oleh berbagai pihak, sekolah dan guru dianggap sebagai pihak yang layak memberikan pendidikan KRR ini (Depkes RI, 2003).

Pendidikan KRR untuk memberikan bekal pengetahuan kepada remaja mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, proses perkembangan janin, dan berbagai permasalahan reproduksi seperti kehamilan, PMS, HIV/AIDS, KTD dan dampaknya, serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yg sehat (fisik, mental, ekonomi, spiritual). Pendidikan KRR dapat diwujudkan dalam penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, penanganan masalah yang berkaitan dengan KRR termasuk upaya mencegah masalah perinatal yang dapat dialami oleh ibu dan anak yang dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2005).

***Dasar hukum***

Landasan hukum yang dipergunakan sebagai dasar dalam pembinaan KRR adalah:

1. UU no. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak,
2. UU no. 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan

Keluarga Sejahtera,

1. UU no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan,
2. Instruksi Presiden RI no. 2 tahun 1989 tentang Pembinaan Kesejahteraan

Anak,

1. Instruksi Presiden RI no. 3 tahun 1997 tentang Penyelenggaraan

Pembinaan dan Pengembangan Kualitas Anak,

1. Keputusan Menkes no. 433/MENKES/SK/VI/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi.

***Sasaran***

1. Sasaran utama: kelompok remaja berusia 10–19 tahun di sekolah maupun di luar sekolah.
2. Sasaran sekunder: orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja, guru/pamong belajar, organisasi pemuda, pemimpin agama.
3. Sasaran tersier: petugas kesehatan, petugas lintas sektoral, LSM, organisasi masyarakat.

Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kesehatan reproduksi yang baik antara lain (Depkes RI, 2005):

1. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja),
2. Alasan remaja perlu mendewasakan usia perkawinan serta cara merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginannya dan pasangannya,
3. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi,
4. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi,
5. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual,
6. Kekerasan seksual dan cara menghindarinya,
7. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu menangkal hal-hal yang bersifat negatif,
8. Hak-hak reproduksi.

***Tujuan Program KRR***

a. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas remaja melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi bagi remaja secara terpadu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

b. Tujuan Khusus

1. Meningkatnya komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non pemerintah.
2. Meningkatnya efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi remaja melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
3. Meningkatnya keterpaduan dan kemitraan pelaksanaan program KRR bagi seluruh sektor terkait, dipusat, provinsi dan kabupaten/kota.

***Kebijakan dan Strategi KRR***

Arah Kebijakan Program KRR adalah mewujudkan TEGAR REMAJA, dalam rangka Tegar Keluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai misi Keluarga Berencana Nasional. Kehidupan remaja adalah tahap transisi kehidupan yang memiliki 5 masa transisi kehidupan (*five life transitions of youth*) pada saat remaja dihadapkan untuk mengambil keputusan dalam lima bidang kehidupan yaitu:

a. melanjutkan sekolah,

1. mencari pekerjaan,
2. memulai kehidupan berkeluarga,
3. menjadi anggota masyarakat, dan
4. mempraktekkan hidup sehat.

Dari lima bidang atau tahapan kehidupan dimana remaja harus mengambil keputusan ternyata sangat tergantung pada cara remaja mengambil keputusan untuk bisa mempraktekan hidup sehat. Keputusan apakah remaja mempraktekkan atau tidak mempraktekkan hidup sehat akan mewarnai kualitas kehidupan pada 4 bidang kehidupan yang lain. Mempraktekkan pola hidup sehat pada masa transisi kehidupan remaja adalah dalam rangka mewujudkan kehidupan TEGAR REMAJA. Adapun ciri TEGAR REMAJA adalah remaja yang:

a. menunda usia pernikahan,

1. berperilaku sehat,
2. terhindar dari resiko TRIAD-KRR (seksualitas, HIV dan AIDS, dan napza),
3. bercita-cita mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera,
4. menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

***Ruang Lingkup Program KRR***

Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi:

1. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
2. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,
3. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya),
4. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkelahian antar remaja dan lain-lain.

**RINGKASAN**

Kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi. Ruang lingkupnya meliputi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, kesehatan reproduksi remaja, kanker pada usia lanjut dan berbagai aspek reproduksi lain. Hak-hak reproduksi antara lain: hak mendapatkan informasi, pendidikan, pelayanan, perlindungan, kebebasan berfikir, menentukan jumlah anak dan kehamilan, membangun dan merencanakan keluarga serta hal lain yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan komprehensif mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan Program Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut.

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang. Landasan hukum yang dipergunakan sebagai dasar dalam pembinaan KRR antara lain UU no. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak dan UU no. 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera. Sasaran utama program KKR adalah kelompok remaja usia 10-19 tahun baik di lingkungan sekolah atau di luar sekolah.

Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi:

1. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
2. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,
3. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya),
4. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkelahian antar remaja dan lain-lain.

**LATIHAN :**

1. Apa yang dimaksdu dengan Remaja
2. Apa saja masalah kespro remaja?
3. Apa upaya yang bisa dilakukan untuk menangani masalah kesehatan remaja?

**RUJUKAN :**

Depkes RI. 2001. *Rencana Strategis Nasional “Making Pregnancy Safer (MPS)”.* Jakarta: Depkes RI Ditjen Binakesmas.

 Depkes RI. 2003. *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.

Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.