

PEMBERDAYAAN DAN CITRA REMAJA INDONESIA DI MASA DEPAN

(Studi Analisis Kekerasan pada Anak)

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2014

TENTANG

HAK CIPTA

Lingkup Hak Cipta

Pasal 1 Ayat 1:

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan Pidana:

Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Pasal 114

Setiap Orang yang mengelola tempat perdagangan dalam segala bentuknya yang dengan sengaja dan mengetahui membiarkan penjualan dan/atau penggandaan barang hasil pelanggaran Hak Cipta dan/atau Hak Terkait di tempat perdagangan yang dikelolanya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Prof. Dr. Meita Dhamayanti, dr. SpA. SubSp. TKPS., M.Kes

Flora Niu, SST, M.Keb

Ns. Nurmokaromatis Saleha, S.Kep., M.Kep

Dr. James Thimoty, SPA(K), M.Kes

Elita Vasra, SST, M.Keb

Neng Kurniati, S.T., S.KM., M.Tr.Keb

PEMBERDAYAAN DAN CITRA REMAJA INDONESIA DI MASA DEPAN

(Studi Analisis Kekerasan pada Anak)

Diterbitkan oleh



Judul Buku	: PEMBERDAYAAN DAN CITRA REMAJA INDONESIA DI MASA DEPAN (Studi Komprehensif Analisis Kekerasan pada Anak)
Penulis	: Prof. Dr. Meita Dhamayanti, dr. SpA. SubSp. TKPS., M.Kes, Flora Niu, SST, M.Keb, Ns. Nurmokaromatis Saleha, S.Kep., M.Kep, Dr. James Thimoty, SPA(K), M.Kes, Elita Vasra, SST, M.Keb, Neng Kurniati, S.ST.,SKM.,M.Tr.Keb
Editor	: Elita Vasra, SST,M.Keb
Penata Letak	: Elita Vasra, SST, M.Keb
Perancang Sampul	: Elita Vasra, SST, M.Keb

Penerbit:

CV Bintang Semesta Media
Anggota IKAPI Nomor 147/DIY/2021
Jl. Maredan No. F01, Maredan, RT.06/RW.41,
Sendangtirto, Berbah, Sleman, Yogyakarta 55573
Telp. (0274)2254549. Hp. 085865342317
Facebook: Penerbit Bintang Madani
Instagram: @bintangsemestamedia
Website: www.bintangpustaka.com
Email: bintangsemestamedia@gmail.com
redaksibintangpustaka@gmail.com

Cetakan Pertama, Juni 2024
Bintang Semesta Media Yogyakarta
xiv + 250 hml : 15 x 23 cm
ISBN Cetak : 978-623-190-947-3
ISBN Digital : 978-623-190-937-4

Dicetak Oleh:
Percetakan Bintang 085865342319

Hak cipta dilindungi undang-undang
All right reserved
Isi di luar tanggung jawab percetakan

PRAKATA

Assalamu'alaikum wr.wb.

Segala puji bagi Allah,Tuhan semesta alam, yang telah memberikan nikmat-Nya kepada kita dengan kehadiran buku ini. Shalawat dan salam semoga tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang telah menjadi teladan bagi seluruh umat manusia.

Buku ini, berjudul "PEMBERDAYAAN DAN CITRA REMAJA INDONESIA DI MASA DEPAN (studi Komprehensif analisis kekerasan pada anak)" lahir dari keinginan yang tulus untuk berkontribusi dalam meningkatkan kemampuan bagi Tenaga Medis dan Paramedis untuk ikut memahami dan menghadapi masalah Kesehatan reproduksi dan kekerasan yang sering terjadi pada anak.

Buku ini menggali berbagai aspek penting dalam masalah Kesehatan kekerasan pada Anak dan remaja di Indonesia, pencegahan kekerasan pada Anak, lalu kami juga coba menjelaskan salah satu Upaya pencegahan dengan program Underwear rules, kami juga menghubungkan dengan peran doketer anak untuk mencegah kekerasan pada remaja, untuk menjelaskan tentang kaitannya dengan student of knowledge kami juga menghadirkan Kesehatan reproduksi dan akses layanan Kesehatan pada anak dan remaja itu, dan pada akhirnya kami memberikan skrining masalah-masalah Kesehatan reproduksi terkait seksulitas pada remaja .

Kami menyadari bahwa setiap keluarga memiliki dinamika dan keunikannya sendiri. Oleh karena itu, buku ini tidak bermaksud untuk memberikan jawaban pasti atau formula ajaib menghadapi Upaya pencegahan kekerasan yang terjadi pada anak. Namun, kami berharap buku ini dapat menjadi pencerahan dan refleksi bagi setiap orang tua dan remaja juga kaum akademisi lainnya untuk menemukan cara yang paling

sesuai dengan nilai dan visi mereka dalam mendidik anak-anak yang berakhlak mulia, berpengetahuan luas, dan berakal sehat.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penulisan buku ini, termasuk keluarga, teman-teman, dan penerbit yang memberikan kesempatan bagi kami untuk berbagi pemikiran dan pengetahuan ini dengan pembaca.

Akhir kata, semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan menjadikan kita semua akan menjadi terbaik bagi anak-anak kita sekarang dan nanti. Kami terbuka untuk menerima masukan dan kritik yang membangun untuk perbaikan di masa mendatang.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Penulis

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, karya ini dapat diselesaikan. Karya ini terwujud atas bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Rektor Universitas Padjadjaran atas dukungan dan kesempatan dalam pembuatan karya ini
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran atas kesempatan dan juga fasilitasi yang diberikan dalam pembuatan karya ini
3. Dosen dan tenaga kependidikan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran yang telah memberikan fasilitas dan dukungan dalam penyelesaian karya ini
4. Keluarga dan teman sejawat yang telah memberikan doa, semangat dan dukungan dalam penyelesaian karya ini

Penulis sangat menyadari bahwa dalam penulisan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis berharap diberikan kritik dan saran yang membangun untuk menjadikan karya ini menjadi lebih baik lagi

Bandung, Juni 2024

TIM Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	vi
UCAPAN TERIMAKASIH	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
PENDAHULUAN	1
BAB 1 KEKERASAN PADA ANAK dan REMAJA di INDONESIA	3
Prof. Dr. Meita Dhamayanti, dr. SpA. SubSp. TKPS., M.Kes	
1.1 Definisi Kekerasan	3
1.2 Kekerasan Terhadap Remaja Perempuan	3
1.3 Macam-macam Kekerasan Terhadap Remaja Perempuan	4
1.4 Jenis Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan	6
1.5 Dampak Kekerasan	8
1.6 Upaya Pencegahan dan Penanganan Kasus Kekerasan	11
1.7 DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 PENCEGAHAN KEKERASAN PADA ANAK	21
Flora Niu, SST, M.Keb	
2.1 Konsep Dasar Anak	21
2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak pada Masa " <i>Golden Age Period</i> "	23
2.3 Tahapan Tumbuh Kembang Anak	28
2.4 Konsep Dasar Kekerasan	31
2.5 Konsep Dasar Kekerasan Pada Anak	31
2.6 Jenis-jenis Kekerasan terhadap Anak:	33
2.7 Dampak dari kekerasan pada anak	34

2.8	Tanda – Tanda Kekerasan Fisik	35
2.9	Prevalensi Kasus Kekerasan pada Anak	36
2.10	Penyebab Terjadinya Kekerasan pada Anak	39
2.11	Hasil penelitian tentang penyebab kekerasan pada anak	42
2.12	Upaya Pencegahan Kekerasan pada Anak	43
2.13	Penanggulangan Kekerasan pada Anak	44
2.14	Peran Orang Tua dalam Pencegahan Kekerasan pada Anak	46
2.15	Pencegahan Kekerasan di Luar Rumah	47
2.16	Menangani Anak yang Menjadi Korban Kekerasan	48
2.17	Hasil Penelitian tentang Upaya Pencegahan Kekerasan pada Anak	50
2.18	Tindakan Perlindungan Anak terhadap Kekerasan	51
2.19	Dasar Hukum Penanganan Kekerasan terhadap Anak	56
2.20	Kesimpulan	57
2.21	DAFTAR PUSTAKA	58
BAB 3	PENERAPAN PROGRAM <i>UNDERWEAR RULES</i> SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK	65
Ns. Nurmokaromatis Saleha, S.Kep.,, M.Kep		
3.1	Seksualitas Manusia	67
3.2	Kekerasan Seksual terhadap Anak	67
3.3	Gerakan Nasional Anti Kejahanan Seksual terhadap Anak (GN AKSA)	70
3.4	Program Underwear Rules	71
3.5	Penelitian Penerapan Program <i>Underwear Rules</i> sebagai edukasi pada anak prasekolah dengan media ular tangga dan <i>busy book</i> .	75
3.5.1	Tinjauan Pustaka	79
3.5.2	Manfaat Penelitian	80
3.5.3	Metode Penelitian	77

3.5.4	Hasil dan Pembahasan	78
3.6	Penerapan Program <i>Underwear Rules</i> sebagai edukasi pada anak Sekolah dengan media berbasis elektronik	80
3.6.1	Tujuan Penelitian	
3.6.2	TINJAUAN PUSTAKA	
3.6.3	Metodologi Penelitian	
3.6.4	Hasil Penelitian	
3.6.5	Pembahasan	
3.6.6	Simpulan	
Daftar Pustaka		
BAB 4	PERAN DOKTER SPESIALIS ANAKA UNTUK MENCEGAH KEKERASAN PADA REMAJA	134
Dr. James Thimoty, SPA(K.), M.Kes		
4.1	Pendahuluan	134
4.2	Definisi Kesehatan Reproduksi	137
4.3	Status Kesehatan Reproduksi Remaja	137
4.3.1	Pubertas	137
4.3.2	Perkembangan Seksualitas pada Remaja	138
4.3.3	Perkembangan Fisik/ Biologis	138
4.3.4	Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja	141
4.4	Risiko Terkait Hubungan Seksual Tidak Aman	142
4.4.1	Kehamilan tak diinginkan	142
4.4.2	Pernikahan usia dini	143
4.4.3	Aborsi	143
4.4.4	IMS dan HIV/AIDS	144
4.5	Pengaruh Era Digitalisasi Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja	146

4.6	Menciptakan Remaja yang Sehat Reproduksi	147
4.7	Pendidikan Seks Komprehensif	148
4.8	BULLYING	151
4.9	Connected Kids: Safe, Strong, Secure	154
4.10	Peran Dokter Spesialis Anak	156
4.10.1	Praktek Klinis	156
4.10.2	Advokasi	156
4.10.3	Pendidikan	158
4.10.4	Penelitian	158
4.11	Kesimpulan	158
4.12	DAFTAR PUSTAKA	159
BAB 5	KESEHATAN REPRODUKSI dan AKSES LAYANAN KESEHATAN BAGI REMAJA	162

Elita Vasra, SST, M.Keb

5.1	Latar Belakang	162
5.2	Tingkat Fertilitas Remaja Indonesia Mengalami Penurunan Signifikan	164
5.3	Posisi Tingkat Fertilitas Remaja Indonesia Di Tingkat Global	165
5.4	Gambaran Fertilitas Remaja Antarwilayah	166
5.5	Gambaran Ketersediaan Atau Akses Pelayanan Kesehatan Ibu Di Indonesia	168
5.5.1	Pelayanan Kesehatan Remaja	168
5.5.2	Dokumen Kebijakan Dan Dukungan Strategis Dari Pemerintah	170
5.6	Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja	171
5.7	Tantangan Remaja Indonesia	172
5.8	Ruang Lingkup Peduli Kesehatan Remaja Sehat	175
5.8.1	Pengguna Layanan	175

5.8.2	Paket Layanan	176
5.8.3	Model Layanan	176
5.9	Karakter Remaja Saat Ini	181
5.10	Mengapa Remaja Rentan?	183
5.11	Isu Kesehatan Remaja ⁷⁶	185
5.12	Hak Anak Dan Hak Kesehatan Reproduksi	186
5.13	Pendidikan Seksual Komprehensif	190
5.14	Pendidikan Kesehatan Reproduksi	193
5.15	Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (Pkhs)	194
5.15.1	Keterampilan Hidup Sehat	195
BAB 6	SKRINING MASALAH SEKSUALITAS PADA REMAJA	219
Neng Kurniati, S.ST.,SKM.,M.Tr.Keb		
6.1	Potensi Masalah dan Studi Awal Permasalahan Remaja di Kabupaten Gading Cempaka Kota Bengkulu	220
6.2	Temuan dan Upaya Pengentasan Masalah Seksualitas pada Remaja dengan Skrining Oleh Teman Sebaya dan Tatalaksana Tenaga Kesehatan di FKTP	225
6.3	Peran Penting Konselor Sebaya dan PKPR	244

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Gambaran karakteristik Anak (N=107)	84
Tabel 3. 2 Gambaran karakteristik Orang Tua dan Gambaran Pemberian Edukasi Seksual Orang Tua Terhadap Anak Prasekolah	84
Tabel 3. 3 Terbedaan Rerata Pengetahuan Anak Prasekolah Tentang Keterampilan Melindungi Diri Dari Risiko Kekerasan Seksual pada masing-masing kelompok.....	86
Tabel 3. 4 Perbedaan Rerata Pengetahuan Anak Prasekolah Tentang Keterampilan Melindungi Diri Dari Risiko Kekerasan Seksual antara Dua Kelompok.....	87
Tabel 3. 5 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi “Hai Dia” Variabel Pengoperasian....	116
Tabel 3. 6 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi “Hai Dia” Variabel Tampilan.....	116
Tabel 3. 7 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi “Hai Dia” Variabel Isi Aplikasi	116
Tabel 3. 8 Perbedaan rata-rata pengetahuan siswa tentang Personal Safety Skills (n Hai Dia=55, n Booklet=53)	118
Tabel 4. 1 Materi pelatihan dari AAP : Connected Kids: Safe, Strong, Secure: Adolescence ⁴	155
Tabel 6. 1 Daftar Pertanyaan yang Disederhanakan Bagi Agen Skiring Teman Sebaya Masalah Seksualitas dari HEEADSSS Assesment Tool (Modifikasi Penulis)	232
Tabel 6. 2 Terapi Infeksi Menular Seksual Bagi Puskesmas yang Memiliki Tenaga Terlatih IMS Berdasarkan Panduan Nasional Penanganan IMS 2015	240

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Tumbuh Kembang Anak	30
Gambar 2. 3 Pencegahan Kekerasan.....	45
Gambar 3. 1 Poster Program Under Wear Rules.....	75
Gambar 3. 2 Busy Book dan Ular Tangga “ANDARA”	83
Gambar 3. 3 Desain Penelitian.....	104
Gambar 3. 4 Kerangka Model Teoritis Grounded Theory “Menyiapkan Anak Sebagai Bagian Dari Masyarakat Digital Yang Terbebas Dari Kejahatan Seksual Berbasis Online”	114
Gambar 3. 5 Menu orang tua dan menu anak di aplikasi Hal Dia	115
Gambar 3. 6 Booklet “Anak Bengkulu Pintas Jago Diri” sebagai intervensi untuk kelompok kontrol	117
Gambar 4. 1 Tahapan pubertas pada anak laki-laki 10.....	139
Gambar 4. 2: Tahapan pubertas pada anak perempuan 10	140
Gambar 5. 1 Modul Kespro Remaja Luar Sekolah, Kemkes RI, 2021	181
Gambar 6. 1 Skema Ilustrasi Penggunaan Algoritma dengan Penilaian HEEADSSS	231
Gambar 6. 2 Siswa Sedang di Rawat di UKS.....	236
Gambar 6. 3 Tanda Cairan Bernanah pada Sindrom IMS Jenis Gonore	237
Gambar 6. 4 Kutil Kelamin.....	239

PENDAHULUAN

Kekerasan terhadap anak adalah isu krusial yang berdampak besar pada perkembangan fisik, mental, dan emosional anak-anak. Bentuk kekerasan ini bervariasi, mulai dari kekerasan fisik, emosional, seksual, hingga penelantaran. Berdasarkan data dari UNICEF, jutaan anak di seluruh dunia menjadi korban kekerasan setiap tahun, seringkali oleh individu terdekat dalam keluarga atau komunitas mereka.¹ Mencegah kekerasan terhadap anak memerlukan pendekatan yang melibatkan berbagai sektor, termasuk keluarga, sekolah, komunitas, serta kebijakan pemerintah. Edukasi dan peningkatan kesadaran masyarakat tentang dampak negatif kekerasan pada anak merupakan elemen penting dalam pencegahan ini. Selain itu, kerjasama antara berbagai lembaga untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi anak-anak sangatlah penting.²

Upaya pencegahan harus mencakup pengembangan program-program pendidikan yang mengajarkan keterampilan pengasuhan positif, penegakan hukum yang ketat terhadap pelaku kekerasan, dan penyediaan layanan dukungan serta rehabilitasi bagi korban. Dengan menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi anak-anak, kita dapat mencegah terjadinya kekerasan dan memastikan mereka dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.¹

Berdasarkan temuan dari penelitian yang dilakukan di Inggris, kekerasan merupakan pengalaman masa kecil yang paling sering dilaporkan, terutama kekerasan komunitas dengan prevalensi sebesar 27.33% (95% CI [9.84, 48.97]). Prevalensi perundungan juga

cukup tinggi, mencapai 22,75% (95% CI 13,25, 33,86). Kekerasan dalam rumah tangga dan penganiayaan emosional merupakan bentuk-bentuk penganiayaan anak yang paling umum, dengan prevalensi masing-masing sebesar 11,9% (95% CI 6,34, 18,84) dan 11,84% (95% CI,5.58, 19.89). Pentingnya survei nasional tentang penganiayaan anak di Inggris sangatlah mendesak, dengan pendekatan yang komprehensif dan kuat secara konseptual, serta menggunakan instrumen yang valid dan dapat diandalkan. Hal ini diperlukan untuk menyediakan data yang akurat kepada para peneliti dan pembuat kebijakan, memungkinkan pemantauan tren dari waktu ke waktu, serta untuk menginformasikan strategi pencegahan dan pemantauan kemajuan di masa depan dalam mengurangi kekerasan terhadap anak serta dampaknya terhadap kesehatan dan ekonomi.³

Salah satu strategi pencegahan yang efektif adalah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu kekerasan terhadap anak. Edukasi dan kampanye publik yang intensif dapat berperan penting dalam mengurangi stigma serta meningkatkan pemahaman mengenai tanda-tanda kekerasan dan pentingnya pelaporan kasus.¹ Selain itu, diperlukan penguatan sistem perlindungan anak, seperti dengan memperbaiki kebijakan dan mekanisme pelaporan. untuk mencegah dan merespons kekerasan secara efektif.²

BAB 1

KEKERASAN PADA ANAK dan REMAJA di INDONESIA

Prof. DR. Meita Dhamayati, dr., SPA., Subsp.TKPS., M.Kes

1.1 Definisi Kekerasan

Menurut World Health Organization (WHO), kekerasan adalah penggunaan kekuatan fisik dan kekuasaan, suatu ancaman atau tindakan terhadap diri sendiri, perorangan ataupun sekelompok orang atau masyarakat yang mengakibatkan atau kemungkinan besar mengakibatkan memar atau trauma, kematian, kerugian, kelainan perkembangan ataupun perampasan hak. Kekerasan merupakan suatu tindakan fisik maupun non fisik yang dapat merugikan diri sendiri, orang sekitar dan sekelompok masyarakat. Kekerasan dapat berdampak pada fisik, psikologis, dan ekonomi. Kekerasan biasa terjadi dikalangan tertentu, misalnya kekerasan terhadap anak dan kekerasan terhadap perempuan.⁴

1.2 Kekerasan Terhadap Remaja Perempuan

Kekerasan terhadap perempuan ialah kekerasan yang secara spesifik menjadikan perempuan sebagai subjek kekerasan yang memberikan dampak kesengsaraan, penderitaan fisik, psikologis, seksual, sosial dan ancaman atau perebutan hak kebebasan perempuan di ranah publik atau ranah rumah tangga.⁵

Pada ranah publik maupun ranah rumah tangga, remaja rentan mengalami kejadian kekerasan, kekerasan yang sering terjadi yaitu plonco termasuk *bullying* dan serangan fisik dengan atau tanpa senjata seperti pisau atau senjata lainnya, dan mungkin kekerasan dapat terjadi antar kelompok. Terdapat beberapa macam jenis kekerasan lainnya terhadap remaja perempuan antara lain seperti

kekerasan fisik, kekerasan emosional, pengabaian dan penelantaran, kekerasan ekonomi dan kekerasan seksual.¹²

1.3 Macam-macam Kekerasan Terhadap Remaja Perempuan

Jenis kekerasan terhadap anak termasuk juga pada remaja menurut kantor Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) yaitu:

a. Kekerasan fisik

Kekerasan fisik yang menimpa anak dan remaja yang dimaksud seperti memukul, menampar, menendang, mencubit, menjewer, menjambak, menampar, menendang dan sebagainya yang dapat mengakibatkan luka, memar atau nyeri pada bagian tubuh.

b. Kekerasan emosional

Kekerasan emosional dapat berupa kata-kata yang menakut-nakuti, menghina, mengancam dan memaki dengan kata-kata kasar yang dapat menyebabkan mental anak menurun dan tidak dapat berkembang dengan baik.

Jenis-jenis penyiksaan emosi adalah:

1. Penolakan

Posisi dimana anak selalu diberikan penolakan seperti orang tua yang mengatakan anak bahwa dia tidak diinginkan, memanggil anak dengan sebutan yang tidak pantas, selalu menjadikan anak sebagai masalah keluarga bahkan hingga mengusir anak dari rumah

2. Tidak diperhatikan

Terdapat beberapa orang tua atau kerabat terdekat yang selalu mendampingi secara fisik, namun hal tersebut belum tentu dapat memenuhi kebutuhan emosional anak. Sebagai

contoh, bila orang tua tidak menunjukkan rasa ketertarikan terhadap anak, sukar memberikan kasih sayang dan tidak menyadari kehadiran anaknya.

3. Ancaman

Ancaman dapat berupa kritik, menghukum dan mengancam, sangat disayangkan ini sering terjadi oleh orang tuanya sendiri. Dalam jangka panjang akibat dari ancaman ini yaitu anak terlambat dalam perkembangannya dan yang lebih parah lagi sampai terancam kematian.

4. Isolasi dan pembiarian

Isolasi dapat berupa larangan dari orang tua atau pengasuh untuk mengikuti kegiatan dengan teman sebayanya, atau mengurungnya di kamar hingga waktu tertentu. Pembiarian seperti orang tua atau pengasuh yang membiarkan anak melakukan hal negatif seperti merokok, narkoba atau membiarkan anak menonton film yang tidak pantas.

c. Kekerasan sosial

Kekerasan sosial seperti pengabaian dan penelantaran, pengabaian dan penelantaran yaitu segala bentuk kelalaian yang melanggar hak yang seharusnya didapatkan anak seperti asupan gizi, lingkungan yang aman serta pendidikan.

d. Kekerasan ekonomi

Kekerasan ekonomi yang sering terjadi yaitu mempekerjakan anak di bawah umur hingga prostitusi anak atau melakukan sesuatu demi kepentingan ekonomi tanpa melihat dampak yang terjadi.

e. Kekerasan seksual

Kekerasan seksual meliputi perkataan porno, tindakan tidak senonoh seperti menyentuh bagian vital anak ataupun

pelecehan seksual yang dapat mengakibatkan trauma. Kekerasan seksual dapat dibagi menjadi dua jenis yang digolongkan berdasarkan pelaku, yang pertama ialah *familial abuse*, incest merupakan kekerasan seksual yang dilakukan oleh keluarga baik itu keluarga yang sedarah maupun seperti ibu atau ayah tiri. Selanjutnya terdapat *extrafamilial abuse*, dilakukan oleh orang lain yang bukan keluarga. Kekerasan seksual yang dilakukan oleh orang dewasa pada anak dibawah umur disebut *pedophilia*.⁴

1.4 Jenis Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan

Menurut Komnas Perempuan dari berbagai peraturan perundang-undangan dan dari dokumen internasional terdapat 15 bentuk kekerasan seksual seperti:

1. **Perkosaan.** Serangan untuk melakukan hubungan seksual dengan memasukan penis kedalam vagina, mulut atau anus korban. Bisa juga menggunakan benda lainnya seperti jari tangan atau benda lainnya. Serangan dilakukan secara paksa tanpa persetujuan korban. Jika pemaksaan pemerkosaan tidak sampai penetrasi atau penis tidak dimasukan kedalam vagina itu disebut pencabulan.
2. **Intimidasi Seksual termasuk Ancaman atau Percobaan Perkosaan.** Tindakan seksualitas yang menyerang pada psikis korban yang menyebabkan korban merasa takut dan cemas. Ancaman ini bisa terjadi secara langsung dan tidak langsung atau menggunakan media sosial.
3. **Pelecehan Seksual.** Tindakan seksual lewat sentuhan fisik maupun non-fisik yang bertujuan kepada organ seksual. Pelecehan sosial ini seperti siulan, ucapan yang mengandung unsur seksualitas, main mata yang mengarah ke organ seksual,

mempertunjukan pornografi dan keinginan seksual yang membuat korban tidak nyaman atau bahkan mengancam keselamatan nya.

4. **Eksplorasi Seksual.** Tindakan penyalahgunaan kekuasaan yang bertujuan untuk memenuhi kepuasan seksual, maupun untuk memperoleh keuntungan dalam bentuk uang, sosial, politik dan lainnya. Pelaku memanfaat kondisi korban yang kurang berdaya seperti kemiskinan untuk menjadi alasan ia dinikahi padahal tujuannya hanya untuk memperoleh layanan seksual perempuan.
5. **Perdagangan Perempuan untuk Tujuan Seksual.** Kejadian membeli, mengirim dan merekrut perempuan dengan ancaman kekerasan yang bertujuan untuk tujuan pribadi yaitu prostitusi dan eksplorasi seksual lainnya.
6. **Prostitusi Paksa.** Situasi dimana perempuan ditipu, diancam atau dilakukan kekerasan untuk menjadikanya pekerja seksual. Perempuan yang menjadi korban prostitusi biasanya akan diancam oleh utang atau mengancam keselamatan korban.
7. **Perbudakan Seksual.** Kejadian dimana pelaku merasa memiliki hak sepenuhnya atas tubuh korban sehingga bisa melakukan apapun yang pelaku inginkan terkhusus untuk memenuhi hasrat seksualnya.
8. **Pemaksaan perkawinan, termasuk cerai gantung.** Pemaksaan perkawinan dimasukan dalam bentuk kekerasan seksual dikarenakan perkawinan dan pemaksaan untuk berhubungan seksual tidak dapat terpisahkan.
9. **Pemaksaan Kehamilan.** Situasi dimana perempuan dipaksa berupa kekerasan maupun ancaman, untuk melanjutkan kehamilan yang tidak dia inginkan.

10. **Pemaksaan Aborsi.** Kehamilan yang digugurkan secara terpaksa karena adanya tekanan, ancaman, maupun paksaan dari berbagai pihak.
11. **Pemaksaan kontrasepsi dan sterilisasi.** Disebut pemaksaan bila perempuan tidak memberikan persetujuan utuh untuk menggunakan kontrasepsi dan strerilisasi.
12. **Penyiksaan Seksual.** Tindakan yang menyerang bagian organ reproduksi yang menyebabkan luka dan kesakitan bagi korban
13. **Penghukuman tidak manusiawi dan bernuansa seksual.** pemberian hukuman yang menyebabkan korban mengalami ketakutan atau dipermalukan dan direndahkan harga dirinya karena dituduh melanggar melanggar norma kesusilaan.
14. Praktik tradisi bernuansa seksual yang membahayakan atau mendiskriminasi perempuan. Tradisi yang dapat menimbulkan cidera fisik, psikologis dan seksual pada perempuan, contohnya adalah sunat perempuan.
15. Kontrol seksual, termasuk lewat aturan diskriminatif beralasan moralitas dan agama. Yang dimaksud disini adalah bagaimana masyarakat membedakan mana perempuan yang baik dan tidak seolah mereka yang memberi cap kepada perempuan tersebut. Pemaksaan berpakaian menjadi salah satu bentuk kontrol seksual yang paling sering ditemui.⁶

Dari beberapa jenis kekerasan seksual yang sudah disebutkan diatas, tentuada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kejadian kekerasan seksual, diantaranya ialah faktor individu, gender, sosial, ekonomi dan masih banyak beberapa faktor lainnya.

1.5 Dampak Kekerasan

Kekerasan dapat menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan fisik, mental, seksual dan ekonomi. Masalah kesehatan

korban bergantung pada karakteristik korban itu sendiri seperti usia dan jenis kelamin, namun selain itu tindakan kekerasannya pun dapat mempengaruhi seperti durasi, macam penganiayaan, pengalaman kekerasan, pelaku dan dukungan sekitar. Perasaan rasa malu dan bersalah juga dapat meningkatkan masalah emosional.⁷

Dampak kekerasan inipun bisa terjadi dalam jangka panjang atau jangka pendek, tergantung penanganan dan pengobatan yang didapatkan oleh korban. Pelaku kekerasannya pun terjadi menjadi dua, yaitu bisa saja orang yang dikenal seperti keluarga, teman dan kerabat yang biasanya kejadian berlangsung dalam rumah tangga (ranah domestik) ataupun orang yang tidak di kenal (ranah publik). Berikut akan dijelaskan secara spesifik dampak dari kekerasan:

a. Dampak pada Fisik

Dampak dari kekerasan secara fisik dapat berlangsung dalam jangka panjang maupun dalam jangka pendek kekerasan tersebut seperti luka, memar, patah tulang, lecet maupun luka hingga berdarah, perdarahan di bawah kulit, pingsan dan patah tulang. Kondisi yang lebih parah lagi dapat menyebabkan kematian, bila kejadian kekerasan ini berulang akan membutuhkan waktu penyembuhan yang cukup lama.

b. Dampak pada Psikis

Pengalaman kekerasan memberikan dampak traumatis yang berbeda pada setiap individu dan dapat menjadi mengkhawatirkan karena dampaknya menimbulkan jangka yang panjang di kehidupan. Perempuan khususnya remaja yang pernah mengalami kekerasan cenderung mempunyai rasa bersalah ditandai dengan adanya *powerlessness*, dimana korban merasa tidak berdaya ketika mengungkapkan kejadian kekerasan tersebut. Gambaran psikososial pada korban

kekerasan digambarkan dalam kognisi, psikomotor, dan sosial. Dampak dari kekerasan lainnya dapat mengakibatkan korban kurang percaya diri, pemalu, menarik diri dan merasa ketakutan, dan menjadi brutal seperti merusak barang, kesulitan membangun hubungan sosial, sampai cenderung ingin bunuh diri.

Korban kekerasan masih dianggap sebagai aib maka dari itu sulit untuk dilaporkan atau untuk mencari pertolongan, karena korban akan merasa dirinya sudah tidak berharga, malu dan harga dirinya turun. Itu mengakibatkan korban merasa khawatir, cemas, takut, sulit tidur dan tidak bisa berkonsentrasi karena ia tidak mendapatkan pengobatan yang sesuai, ini dapat berlangsung lama bila dibiarkan terus menerus. Dampaknya korban sulit untuk mempercayai orang lain, tidak bisa merasakan kasih sayang, emosi yang tidak stabil, sedih yang berkepanjangan dan berperilaku tidak normal.

c. Dampak pada Kesehatan Reproduksi

Pada perempuan yang mengalami kekerasan seksual dapat menyebabkan disfungsi seksual yang lebih besar dibandingkan dengan perempuan yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual. Terganggunya kesehatan reproduksi seperti gangguan menstruasi bahkan perempuan tersebut dapat mengalami menopause lebih awal, mengalami penurunan hasrat seksual, dan ketidakmampuan untuk orgasme karena tindakan kekerasan yang ia alami.

Dampak lainnya yaitu dapat terjadi kehamilan yang tidak diinginkan dan menyebabkan aborsi yang tidak aman. Aborsi yang tidak aman ini tentu membahayakan ibu karena risiko perdarahan yang tinggi, alat yang belum tentu steril yang

menyebabkan infeksi dan melanggar hak hidup janin, bisa pula terdapat fistula yang dapat menyebabkan saluran BAK dan BAB terganggu dan mempunyai risiko terjangkit HIV/AIDS.

d. **Dampak pada Sosial**

Dampak sosial yang terganggu yaitu interaksi sosial menjadi terbatas atau korban dijauhi oleh kerabatnya, korban merasa minder dan tidak dianggap oleh lingkungan sosialnya. Lalu akan ada stigma negatif dari masyarakat karena menganggap korban kekerasan tidak dapat dihargai seperti sebelumnya.⁸

1.6 Upaya Pencegahan dan Penanganan Kasus Kekerasan

Dampak dari kekerasan memang sangat merugikan terhadap korban, maka dari itu kita semua harus saling bahu membahu memberantas kejadian kekerasan, upaya yang dapat kita lakukan untuk mencegah kekerasan ialah:

1. Upaya Pencegahan bisa dilakukan sebagai berikut:

- a. Melakukan edukasi atau penyuluhan mengenai kekerasan
Berikan penyuluhan mengenai apa itu kekerasan, ciri-ciri atau tanda dari kekerasan dan dampak dari kekerasan, lalu beri informasi bagaimana korban dapat melaporkan dan mencari pertolongan atas kejadian kekerasan tersebut. Penyuluhan ini bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun lembaga-lembaga yang berkaitan dengan kasus kekerasan.
- b. Ajarkan Keterampilan untuk Mencegah Kekerasan
Berikan edukasi bagaimana berperilaku yang baik dan tidak terjerumus pada lingkungan yang negatif khususnya anak-anak dan remaja yang perlu bimbingan dari orang dewasa, mempromosikan mengenai seksualitas yang sehat.
- c. Buat Pelindung Lingkungan.

Mendukung komunitas atau lembaga perlindungan perempuan ataupun korban kekerasan, meningkatkan keamanan dan pemantauan di setiap sektor seperti tempat kerja, fasilitas umum dan institusi pendidikan.

d. Dukungan Korban.

Perawatan untuk korban kekerasan atau seseorang yang berisiko menjadi korban kekerasan.⁹

Upaya-upaya diatas diharapkan dapat tersebar luas di berbagai kalangan agar tercapainya penurunan angka kejadian kekerasan yang semakin marak terjadi. Kalangan yang membutuhkan perhatian khusus untuk mendapat edukasi mengenai upaya pencegahan kekerasan ialah remaja, karena remaja mempunyai sifat keingintahuan yang besar namun tidak didasari oleh informasi yang cukup.

2. Penanganan kasus kekerasan dari berbagai sektor

Dalam beberapa situasi, penyedia layanan kesehatan memiliki persyaratan hukum untuk melaporkan kasus-kasus kekerasan yang diketahui atau dicurigai terhadap remaja kepada otoritas terkait, seperti kepolisian dan lembaga perlindungan atau kesejahteraan, bila di Kabupaten Bandung terdapat P2TP2A. Sektor lain yang menangani kasus kekerasan ialah Pengadilan Negeri.¹⁰

1.7. Model Penanggulangan Kekerasan

Penanggulangan kekerasan memerlukan pendekatan yang holistik dan komprehensif. Model penanggulangan kekerasan secara umum bisa mencakup beberapa langkah utama yang saling terintegrasi. Berikut adalah model yang bisa digunakan :

1. Pencegahan Primer (*Preventive Measures*) :

- a. Edukasi dan Kesadaran : Meningkatkan kesadaran Masyarakat tentang kekerasan melalui kampanye Pendidikan dan pelatihan.
- b. Penguatan Keluarga : Memberikan dukungan dan pelatihan kepada keluarga untuk membangun lingkungan rumah yang aman dan mendukung.
- c. Peraturan dan Kebijakan : Menerapkan dan menegaskan hukum serta kebijakan yang melindungi Masyarakat dari kekerasan, termasuk undang – undang kekerasan dalam rumah tangga, bullting dan kekerasan seksual. (World Health Organization. (2022). Violence prevention: the evidence. World Health Organization)

2. Pencegahan sekundr (*Secondary Interventions*) :

- a. Identifikasi Dini dan Respons Cepat : Membangun sistem untuk mendeteksi tanda – tanda awal kekerasan dan memberikan respons yang cepat dan tepat.
- b. Pelayanan Dukungan : Menyediakan layanan dukungan seperti konseling, tempat perlindungan sementara, dan bantuan hukum bagi korban kekerasan
- c. Program Intervensi bagi Pelaku : Menyediakan program rehabilitasi dan Pendidikan untuk pelaku kekerasan dengan tujuan mengubah perilaku mereka¹¹

3. Pencegahan Tersier (*Tertiary Prevention*)

- a. Rehabilitasi dan Integrasi Kembali : Menyediakan layanan rehabilitasi yang komprehensif bagi korban kekerasan untuk membantu mereka pulih secara fisik dan psikologis, serta mendukung mereka untuk Kembali ke Masyarakat

- b. Pemantauan dan Evaluasi : Melakukan pemantauan terus – menerus terhadap kasu – kasus kekerasan dan mengevaluasi efektifitas program penanggulangan yang sudah dijalankan. Hal ini penting untuk meyesuaikan dan meningkatkan strategi penanggulangan¹².

4. Kolaborasi antar sektor :

- a. Kemitraan : Membangun kemitraan antara pemerintah, organisasi non pemerintah, komunitas, dan sektor swasta untuk menciptakan pendekatan terpadu dalam menggugangi kekerasan
- b. Koordinasi : Membentuk mekanisme koordinasi yang efektif diantara berbagai Lembaga yang terlibat dalam penanggulangan kekerasan untuk memastikan bahwa Upaya penanggulangan berjalan dengan baik dan saling mendukung.

12

1.7 DAFTAR PUSTAKA

1. UNICEF. Child protection from violence, exploitation and abuse thematic report. *The United Nations Children's Fund*. 2011;1(2000):8-9.
2. World Health Organization. Ending violence against children is priority. *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Published online 2016:10-20.
3. Nation A, Pacella R, Monks C, Mathews B, Meinck F. Prevalence of violence against children in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2023;146(October):106518. doi:10.1016/j.chab.2023.106518
4. Andini TM. Identifikasi Kejadian Kekerasan Pada Anak Di Kota Malang. *Jurnal Perempuan dan Anak*. 2019;2(1):13. doi:10.22219/jpa.v2i1.5636
5. Rissa Indrasty, Darajat Wibawa & R. Gender dalam Kasus Kekerasan terhadap Perempuan di Media Online. *Jurnal Komunikasi Jurnalistik*. 2018;3:90-112.

6. Purwanti A, Zalianti M. Strategi Penyelesaian Tindak Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan Dan Anak Melalui Ruu Kekerasan Seksual. *Masalah-Masalah Hukum*. 2018;47(2):138. doi:10.14710/mmh.47.2.2018.138-148
7. Van Berlo W, Ploem R. Sexual violence Knowledge file. *Rutgers*. 2018;(October).
8. Sururin. Kekerasan Pada Anak (Perspektif Psikologi). *Institutional Repository UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*. Published online 2016:3.
9. Barry M, Pearce J. Preventing sexual violence: *Preventing violence against women and girls*. Published online 2017:163-180. doi:10.2307/j.ctt1t88x7x.15
10. M. JM. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*, WHO Clinical Guidelines. Vol 2018.; 2018. doi:10.1016/s1773-035x(18)30043-1
11. Use D, Consequences H. *Drug Use and Health Consequences*.; 2020. doi:10.18356/025e247e-en
12. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. *World Health Organization*. 2014;WHO/RHR/14:1-88. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26>
13. Tamburlini G. *Nurturing Care for Early Child Development*. Vol 37.; 2018.
14. MacPherson S. The Convention on the Rights of the Child. *Social Policy & Administration*. 1989;23(1):99-101. doi:10.1111/j.1467-9515.1989.tb00500.x
15. Peraturan Pemerintah RI. *Undang - Undang Perlindungan Anak*. (2014).
16. World Health Organization. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): early childhood development. *World Health Organization*. 2019;(03 de mar de 2023):1-9.
17. Soetjiningsih, Gde Ranuh IN. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC; 2013.
18. Assembly G, Parties TS, Nations U, et al. Convention on the Rights of the Child. *Concluding Observations of the UN Committee on the Rights of the Child*. 2023;(November 1989):559-583. doi:10.1163/9789004482456_090
19. Chamidah AN. Pentingnya Stimulasi Dini Bagi Tumbuh

- Kembang Otak Anak. *Tumbuh Kembang dan Kesehatan Anak*. Published online 2009:1-7.
20. Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA, et al. Adult consequences of growth failure in early childhood. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2013;98(5):1170-1178. doi:10.3945/ajcn.113.064584
21. Sugawara E, Nikaido H. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2014;58(12):7250-7257.
22. UNICEF. Situasi Anak di Indonesia - Tren, peluang, dan Tantangan dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. *Unicef Indonesia*. Published online 2020:8-38.
23. World Health O. *Global Status Report on Preventing Violence against Children 2020.*; 2020.
24. Expert I, Secretary-general UN. *WORLD REPORT ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN WORLD REPORT ON*.
25. Kemensos RI & UNICEF. Pencegahan Kekerasan, Penelantaran, dan Eksploitasi Terhadap Anak Penguatan Kapabilitas Anak dan Keluarga. *Kementerian Sosial Republik Indonesia*. 2020;1(1):7.
26. Griffiths LJ, Johnson RD, Broadhurst K, et al. Maternal health, pregnancy and birth outcomes for women involved in care proceedings in Wales: a linked data study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12884-020-03370-4
27. Lachman JM, Juhari R, Stuer F, et al. "Before I was like a Tarzan. But now, I take a pause": mixed methods feasibility study of the Naungan Kasih parenting program to prevent violence against children in Malaysia. *BMC Public Health*. 2023;23(1). doi:10.1186/s12889-023-15065-4
28. Humas KPAI. KPAI bersama HIMPSI Sepakati Sinergitas dalam Perlindungan Anak melalui Pendekatan Psikologi. In: ; 2024.
29. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:409-438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
30. Figueiró A. 濟無No Title No Title No Title. *Biogeografia*. 1967;(September):5-24.
31. Lansford JE, Dodge KA. Societal Rates of Endorsement and Use of Violence. 2009;8(3):1-11. doi:10.1080/15295190802204843.Cultural
32. Stith SM, Liu T, Davies LC, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature.

- Aggression and Violent Behavior.* 2009;14(1):13-29.
doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
33. Ho SY, Bodoff D. T He E Ffects of. 2014;38(2):497-520.
doi:10.1002/fut
34. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse and Neglect.* 2005;29(2):107-133.
doi:10.1016/j.chabu.2004.02.006
35. Spatz Widom C. The Cycle of Violence model. *Science.* 1989;244:160-165.
36. Karraker KH, Coleman PK. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review.* 1998;18(1):47-85.
37. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect.* 1992;16(4):475-483. doi:10.1016/0145-2134(92)90064-X
38. Holden GW, Ritchie KL. Linking Extreme Marital Discord, Child Rearing, and Child Behavior Problems: Evidence from Battered Women. *Child Development.* 1991;62(2):311.
doi:10.2307/1131005
39. Berger LM, Waldfogel J. Economic determinants and consequences of child maltreatment. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers.* 2011;(No. 111):1-31.
40. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth an update. *JAMA Pediatrics.* 2013;167(7):614-621.
doi:10.1001/jamapediatrics.2013.42
41. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2007;48(3-4):355-391. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x
42. Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & behavior.* 2017;176(5):139-148.
doi:10.1016/j.acap.2012.03.005.The
43. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *American Journal of Preventive Medicine.* 2016;50(5):652-659.
doi:10.1016/j.amepre.2015.10.007
44. Children's Bureau. Child Maltreatment 2018. *Child Welfare Information Gateway.* Published online 2020:39.

45. Mhatre V, Ho, Ji-Ann Lee and KCM, Craik C. 基因的改变NIH Public Access. *Bone*. 2012;23(1):1-7. doi:10.1007/s10896-012-9474-9. Developmental
46. Nicole Jung-Eun Kim Elizabeth Torrese, R. M., Bud Nicola, and Catherine Karr. VBV, Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & behavior*. 2017;176:139-148.
47. van der Put CE, Assink M, Boekhout van Solinge NF. Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse and Neglect*. 2017;73(September):71-88. doi:10.1016/j.chabu.2017.09.016
48. Kohl PL, Jonson-reid M, Drake B. Findings From A National Probability Study " S. Health (San Francisco). Published online 2009:17-26.
49. Nuzulia A. 濟無No Title No Title No Title. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Published online 1967:5-24.
50. WHO. *Child Maltreatment*. (2022).
51. Llanaj E, Vincze F, Kósa Z, Sándor J, Diószegi J, Ádány R. Dietary profile and nutritional status of the roma population living in segregated colonies in Northeast Hungary. *Nutrients*. 2020;12(9):1-21. doi:10.3390/nu12092836
52. Maulia TYA, Saptatiningsih RI. Implementasi Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak. *Jurnal Kewarganegaraan*. 2020;4(1):10-16. doi:10.31316/jk.v4i1.877
53. Nation M, Crusto C, Wandersman A, et al. What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*. 2003;58(6-7):449-456. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449
54. Mendelson T, Turner AK, Tandon SD. Social Class As Moderator of the Relationship Between (Dis)Empowering Processes and Psychological Empowerment. *Journal of Community Psychology*. 2010;38(5):607-621. doi:10.1002/jcop
55. Tharp AT, DeGue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. *A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration*. Vol 14.; 2013. doi:10.1177/1524838012470031
56. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*. 2008;372(9642):1001-1007. doi:10.1016/S0140-6736(08)61409-9
57. bidin A. Опыт аудита обеспечения качества и безопасности

- медицинской деятельности в медицинской организации по разделу «Эпидемиологическая безопасность» No Title. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;4(1):9-15.
58. UNICEF. *Child Protection*. (2019).
59. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;52:58-66.
doi:10.1016/j.jsat.2014.12.004
60. Fletcher J. Positive parenting, not physical punishment. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(12):1339.
doi:10.1503/cmaj.121070
61. Haughton SA. *Global Report on Trafficking in Persons*.; 2023.
doi:10.1007/978-3-319-74319-6_221
62. WHO. World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021. *World Health Organization Licence: CC BY-NC-SA 30 IGO*. Published online 2022.
63. Grainne Walshe. No Title. *מצב תמונה: הקיום ענן*. 2012;66(1):37-39.
64. Lembaran T, Republik N. 2014 244,. Published online 2018.
65. 2020 PSN 4, Kemenpppa. Jdih kemenpppa. Published online 2019:1-65.
66. 2002 URN 28 T. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak Dengan. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 1985*. 2004;(1):1-5.
67. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. *Sekretaris Negara Republik Indonesia*. 1992;3(1):1-53.
68. Frug GE, Time F, Hm Y, et al. No Title. 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析 Title. *Material Safety Data Sheet*. 1999;33(1):1-12.
69. Presiden Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. *Direktorat Utama Pembinaan dan Pengembangan Hukum Pemeriksaan Keuangan Negara Badan Pemeriksa Keuangan*. 2023;(16100):1-345.

70. UU RI No 29 Pasal 47. Presiden Republik Indonesia Peraturan Presiden Republik Indonesia. *Demographic Research*. 2004;(1):4-7.
71. Remaja PK. *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (Ppam) Kesehatan Reproduksi Remaja Kementerian Kesehatan Tahun 2017.*; 2017.
72. BKKBN. *Panduan Pelaksanaan Proyek Prioritas Nasional Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja Melalui Penguatan Peran PIK Remaja Dan BKR Tahun Anggaran 2022.*; 2022.
73. Casey BJ, Duhoux S, Cohen MM. Adolescence: What Do Transmission, Transition, and Translation Have to Do with it? *Neuron*. 2010;67(5):749-760. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.033
74. Bappenas. Laporan Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. 2023. 2023;01:221.
75. Badan Pusat Statistik. Mortalitas di Indonesia Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Published online 2020:78. <https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/public/pdf/mortalitas-di-indonesia-hasil-long-form-sensus-penduduk-2020.pdf>
76. Kesehatan, Kementerian R. *Modul Kesehatan Reproduksi Luar Sekolah.*; 2021.
77. Kesehatan, Kementerian R. *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Buku Ajar.*; 2014.
78. Lestyoningsih IH. Implementasi Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah Pada Remaja Putri Di Indonesia Tahun 2018. *Jurnal Berkala Kesehatan*. 2018;4(2):47. doi:10.20527/jbk.v4i2.5659
79. Bappenas, UNICEF, UNFPA, Global Affairs Canada. BERANI Empowering Lives. Published online 2023:30. <https://www.unicef.org/indonesia/media/18791/file/BERANI%20Booklet%20-%20BERANI%20Empowering%20Lives.pdf>
80. Statement P. IFMSA Policy Document Comprehensive Sexuality Education. Published online 2019.
81. Pejabat T, Umum R, Umum M. Dokumen Kebijakan IFMSA Pendidikan Seksualitas Komprehensif. Published online 2019.
82. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International Technical Guidance on Sexuality Education.*; 2018. <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-on-sexuality-education>

- guidance-sexuality-education
83. Maryam S. Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya. *JURKAM: Jurnal Konseling Andi Matappa*. 2017;1(2):101. doi:10.31100/jurkam.v1i2.12
84. Yudistira C, Jenderal U, Yani A. *Modul Pendidikan Seks Pada Remaja.*; 2022. <https://www.researchgate.net/publication/366633688>

BAB 2

PENCEGAHAN KEKERASAN PADA ANAK

Flora Niu

2.1 Konsep Dasar Anak

Menurut definisi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), seorang anak merujuk kepada individu yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali dalam kasus-kasus di mana undang-undang yang berlaku menetapkan usia dewasa lebih rendah. WHO menyoroti bahwa anak-anak memiliki hak-hak yang harus dijaga, seperti hak atas kehidupan, pertumbuhan, perlindungan, dan partisipasi dalam kehidupan sosial. Anak-anak dianggap sebagai individu yang unik dan rentan, sehingga perlu mendapat perhatian khusus agar mereka dapat mencapai potensi terbaiknya. Tidak hanya itu, WHO juga menegaskan pentingnya memahami anak-anak sebagai bagian dari konteks sosial dan budaya yang lebih luas. Proses perkembangan anak dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk keluarga, masyarakat, dan lingkungan sekitarnya.¹³.

Menurut Konvensi Hak Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), anak didefinisikan sebagai setiap orang di bawah usia 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak-anak, kedewasaan dicapai lebih awal¹⁴. Sementara itu, Undang- Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak di Indonesia mendefinisikan anak sebagai seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan¹⁵.

Anak adalah individu yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali jika undang-undang setempat menetapkan usia dewasa lebih rendah.¹⁶ Anak adalah individu yang berada dalam rentang usia 0- 18 tahun. Mereka dianggap sebagai generasi penerus bangsa yang memiliki potensi besar untuk mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, baik secara fisik, mental, sosial, maupun spiritual. Definisi anak yang disampaikan oleh Soetjiningsih dan Gde Ranuh mencakup rentang usia 0-18 tahun, sementara mereka dilihat sebagai individu yang memiliki potensi besar untuk pertumbuhan dan perkembangan yang komprehensif dalam berbagai aspek kehidupan¹⁷.

Anak adalah istilah yang umumnya merujuk kepada individu yang belum dewasa secara fisik, emosional, atau intelektual.¹⁸ Tahap perkembangan anak, "Secara umum, anak adalah individu yang berada dalam tahap perkembangan awal kehidupan manusia, mulai dari kelahiran hingga mencapai kematangan fisik dan mental. Batasan usia yang menjelaskan kapan seseorang dianggap anak dapat bervariasi berdasarkan konteks sosial, hukum, dan budaya"¹⁸

2.2 Pertumbuhan dan Perkembangan Anak pada Masa "Golden Age Period"

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beragam faktor yang dapat dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi perbedaan ras atau etnis, pengaruh keluarga, usia, jenis kelamin, serta kelainan genetik dan kromosom. Misalnya, anak dengan latar belakang ras Eropa cenderung memiliki tungkai yang lebih panjang daripada anak dari ras Mongol. Anak perempuan biasanya mengalami pematangan lebih cepat daripada anak laki-laki, terutama selama masa pubertas. Faktor genetik juga memainkan peran penting; anak dengan kelainan genetik atau kromosom, seperti Sindrom Down, akan mengalami dampak pada pertumbuhan dan perkembangannya.¹⁹

Perkembangan dan pertumbuhan anak mengalami lonjakan signifikan pada awal usia, khususnya dari 0 hingga 5 tahun, sering kali disebut sebagai masa "*Golden Age*". Ini adalah periode penting di mana perhatian yang teliti terhadap tumbuh kembang anak sangatlah krusial agar potensi masalah kesehatan atau perkembangan dapat diidentifikasi sesegera mungkin. Selain itu, intervensi yang tepat pada masa *Golden Age* dapat mengurangi risiko disfungsi pertumbuhan dan perkembangan anak secara permanen. Pemantauan tumbuh kembang anak mencakup pengamatan terhadap aspek fisik, psikologis, dan sosial. Idealnya, orang tua sebaiknya memulai pemantauan ini sesegera mungkin. Konsep tumbuh kembang merujuk pada dua proses yang berbeda namun terkait erat dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan.

Pertumbuhan berfokus pada perubahan fisik, seperti ukuran dan jumlah, sementara perkembangan mencakup aspek psikologis dan sosial. Pertumbuhan terjadi pada berbagai tingkat, baik pada tingkat sel, organ, maupun individu. Pertumbuhan bersifat kuantitatif, sehingga dapat diukur menggunakan berbagai satuan seperti berat (gram, kilogram), panjang (cm, m), umur tulang, dan keseimbangan metabolismik seperti retensi kalsium dan nitrogen dalam tubuh. Di sisi lain, perkembangan merupakan peningkatan dalam kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks.

Proses perkembangan melibatkan diferensiasi sel-sel, jaringan, organ, dan sistem organ sehingga masing-masing dapat berfungsi sesuai perannya. Pertumbuhan memiliki karakteristik khas, termasuk perubahan ukuran, proporsi, penghilangan ciri-ciri lama, dan munculnya ciri-ciri baru. Keunikan dari proses pertumbuhan adalah bahwa kecepatannya bervariasi di setiap kelompok usia, dan setiap organ juga mengalami pola pertumbuhan yang berbeda. Terdapat tiga periode di mana pertumbuhan berlangsung cepat, yaitu masa janin, periode bayi (0-1 tahun), dan masa pubertas.

Proses perkembangan berlangsung bersamaan dengan pertumbuhan, sehingga setiap tahap pertumbuhan juga mengalami perubahan fungsi. Perkembangan adalah hasil dari interaksi antara kematangan susunan saraf pusat dengan organ-organ yang dipengaruhinya. Tahap awal perkembangan melibatkan beberapa aspek kemampuan fungsional, termasuk kognitif, motorik, emosi, sosial, dan bahasa. Perkembangan pada tahap awal ini akan membentuk dasar bagi perkembangan tahap selanjutnya. Kekurangan pada satu aspek perkembangan dapat berdampak pada aspek lainnya.¹⁹

Umumnya, anak mengalami pola pertumbuhan dan perkembangan yang normal sebagai hasil dari berbagai faktor yang saling berinteraksi. Beberapa faktor tersebut meliputi:

1. Faktor internal yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.
 - a. Ras atau etnisitas dari suatu kelompok tidak akan berubah menjadi ras atau etnis kelompok lain. Misalnya, ras Amerika tidak akan berubah menjadi ras Indonesia.
 - b. Keluarga. Dimensi fisik orang tua akan memengaruhi dimensi fisik anak, seperti tinggi badan, berat badan, dan sebagainya.
 - c. Umur. Usia anak akan memengaruhi kecepatan pertumbuhannya. Anak balita akan mengalami pertumbuhan lebih cepat daripada orang dewasa.
 - d. Jenis Kelamin. Fungsi reproduksi pada anak perempuan akan berkembang lebih awal daripada pada anak laki-laki. Namun, setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan menjadi lebih cepat.
 - e. Genetik. Faktor genetik atau heredokonstitusional menentukan potensi anak dan ciri khasnya. Beberapa kelainan genetik dapat memengaruhi perkembangan anak, seperti kerdilisme.
 - f. Kelainan Kromosom. Kelainan kromosom sering kali menyebabkan gangguan pertumbuhan, seperti yang terjadi pada sindrom Down dan sindrom Turner.
 - g. Hormonal. Hormon-hormon yang dihasilkan oleh tubuh anak memainkan peran penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan.
2. Faktor Luar (eksternal)

a. Faktor Perinatal

- 1) Gizi. Nutrisi ibu hamil, terutama selama tiga bulan terakhir kehamilan, sangat berpengaruh pada pertumbuhan janin.
- 2) Mekanis. Posisi janin yang tidak normal dapat menyebabkan cacat bawaan.
- 3) Toksin/zat kimia. Beberapa obat seperti Aminopterin dan Thalidomide dapat menyebabkan cacat bawaan seperti celah langit-langit.
- 4) Endokrin. Diabetes pada ibu dapat menyebabkan kondisi seperti makrosomia (ukuran bayi yang besar), pembesaran jantung, dan hiperplasia adrenal.
- 5) Radiasi. Paparan terhadap radium dan sinar X dapat menyebabkan kelainan pada janin, seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, deformitas anggota tubuh, serta cacat bawaan pada mata dan jantung.
- 6) Infeksi. Infeksi yang terjadi pada trimester pertama dan kedua kehamilan oleh TORCH (Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex) dapat menyebabkan cacat bawaan pada janin, termasuk katarak, tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung bawaan.
- 7) Kelainan imunologi. Eritroblastosis fetalis terjadi karena perbedaan golongan darah antara janin dan ibu, menyebabkan ibu memproduksi antibodi terhadap sel darah merah janin. Antibodi ini melewati plasenta dan masuk ke dalam sirkulasi darah janin, menyebabkan hemolisis, yang kemudian mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikterus yang dapat merusak jaringan otak.

- 8) Anoksia embrio. Anoksia embrio, yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta, menghambat pertumbuhan janin.
- 9) Psikologi ibu. Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan kasar, atau kekerasan mental terhadap ibu hamil dapat memengaruhi perkembangan janin.¹⁹

b. Faktor Persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala dan asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

c. Faktor Pascasalin

- 1) Gizi. Bayi membutuhkan nutrisi yang cukup untuk tumbuh kembang yang optimal.
- 2) Penyakit kronis/kelainan bawaan. Penyakit seperti tuberkulosis, anemia, dan kelainan jantung bawaan dapat mengakibatkan retardasi pertumbuhan fisik.
- 3) Lingkungan fisik dan kimia. Lingkungan, yang sering disebut milieu, adalah tempat anak tinggal dan menyediakan kebutuhan dasarnya. Sanitasi yang buruk, kurangnya sinar matahari, paparan radiasi, dan zat kimia berbahaya (seperti timbal, merkuri, dan rokok) berdampak negatif pada pertumbuhan anak.
- 4) Psikologis. Hubungan anak dengan orang di sekitarnya sangat penting. Anak yang tidak diinginkan oleh orang tua atau yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.
- 5) Endokrin. Gangguan hormon, seperti pada penyakit hipotiroid, dapat menghambat pertumbuhan anak.
- 6) Sosio-ekonomi. Kemiskinan sering kali dikaitkan dengan kekurangan makanan, lingkungan yang buruk, dan

kurangnya pengetahuan, yang semuanya dapat menghambat pertumbuhan anak.

- 7) Lingkungan pengasuhan. Interaksi ibu-anak dalam lingkungan pengasuhan sangat mempengaruhi tumbuh kembang anak.
- 8) Stimulasi. Perkembangan anak memerlukan rangsangan, terutama dari keluarga, seperti penyediaan mainan, sosialisasi anak, dan keterlibatan ibu serta anggota keluarga lainnya dalam kegiatan anak.
- 9) Obat-obatan. Penggunaan kortikosteroid jangka panjang dapat menghambat pertumbuhan, begitu juga dengan obat perangsang saraf yang menghambat produksi hormon pertumbuhan.¹⁷

Berdasarkan hasil penelitian mengungkap bahwa faktor internal seperti genetika, nutrisi, kesehatan, dan hormon memiliki peran signifikan dalam mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Penelitian menunjukkan bahwa genetika yang diwariskan dari orang tua menyediakan dasar bagi pola pertumbuhan dan perkembangan anak. Selain itu, asupan nutrisi yang mencukupi dan kondisi kesehatan yang baik merupakan faktor penting dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak secara optimal. Hormon, seperti hormon pertumbuhan, juga berperan dalam mengatur proses pertumbuhan tubuh dan perkembangan organ vital.²⁰

2.3 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Berikut tahapan tumbuh kembang pada anak :

1. Masa Prenatal (Dalam Kandungan)

Masa perkembangan anak dimulai sejak konsepsi hingga lahir. Periode dimulai sejak pembuahan hingga kelahiran, tahap ini menandai perkembangan embrio menjadi fetus. Tahapan ini di dalamnya, terjadi perkembangan fisik dan pembentukan organ-organ penting, serta dasar-dasar sistem saraf dan organ tubuh lainnya.

2. Tahap Neonatal (0-1 bulan)

Pada tahap neonatal, bayi baru lahir beradaptasi dengan kehidupan di luar rahim ibu. Refleks dasar seperti mengisap, menggenggam, dan menelan sangat dominan. Bayi juga mulai mengembangkan kemampuan sensorik dasar seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan.

3. Tahap Bayi (1-12 bulan)

Selama periode ini, bayi mengalami pertumbuhan fisik yang cepat. Mereka mengembangkan keterampilan motorik kasar seperti mengangkat kepala, berguling, duduk, merangkak, dan berjalan. Selain itu, perkembangan sosial dan emosional meningkat, bayi mulai mengenali orang tua dan menunjukkan berbagai ekspresi emosi.

4. Tahap Balita (1-3 tahun)

Pada tahap balita, anak-anak mengalami peningkatan signifikan dalam keterampilan motorik halus dan kasar. Mereka mulai berbicara, berlari, melompat, dan memanipulasi objek kecil. Perkembangan kognitif juga pesat, anak-anak mulai memahami konsep dasar dan menggunakan kata-kata untuk berkomunikasi.

5. Tahap Pra-sekolah (3-6 tahun)

Anak-anak pada tahap pra-sekolah mulai menunjukkan kemampuan berpikir yang lebih kompleks dan kreatif. Mereka

belajar membaca, menulis, dan berhitung dasar. Perkembangan sosial juga penting, dengan anak-anak mulai bermain bersama teman sebaya dan memahami konsep berbagi serta aturan sosial.

6. Tahap Sekolah Dasar (6-12 tahun)

Pada masa sekolah dasar, anak-anak mengembangkan keterampilan akademis yang lebih kompleks seperti membaca dengan lancar, menulis esai, dan memecahkan masalah matematika yang lebih sulit. Mereka juga mengembangkan keterampilan sosial dan emosional yang lebih matang, serta mulai memahami konsekuensi dari tindakan mereka.

7. Tahap Remaja (12-18 tahun)

Masa remaja ditandai dengan perubahan fisik yang cepat akibat pubertas. Perkembangan kognitif memungkinkan remaja berpikir lebih abstrak dan kritis. Identitas pribadi dan sosial juga mulai terbentuk, dan hubungan dengan teman sebaya menjadi sangat penting.¹⁷



Gambar 2.1 Tumbuh Kembang Anak
(<https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&ccid>)

2.4 Konsep Dasar Kekerasan

Kekerasan merujuk pada tindakan atau rangkaian tindakan yang ditujukan atau cenderung menyebabkan cedera fisik, psikologis, atau emosional terhadap individu atau kelompok. Kekerasan ini dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti kekerasan fisik, seksual, emosional, dan ekonomi, dan dapat terjadidi berbagai lingkungan, termasuk dalam rumah tangga, sekolah, tempat kerja, serta masyarakat umum.²¹

2.5 Konsep Dasar Kekerasan Pada Anak

Anak-anak merupakan aset berharga bagi kemajuan masa depan suatu bangsa. Mereka adalah penerus generasi yang memiliki peran krusial dalam memastikan keberlanjutan dan kemajuan sebuah negara. Oleh karena itu, perlindungan terhadap anak sangat penting agar mereka dapat tumbuh dan berkembang secara optimal, baik dari segi fisik maupun mental, sehingga mereka dapat menjadi tulang punggung dalam memajukan negara ke arah kemajuan yang lebih baik.²²

Kekerasan terhadap anak mencakup segala bentuk kekerasan fisik, emosional, seksual, atau penelantaran yang menyebabkan atau dapat menyebabkan cedera, penderitaan, atau kerusakan pada kesejahteraan anak. Kekerasan ini bisa terjadi di berbagai tempat seperti rumah, sekolah, lingkungan sosial, atau institusi lainnya, dan sering dilakukan oleh individu yang dikenal atau dipercayai oleh anak.²

Menurut World Health Organization (WHO), kekerasan pada anak meliputi semua jenis kekerasan fisik, emosional, seksual, penelantaran, atau eksploitasi yang dapat membahayakan kesehatan, kelangsungan hidup, perkembangan, atau martabat anak

dalam konteks hubungan yang memiliki tanggung jawab, kepercayaan, atau kekuasaan.²³

Kekerasan terhadap anak adalah setiap tindakan atau perlakuan yang mengakibatkan penderitaan fisik, emosional, seksual, atau penelantaran, yang berdampak negatif pada kesejahteraan dan perkembangan anak. Kekerasan ini bisa terjadi di berbagai tempat seperti rumah, sekolah, dan komunitas, dan dapat dilakukan oleh orang tua, pengasuh, guru, atau orang lain yang berinteraksi dengan anak tersebut.¹

Menurut revisi Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 yang mengubah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, kekerasan terhadap anak dijelaskan sebagai tindakan yang menghasilkan penderitaan atau kesengsaraan pada anak baik secara fisik, mental, seksual, maupun dalam bentuk penelantaran, termasuk ancaman, pemaksaan, atau pembatasan kebebasan secara ilegal. Ayat (15a) Pasal 1 dari UU No. 35 Tahun 2014 menyatakan hal yang serupa dalam mendefinisikan kekerasan terhadap anak. Anda bisa merujuk pada sumber-sumber resmi seperti Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 dan penjelasan terkait untuk informasi lebih lanjut.

Kekerasan terhadap anak adalah setiap tindakan atau perlakuan yang mengakibatkan penderitaan fisik, emosional, seksual, atau penelantaran, yang berdampak negatif pada kesejahteraan dan perkembangan anak. Kekerasan ini bisa terjadi di berbagai tempat seperti rumah, sekolah, dan komunitas, dan dapat dilakukan oleh orang tua, pengasuh, guru, atau orang lain yang berinteraksi dengan anak tersebut.¹⁵

Kesimpulan dari konsep kekerasan terhadap anak, sebagaimana dijelaskan dalam Undang-Undang Perlindungan Anak,

adalah bahwa segala tindakan yang mengakibatkan penderitaan atau kesengsaraan pada anak, baik secara fisik, mental, seksual, atau dalam bentuk penelantaran, termasuk dalam cakupan definisi tersebut. Dalam lingkup ini juga termasuk ancaman, pemaksaan, atau pembatasan kebebasan yang dilakukan secara melanggar hukum. Undang-undang tersebut memberikan dasar hukum untuk upaya-upaya dalam mencegah, menangani, dan menegakkan hukum dalam kasus-kasus kekerasan terhadap anak dengan tujuan melindungi hak-hak dan kesejahteraan anak-anak.

2.6 Jenis-jenis Kekerasan terhadap Anak:

1. Kekerasan Fisik : Tindakan yang menyebabkan cedera fisik pada anak, misalnya memukul, menendang, atau mengguncang dengan keras.
2. Kekerasan Emosional : Tindakan yang merusak kesehatan mental dan emosional anak, seperti penghinaan, ancaman, atau pengabaian emosional.
3. Kekerasan Seksual : Tindakan yang mengeksplorasi anak secara seksual, termasuk pemerkosaan, pelecehan seksual, atau eksplorasi pornografi.
4. Penelantaran : Kurangnya pemenuhan kebutuhan dasar anak, seperti makanan, pakaian, perawatan medis, pendidikan, dan kasih sayang.¹

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 yang mengubah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, berikut adalah kategori-kategori kekerasan terhadap anak:

1. Kekerasan Fisik:

Ini merujuk pada segala tindakan yang menyebabkan penderitaan fisik pada anak. Contoh: Memukul, menendang, menampar, mencekik, dan lain-lain.

2. Kekerasan Psikis:

Ini mencakup tindakan-tindakan yang menghasilkan penderitaan mental pada anak. Contoh: Mengancam, mempermalukan, mengabaikan, dan lain-lain.

3. Kekerasan Seksual:

Ini merujuk pada tindakan-tindakan yang mengakibatkan penderitaan seksual pada anak. Contoh: Pelecehan seksual, eksploitasi seksual, dan lain-lain.

4. Penelantaran:

Ini mencakup tindakan-tindakan yang menyebabkan penderitaan pada anak karena kelalaian atau tidak memenuhi kebutuhan dasarnya. Contoh: Tidak memenuhi kebutuhan dasar anak seperti kesehatan, pendidikan, dan perawatan.¹⁵

2.7 Dampak dari kekerasan pada anak

1. Dampak Fisik

- a) Anak bisa mengalami cedera fisik seperti luka, memar, atau patah tulang.
- b) Dampak kesehatan jangka panjang seperti cacat atau gangguan pendengaran dan penglihatan.²⁴

2. Dampak Psikologis

- a) Terjadinya trauma psikologis seperti depresi, kecemasan, atau gangguan stres pasca-trauma.
- b) Masalah perilaku seperti agresivitas, perilaku berisiko, atau penyalahgunaan zat.²⁵

3. Dampak Sosial

- a) Kesulitan dalam berinteraksi sosial dan mengembangkan keterampilan sosial.
 - b) Kesulitan dalam penyesuaian diri dan berinteraksi dengan orang lain.¹⁵
4. Dampak Jangka Panjang
- a) Meningkatnya risiko anak menjadi pelaku kekerasan di masa dewasa.
 - b) Kesulitan dalam menjalin hubungan yang sehat di masa dewasa.¹⁵

2.8 Tanda – Tanda Kekerasan Fisik

1. Tanda-tanda Fisik

- a) Kehadiran luka atau cedera pada tubuh anak yang tidak dapat dijelaskan dengan alasan yang masuk akal.
- b) Kemunculan luka memar, luka bakar, atau luka lecet yang sering terjadi.
- c) Cedera tulang atau patah tulang yang tampaknya tidak sesuai dengan aktivitas anak²⁶.

2. Tanda-tanda Psikologis

- a) Perubahan dalam perilaku anak seperti menjadi lebih tertutup atau lebih agresif dari biasanya.
- b) Gejala kecemasan, depresi, atau trauma yang mungkin terlihat pada anak.
- c) Gangguan tidur, masalah makan, atau mimpi buruk yang sering terjadi²⁷

3. Tanda-tanda Sosial dan Emosional

- a) Penarikan diri anak dari interaksi sosial atau situasi tertentu.
- b) Ketidakpercayaan yang berlebihan pada orang lain atau menunjukkan ketakutan yang tidak wajar.

- c) Kesulitan dalam membangun hubungan yang sehat dengan teman sebaya atau orang dewasa.

(Sumber: Child Welfare Information Gateway. (2019). Recognizing Child Abuse and Neglect: Signs and Symptoms)

4. Tanda-tanda Seksual

- a) Kehadiran cedera atau luka pada area genital atau rektum anak.
- b) Perubahan tiba-tiba dalam perilaku seksual anak atau pengetahuan seksual yang tidak sesuai dengan usia anak.
- c) Ketidaknyamanan atau ketidaktertarikan anak untuk membicarakan pengalaman seksual yang mungkin mereka alami.

(Sumber: RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network). (2021). Recognizing the Signs of Child Sexual Abuse)

2.9 Prevalensi Kasus Kekerasan pada Anak

Masalah kekerasan terhadap anak merupakan isu global yang berkaitan erat dengan hak asasi manusia. Menurut data dari Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), dalam empat tahun terakhir, jumlah kasus kekerasan terhadap anak tertinggi tercatat pada tahun 2013 dengan total 1.615 kasus. Jumlah kasus tersebut meningkat dibandingkan dengan tahun 2011 yang mencatatkan 261 kasus, dan tahun 2012 yang mencatatkan 426 kasus. Data untuk tahun 2014 belum tersedia dalam informasi yang diberikan. Dari Januari hingga Agustus, terdapat 622 kasus kekerasan terhadap anak, yang terbagi menjadi kekerasan fisik, psikis, dan seksual. Jumlah kasus kekerasan fisik mencapai lebih dari 94, kekerasan psikis mencapai 12 kasus, dan kekerasan seksual mencapai 459 kasus. Dari data tersebut,

terlihat bahwa jumlah kekerasan terhadap anak cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Komnas Anak juga mencatat peningkatan jumlah kasus kekerasan terhadap anak dari tahun 2010 sebanyak 2.413 kasus menjadi 2.508 kasus pada tahun 2011.² Menurut laporan terbaru dari UNICEF, sekitar satu dari empat anak di seluruh dunia mengalami kekerasan fisik, seksual, atau emosional setiap tahun. Statistik yang mengkhawatirkan ini menunjukkan bahwa kekerasan terhadap anak tetap menjadi masalah serius secara global.²³ Di Indonesia, menurut informasi yang disampaikan oleh Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI), terjadi peningkatan insiden kekerasan terhadap anak dari tahun 2020 ke 2021. Pada tahun 2020, tercatat sebanyak 4.116 kasus kekerasan terhadap anak, sementara jumlahnya meningkat menjadi 4.783 kasus pada tahun 2021.²⁸ Prevalensi kasus kekerasan pada anak dapat bervariasi tergantung pada negara, budaya, dan metodologi penelitian yang digunakan. Namun, data dari berbagai studi menunjukkan bahwa kekerasan terhadap anak merupakan masalah serius yang meluas secara global.

Menurut WHO, sekitar 1 dari 4 anak di seluruh dunia mengalami kekerasan fisik pada masa kanak-kanak mereka. Selain itu, sekitar 1 dari 5 perempuan dan 1 dari 13 laki-laki dilaporkan mengalami kekerasan seksual selama masa kanak-kanak²⁵. Memahami kekerasan pada anak memegang peranan penting dalam menegakkan hak-hak anak dan memastikan kesejahteraan mereka. Kekerasan anak memiliki konsekuensi yang serius baik secara fisik maupun mental. Oleh karena itu, mengenali berbagai bentuk kekerasan yang mungkin dialami anak adalah kunci dalam upaya mencegah, melindungi, dan menangani kasus kekerasan²

Berikut adalah beberapa pemahaman tentang kekerasan pada anak beserta

1. Pengertian dan Jenis-Jenis Kekerasan pada Anak

Kekerasan terhadap anak mencakup segala bentuk penyalahgunaan atau perlakuan buruk, termasuk fisik, emosional, seksual, dan pengabaian. Memahami berbagai jenis kekerasan ini sangat penting sebagai langkah awal dalam pencegahan dan penanganannya.

2. Dampak Kekerasan Terhadap Kesehatan Fisik dan Mental Anak

Anak-anak yang mengalami kekerasan sering menghadapi masalah kesehatan fisik dan mental, termasuk trauma, gangguan kecemasan, depresi, dan gangguan perkembangan. Memahami dampak-dampak ini penting untuk memberikan intervensi yang sesuai.

3. Pentingnya Mengidentifikasi dan Melaporkan Kekerasan pada Anak

Mengenali tanda-tanda kekerasan dan melaporkannya adalah langkah penting untuk melindungi anak-anak. Pelatihan dan kesadaran di kalangan profesional kesehatan, pendidikan, dan masyarakat umum sangat diperlukan.

4. Strategi untuk Mencegah Kekerasan terhadap Anak

Penerapan strategi pencegahan yang efektif, seperti pendidikan tentang pengasuhan positif, dukungan keluarga, dan kebijakan perlindungan anak, dapat membantu mengurangi kejadian kekerasan terhadap anak.

5. Pentingnya Pendidikan dan Kesadaran Publik

Meningkatkan kesadaran publik tentang kekerasan terhadap anak dan memberikan pendidikan mengenai hak-hak anak dapat

membantu menciptakan lingkungan yang lebih aman dan mendukung bagi anak-anak.²

2.10 Penyebab Terjadinya Kekerasan pada Anak

Berikut adalah beberapa penyebab terjadinya kekerasan pada anak:

1. Kondisi Keluarga: Situasi dalam keluarga seperti kemiskinan, konflik keluarga, dan riwayat kekerasan dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Selain itu, kurangnya dukungan emosional dan pengawasan yang memadai juga merupakan faktor penting.²⁹
2. Aspek Ekonomi: Kemiskinan dan ketidakstabilan ekonomi seringkali menjadi pemicu stres bagi orang tua, yang dapat mengarah pada kekerasan terhadap anak. Keterbatasan akses terhadap sumber daya seperti pendidikan dan layanan kesehatan juga memperburuk situasi ini.³⁰
3. Norma Sosial dan Budaya : Nilai-nilai budaya yang menganggap kekerasan sebagai metode disiplin yang dapat diterima, serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang hak-hak anak, dapat memperkuat terjadinya kekerasan. Selain itu, isolasi sosial dan kurangnya dukungan sosial juga berkontribusi.³¹
4. Kesehatan Mental : Masalah kesehatan mental pada orang tua, seperti depresi, kecanduan, dan gangguan kepribadian, dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Anak-anak dengan kebutuhan khusus atau perilaku sulit juga lebih rentan terhadap kekerasan.³²
5. Lingkungan Sekitar : Tinggal di lingkungan yang penuh kekerasan, kejahatan, dan ketidakstabilan sosial dapat

mempengaruhi perilaku orang tua dan anak-anak. Lingkungan yang tidak aman dan penuh tekanan meningkatkan kemungkinan terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.³³

Dengan memahami penyebab-penyebab ini, kita dapat merancang intervensi yang lebih efektif untuk mencegah kekerasan terhadap anak dan memberikan dukungan yang diperlukan bagi keluarga dan komunitas.

Berikut adalah faktor eksternal yang menyebabkan terjadinya kekerasan terhadap anak

1. Faktor Eksternal

- a) Situasi Ekonomi : Kemiskinan dan ketidakstabilan ekonomi sering menimbulkan stres pada orang tua, yang dapat berujung pada kekerasan terhadap anak. Kurangnya akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan juga memperburuk keadaan ini.³⁰
- b) Norma Sosial dan Budaya : Nilai-nilai budaya yang menganggap kekerasan sebagai metode disiplin yang dapat diterima, serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang hak-hak anak, dapat memperkuat terjadinya kekerasan. Isolasi sosial dan kurangnya jaringan dukungan juga turut berperan.
³¹
- c) Kekerasan di Lingkungan:Hidup di lingkungan yang penuh kekerasan, kejahatan, dan ketidakstabilitan sosial dapat mempengaruhi perilaku orang tua dan anak-anak. Lingkungan yang tidak aman dan penuh tekanan meningkatkan kemungkinan kekerasan dalam rumah tangga.³³

d) Kurangnya Akses ke Layanan dan Dukungan : Ketidakmampuan mengakses layanan kesehatan, pendidikan, dan sosial yang memadai dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Kurangnya program intervensi dan dukungan sosial juga memperburuk situasi ini.³⁴

2. Faktor Internal

- a. Kesehatan Mental Orang Tua : Gangguan kesehatan mental pada orang tua, seperti depresi, kecemasan, dan gangguan kepribadian, dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Gangguan mental ini dapat mengurangi kemampuan orang tua untuk mengendalikan emosi dan merespons anak secara positif.³²
- b. Pengalaman Kekerasan di Masa Kecil : Orang tua yang mengalami kekerasan atau pengabaian di masa kecil mereka cenderung melakukan kekerasan terhadap anak-anak mereka. Pola ini seringkali berulang dari satu generasi ke generasi berikutnya.³⁵
- c. Keterampilan Pengasuhan yang Kurang : Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dalam mengasuh anak dapat mendorong orang tua menggunakan kekerasan sebagai metode disiplin. Orang tua yang tidak memahami cara menghadapi perilaku sulit atau situasi stres mungkin cenderung mengambil tindakan yang berlebihan.³⁶
- d. Penyalahgunaan Zat : Konsumsi alkohol dan narkoba oleh orang tua merupakan faktor risiko utama untuk kekerasan terhadap anak. Penyalahgunaan zat-zat ini dapat memengaruhi kontrol emosi orang tua dan membuat mereka bertindak secara tidak bertanggung jawab terhadap anak-anak mereka.³⁷

- e. Hubungan Keluarga yang Buruk : Konflik yang sering terjadi dan komunikasi yang buruk antara anggota keluarga dapat menciptakan stres dan kekerasan terhadap anak. Ketegangan dalam hubungan keluarga menciptakan lingkungan yang tidak stabil bagi anak-anak.³⁸

2.11 Hasil penelitian tentang penyebab kekerasan pada anak

1. Dampak Ekonomi pada Kekerasan terhadap Anak :

Penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi ekonomi yang sulit, seperti kemiskinan, dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Orang tua yang berada di bawah tekanan ekonomi cenderung mengalami stres yang tinggi, yang dapat menyebabkan perilaku kasar terhadap anak-anak mereka.³⁹

2. Pengaruh Kekerasan dalam Rumah Tangga :

Studi menunjukkan bahwa anak-anak yang tumbuh dalam rumah tangga yang penuh kekerasan memiliki risiko lebih tinggi untuk menjadi korban kekerasan. Kekerasan dalam rumah tangga menciptakan lingkungan yang tidak stabil dan berbahaya bagi anak-anak.⁴⁰

3. Pengaruh Kesehatan Mental Orang Tua :

Penelitian mengungkapkan bahwa masalah kesehatan mental pada orang tua, seperti depresi dan gangguan kepribadian, dapat meningkatkan risiko kekerasan terhadap anak. Kondisi mental yang buruk dapat mempengaruhi kemampuan orang tua untuk merespon anak dengan cara yang sehat dan mendukung.³²

4. Norma Sosial dan Budaya :

Penelitian menunjukkan bahwa norma budaya yang menganggap kekerasan sebagai metode disiplin yang dapat diterima dapat memperkuat kejadian kekerasan terhadap anak. Norma ini seringkali menghambat upaya untuk mengubah

perilaku kekerasan dan meningkatkan kesadaran tentang hak-hak anak.³¹

5. Lingkungan dan Komunitas :

Studi menunjukkan bahwa anak-anak yang tinggal di lingkungan dengan tingkat kekerasan yang tinggi lebih mungkin mengalami kekerasan. Lingkungan yang tidak aman, penuh kejahatan, dan ketidakstabilan sosial dapat meningkatkan risiko kekerasan dalam rumah tangga.³³

2.12 Upaya Pencegahan Kekerasan pada Anak

1. Pencegahan Primer :

Pencegahan primer bertujuan untuk menghentikan kekerasan sebelum terjadi dengan mengidentifikasi dan mengurangi faktor risiko yang dapat menyebabkan kekerasan. Tindakan pencegahan ini mencakup :

a) Pendidikan Seksual dan Emosional :

Memberikan pengetahuan seksual dan emosional kepada anak-anak sejak dini bertujuan agar mereka memahami batasan pribadi, mengenali tanda-tanda kekerasan, dan mengembangkan keterampilan untuk melindungi diri.²

b) Promosi Pengasuhan Positif:** Memberikan dukungan kepada orang tua dan membekali mereka dengan keterampilan dalam pengasuhan positif dapat membantu mencegah kekerasan dalam lingkungan keluarga. Program-program seperti pelatihan keterampilan orang tua bertujuan untuk memperkuat hubungan keluarga dan mencegah kekerasan terhadap anak.⁴¹

2. Pencegahan Sekunder :

Pencegahan sekunder bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengatasi kekerasan pada tahap awal untuk mencegah terjadinya kerusakan lebih lanjut. Langkah-langkah pencegahan ini meliputi:

a) Pelatihan Tenaga Kesehatan dan Pendidik :

Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan dan pendidik untuk mengenali tanda-tanda kekerasan pada anak serta memberikan intervensi yang tepat dapat membantu menghentikan kekerasan lebih awal dan memberikan dukungan kepada korban.⁴²

b) Pengembangan Sistem Pelaporan dan Layanan :

Membangun sistem pelaporan yang efektif dan menyediakan layanan konseling, perlindungan, dan rehabilitasi bagi korban kekerasan merupakan langkah penting dalam pencegahan sekunder. Hal ini membantu korban mendapatkan bantuan yang dibutuhkan dan mencegah kekerasan berlanjut.²³

2.13 Penanggulangan Kekerasan pada Anak

1. Penguatan Sistem Perlindungan Anak :

Meningkatkan dan memperkuat sistem perlindungan anak yang efisien merupakan langkah kunci dalam menangani kekerasan. Ini mencakup pembentukan undang-undang yang jelas, pembentukan lembaga penegakan hukum yang andal, dan pemberian layanan dukungan kepada korban.¹⁶

2. Pendidikan dan Kampanye Kesadaran :

Melakukan edukasi dan kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang dampak negatif kekerasan terhadap anak dapat membantu mengubah sikap masyarakat terhadap

kekerasan. Program ini dapat diimplementasikan di sekolah, komunitas, dan media massa.⁴³

3. Peningkatan Akses Terhadap Layanan Kesehatan dan Psikososial :

Meningkatkan akses ke layanan kesehatan dan psikososial bagi korban kekerasan anak adalah langkah penting untuk membantu mereka pulih dari trauma dan mengatasi dampak kekerasan yang mereka alami.⁴⁴

4. Pelatihan Tenaga Kerja Sosial dan Kesehatan Mental :

Memberikan pelatihan kepada tenaga kerja sosial, kesehatan mental, dan profesional kesehatan lainnya dalam mengenali dan menangani kekerasan anak dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam memberikan bantuan yang dibutuhkan.⁴⁰

5. Kolaborasi Antar-Sektor dan Komunitas :

Mendorong kerjasama antara pemerintah, swasta, dan masyarakat dalam menangani kekerasan anak dapat memperkuat upaya penanggulangan dan memberikan dukungan yang lebih luas kepada korban.⁴⁴



Gambar 2.2 Pencegahan Kekerasan
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/3034/pencegahan-kekerasan-pada-anak, (2023)

2.14 Peran Orang Tua dalam Pencegahan Kekerasan pada Anak

1. Menjadi Contoh Perilaku Positif

Orang tua memiliki tanggung jawab penting sebagai model bagi perilaku anak-anak mereka. Dengan menunjukkan perilaku yang positif seperti komunikasi terbuka, empati, dan penyelesaian konflik secara damai, orang tua dapat membentuk lingkungan keluarga yang aman dan mendukung.⁴⁵

2. Menerapkan Pengasuhan Positif

Menggunakan metode pengasuhan yang positif seperti memberikan kasih sayang, mendengarkan dengan empati, dan menetapkan batasan yang jelas dapat membantu membangun hubungan yang kuat antara orang tua dan anak. Ini dapat mengurangi stres dan frustrasi serta mencegah penggunaan kekerasan sebagai bentuk disiplin.

3. Membangun Komunikasi Terbuka

Membuka saluran komunikasi yang jujur dan terbuka antara orang tua dan anak merupakan faktor kunci dalam mencegah kekerasan. Anak yang merasa nyaman untuk berbicara tentang masalah mereka cenderung lebih mungkin mencari bantuan saat mengalami situasi yang tidak aman.⁴⁶

4. Memberikan Pendidikan Seksual dan Kesadaran Awal

Memberikan pendidikan seksual yang sesuai dengan usia dan mendukung anak dalam memahami hak-hak pribadi dan batasan fisik mereka dapat membantu mereka melawan tekanan atau pelecehan yang mungkin terjadi.²

5. Menciptakan Lingkungan yang Aman

Orang tua bertanggung jawab untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi anak-anak mereka, baik di rumah, di sekolah,

atau di tempat umum. Hal ini mencakup menjaga keamanan fisik dan emosional anak serta mengawasi interaksi mereka dengan orang lain.⁴⁰

2.15 Pencegahan Kekerasan di Luar Rumah

1. Meningkatkan Keamanan di Ruang Publik

Langkah untuk meningkatkan keamanan di ruang publik seperti taman, jalan, dan area umum lainnya dapat membantu mengurangi kekerasan jalanan dan serangan terhadap anak-anak. Faktor seperti pencahayaan yang memadai, pengawasan yang efektif, dan keberadaan petugas keamanan dapat menjadi langkah-langkah kunci.⁴⁷

2. Pelatihan bagi Pengasuh dan Penjaga Anak

Memberikan pelatihan kepada pengasuh dan penjaga anak di tempat penitipan anak, pusat bermain, dan tempat umum lainnya di luar rumah dapat membantu mereka mengenali tanda-tanda kekerasan dan mengambil langkah-langkah untuk melindungi anak-anak.⁴⁸

3. Penguatan Sistem Perlindungan Anak di Sekolah dan Tempat Bermain

Memastikan bahwa sekolah, tempat bermain, dan organisasi masyarakat lainnya memiliki kebijakan dan prosedur yang jelas untuk melindungi anak-anak dari kekerasan adalah langkah penting dalam pencegahan. Ini termasuk pelaporan tindakan kekerasan, pelatihan staf, dan pembentukan komite keamanan anak.⁴⁹

4. Pendidikan Kesadaran Masyarakat

Kampanye pendidikan kesadaran masyarakat tentang risiko kekerasan di luar rumah, tanda-tanda peringatan, dan tindakan

yang dapat diambil untuk melindungi anak-anak merupakan strategi efektif dalam pencegahan kekerasan.⁵⁰

5. Pengembangan Empati dan Keterampilan Sosial pada Anak

Mengembangkan rasa empati dan keterampilan sosial pada anak dapat membantu mereka mengenali perilaku berbahaya di luar rumah dan mengambil langkah-langkah untuk melindungi diri sendiri dan orang lain.⁴¹

Berikut adalah parafrase dari cara menangani anak yang sudah mendapatkan kekerasan beserta referensinya:

2.16 Menangani Anak yang Menjadi Korban Kekerasan

1. Melaporkan dan Mendokumentasikan Kasus

Langkah pertama adalah melaporkan kejadian kekerasan kepada pihak berwenang dan mendokumentasikan semua bukti yang ada untuk penyelidikan dan penuntutan.

- a. Segera melaporkan kejadian kepada polisi atau lembaga perlindungan anak.
- b. Mengumpulkan dan menyimpan bukti fisik serta dokumentasi medis.
- c. Mendapatkan nomor laporan sebagai tanda bukti pelaporan.⁵¹

2. Memberikan Perlindungan Darurat

Memberikan perlindungan darurat kepada anak korban kekerasan untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan mereka.

- a. Memindahkan anak ke tempat yang aman seperti rumah aman atau shelter.
- b. Menjauhkan anak dari pelaku kekerasan.

- c. Memberikan pendampingan oleh petugas perlindungan anak.⁵²

3. Memberikan Perawatan Medis

Memberikan perawatan medis segera untuk mengatasi luka fisik dan memastikan kesehatan anak.

- a. Membawa anak ke fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan perawatan medis.
- b. Melakukan pemeriksaan lengkap untuk mengidentifikasi dan mengobati cedera.
- c. Memberikan obat-obatan dan perawatan lanjutan sesuai kebutuhan.²¹

4. Menyediakan Dukungan Psikologis

Memberikan layanan konseling dan dukungan psikologis untuk membantu anak pulih dari trauma kekerasan.

- a. Menghubungi psikolog atau konselor anak untuk penanganan trauma.
- b. Menyediakan sesi konseling individu dan/atau kelompok.
- c. Mengadakan terapi bermain atau kegiatan lain yang membantu anak mengungkapkan emosinya.⁵²

5. Rehabilitasi Sosial

Mengupayakan reintegrasi sosial bagi anak korban kekerasan agar mereka dapat kembali ke lingkungan sosial dengan baik.

- a. Menyediakan program rehabilitasi sosial yang mencakup pendidikan, pelatihan keterampilan, dan dukungan sosial.
- b. Menyediakan lingkungan yang mendukung bagi anak untuk berinteraksi dengan teman sebaya.
- c. Melibatkan keluarga dan komunitas dalam proses rehabilitasi.⁵²

2.17 Hasil Penelitian tentang Upaya Pencegahan Kekerasan pada Anak

1. Efektivitas Program Pendidikan Orang Tua

Studi menunjukkan bahwa program-program pendidikan orang tua yang fokus pada pengembangan keterampilan pengasuhan positif dan penyelesaian konflik tanpa kekerasan dapat efektif mengurangi insiden kekerasan dalam lingkungan keluarga.⁴¹

2. Peranan Pendidikan Sekolah dalam Pencegahan Kekerasan Anak

Penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program-program pendidikan sekolah yang mengajarkan keterampilan penyelesaian konflik, pengelolaan emosi, dan promosi hubungan yang sehat dapat mengurangi kasus kekerasan di lingkungan sekolah.⁵³

3. Dampak Program Komunitas

Penelitian menyoroti bahwa program-program pencegahan kekerasan anak yang melibatkan partisipasi komunitas lokal, termasuk pelatihan untuk tenaga kesehatan, pendidik, dan warga, dapat menghasilkan penurunan signifikan dalam kasus kekerasan terhadap anak.⁵⁴

4. Evaluasi Program Secara Global

Studi global mengenai program-program pencegahan kekerasan anak menunjukkan bahwa pendekatan yang menyeluruh, termasuk intervensi di tingkat individu, keluarga, sekolah, dan komunitas, memberikan hasil yang paling efektif dalam menurunkan angka kekerasan.⁴³

5. Peran Pendidikan Seksual dalam Pencegahan Kekerasan

Studi menekankan pentingnya pendidikan seksual yang komprehensif dalam mencegah kekerasan pada anak, dengan

memberikan pengetahuan tentang hak-hak pribadi, batasan fisik, dan kemampuan untuk mengenali situasi yang tidak aman.⁵⁵

Temuan dari penelitian-penelitian ini menegaskan beragam strategi dan program yang terbukti efektif dalam mengatasi masalah kekerasan pada anak di berbagai tingkat, mulai dari individu hingga tingkat komunitas.

2.18 Tindakan Perlindungan Anak terhadap Kekerasan

1. Pembentukan Kebijakan Perlindungan Anak

Diperlukan pembuatan kebijakan yang jelas dan kuat oleh pemerintah dan lembaga terkait untuk melindungi anak-anak dari kekerasan. Kebijakan ini harus mencakup prosedur standar untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani kasus kekerasan anak.

2. Pelatihan bagi Tenaga Profesional yang Berinteraksi dengan Anak

Profesional yang berhubungan dengan anak-anak, seperti tenaga kesehatan, pendidik, dan pekerja sosial, perlu mendapatkan pelatihan komprehensif tentang identifikasi, penanganan, dan pelaporan kekerasan anak. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa kekerasan dapat terdeteksi dan ditangani dengan tepat.⁵⁶

3. Pengembangan Layanan Dukungan dan Rehabilitasi

Membangun layanan dukungan psikologis, konseling, dan rehabilitasi untuk korban kekerasan anak penting untuk meningkatkan kesejahteraan dan pemulihan mereka. Ini dapat mencakup akses ke layanan medis, hukum, dan pendidikan yang sesuai.⁵⁷

4. Pendidikan Kesadaran Masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kekerasan anak dan dampaknya dapat mendukung upaya pencegahan dan

perlindungan. Program pendidikan masyarakat dan kampanye penyuluhan adalah cara yang efektif untuk menyebarkan informasi dan mengubah sikap.²

5. Penguatan Sistem Pengawasan dan Pelaporan

Membangun sistem pengawasan yang efisien untuk memantau dan melaporkan kasus kekerasan anak adalah langkah krusial dalam menjaga akuntabilitas dan responsif terhadap kekerasan. Ini melibatkan pembentukan mekanisme pelaporan yang efektif dan penegakan hukum yang adil.²³

Melalui langkah-langkah ini, masyarakat dapat meningkatkan perlindungan anak dan memastikan bahwa anak-anak dilindungi dari segala bentuk kekerasan.

Tindakan Hukum untuk Mencegah Kekerasan pada Anak

1. Pengesahan Undang-Undang Perlindungan Anak

Diperlukan langkah pengesahan undang-undang yang mengatur perlindungan anak dan menetapkan sanksi yang keras bagi pelaku kekerasan terhadap mereka. Undang-undang ini harus mencakup definisi yang luas tentang kekerasan anak dan prosedur hukum yang jelas untuk menangani kasus kekerasan.⁵⁸

2. Penegakan Hukum yang Ketat

Sistem peradilan perlu menegakkan hukum secara tegas terhadap pelaku kekerasan anak, termasuk penyelidikan menyeluruh, penuntutan yang adil, dan penerapan hukuman sesuai tingkat keparahan pelanggaran.⁵⁹

3. Pelarangan Hukuman Fisik terhadap Anak

Penerapan undang-undang yang secara jelas melarang penggunaan hukuman fisik pada anak bertujuan untuk melindungi mereka dari perlakuan kasar dan penghinaan.⁶⁰

4. Pemberlakuan Larangan Perdagangan Anak dan Eksplorasi Seksual

Perkuat larangan perdagangan anak dan eksplorasi seksual serta berlakunya sanksi yang berat bagi pelaku kejahatan ini bertujuan untuk melindungi anak-anak dari eksplorasi dan kekerasan seksual.⁶¹

5. Pendidikan Hukum dan Kesadaran Masyarakat

Pemberian pendidikan hukum kepada masyarakat tentang hak-hak anak dan konsekuensi hukum dari kekerasan terhadap mereka bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan mengubah sikap terhadap perlakuan kasar terhadap anak.⁶²

Undang-undang dan regulasi terkait perlindungan anak sangat penting untuk memastikan keamanan dan kesejahteraan mereka, serta melindungi hak-hak mereka.

1. Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak:

Undang-undang ini mengatur perlindungan anak secara komprehensif, termasuk hak-hak anak, perlindungan dari kekerasan, pelecehan seksual, eksplorasi, serta sistem peradilan anak.⁵²

2. Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak:

Undang-undang ini juga mengatur perlindungan anak di Indonesia, termasuk pengaturan tentang tanggung jawab pemerintah, lembaga perlindungan anak, dan upaya untuk mencegah dan menangani kekerasan anak.⁵¹

Menurut kaca mata hukum, antara lain Undang-Undang Perlindungan Anak (Undang-Undang No 23 /2002), batasan usia anak adalah maksimum 18 tahun atau belum pernah kawin. Artinya, seseorang yang berusia di bawah/sama dengan 18 tahun akan tetapi sudah kawin/sudah pernah kawin tidak lagi

digolongkan sebagai anak. Hukum tidak mengenal katagori usia remaja. Hukum hanya mengenal katagori anak dan dewasa. Jadi, pengertian remaja dalam psikologi termasuk katagori anak dalam kacamata hukum.

Undang-Undang No.1 tahun 1974 (Undang-Undang Perkawinan) juga tidak memberikan pembatasan yang jelas tentang usia anak. Undang-Undang Perkawinan hanya menyebutkan batas usia kawin, yaitu 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki-laki. Jika batas usia kawin itu yang dijadikan patokan sebagai batas usia anak, maka berarti ukuran usia anak berbeda antara laki-laki dan perempuan.

Undang-Undang Pokok Perburuhan No.12 Tahun 1948 dalam pasal 1 (1) mendefinisikan anak adalah orang laki-laki atau perempuan berumur 14 tahun ke bawah.

Undang -Undang No.3/1997 tentang Pengadilan Anak menyebutkan anak adalah orang yang dalam perkara anak nakal adalah yang telah mencapai umur 8 tahun tetapi belum mencapai umur 18 tahun dan belum pernah kawin. Artinya undang-undang ini membatasi usia anak antara 8 tahun sampai 18 tahun.

Menurut Konvensi Hak-hak Anak (Convention on the Right of Children) dalam Bagian I pasal 1 disebutkan bahwa: "Yang dimaksud anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 tahun. Berdasarkan pasal ini dapat diartikan kalau manusia berusia 18 tahun tidak tergolong anak.

Dalam beberapa penelitian tentang anak yang dilakukan oleh para peneliti, khususnya yang meneliti masalah tenaga kerja anak, ternyata para peneliti memakai rentangan usia anak itu juga tidak seragam, ada yang memakai rentangan usia 7-14 tahun, 10- 14 tahun, ada juga 10-15 tahun.

Dengan beragamnya kriteria usia anak sebagaimana telah dikemukakan di atas, maka dalam penelitian ini yang akan dipakai adalah usia maksimal 18 tahun dan belum pernah kawin sesuai dengan batas usia menurut Undang-Undang Perlindungan Anak (UU No. 23/2002).

Pasal 44 ayat (1)

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kesehatan yang komprehensif bagi anak, agar setiap anak memperoleh derajat kesehatan yang optimal sejak dalam kandungan.

Pasal 44 ayat (2)

Penyediaan fasilitas dan penyelenggaraan upaya kesehatan secara komprehensif sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) didukung oleh peran serta masyarakat.

Pasal 44 ayat (3)

Upaya kesehatan yang komprehensif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik untuk pelayanan kesehatan dasar maupun rujukan

3. Undang-Undang No. 11 Tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak: Undang-undang ini mengatur sistem peradilan pidana khusus untuk anak yang melindungi hak-hak anak dalam proses hukum, menetapkan sanksi khusus, dan memastikan rehabilitasi dan reintegrasi anak yang terlibat dalam tindak pidana.⁶³
4. Peraturan Pemerintah No. 17 Tahun 2018 tentang Pelaksanaan Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak: Peraturan ini merupakan pengaturan lebih lanjut mengenai implementasi Undang-Undang Perlindungan Anak, termasuk

mengenai lembaga perlindungan anak, pengaduan, dan upaya pemulihan korban.⁶⁴

5. Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 9 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak: Peraturan ini mengatur standar pelayanan minimal untuk pusat pelayanan terpadu yang memberikan layanan konseling, rehabilitasi, dan perlindungan bagi perempuan dan anak yang menjadi korban kekerasan.⁶⁵

2.19 Dasar Hukum Penanganan Kekerasan terhadap Anak

Rujukan kasus kekerasan pada anak merupakan bagian dari upaya kesehatan dalam penanganan masalah kekerasan terhadap anak, yang pada hakekatnya adalah upaya pemenuhan hak anak terhadap kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak yang terbebas dari segala bentuk kekerasan dan diskriminasi. Landasan hukum yang berhubungan dengan upaya tersebut antara lain:

1. Undang-Undang No. 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak.⁶⁶
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.⁶⁷

Pasal 4

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Pasal 9

Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 17 ayat (1)

Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

3. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

Pasal 62 16 Setiap anak berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial secara layak, sesuai dengan kebutuhan fisik dan mental spiritualnya.⁶⁸

4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Mengatur tentang tindak pidana dan hukuman bagi pelaku kejahatan, termasuk terhadap anak.⁶⁹
5. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 tahun 2002 tentang rencana aksi nasional penghapusan bentuk-bentuk pekerjaan terburuk untuk anak⁷⁰
6. Instruksi Presiden Nomor 5 Tahun 2014 tentang Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual terhadap Anak (GN-AKSA) : Bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan tindakan preventif terhadap kejahatan seksual terhadap anak.²¹

2.20 Kesimpulan

Dapat disimpulkan bahwa banyak orang tua yang kurang memahami akan arti kekerasan tersebut,mungkin awalnya bertujuan agar anak itu bisa disiplin dan patuh terhadap mereka. akan tetapi mereka banyak salah ambil sikap sehingga banyak orang tua yang menganggap bahwa cara yang diberikan tidak berdampak apa-apa, padahal itu sangat berpengaruh bagi perkembangan anak. Jadi sangatlah berpengaruh bagi anak ,jika semua sikap yang diberikan terhadap anak selalu berupa kekerasan yang terus menerus. Maka perlu adanya upaya pencegahan ini memerlukan pendekatan holistik yang melibatkan berbagai pihak, termasuk pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, dan individu. Langkah-langkah yang efektif termasuk edukasi dan kesadaran tentang hak anak, pembentukan kebijakan yang kuat, penegakan hukum yang tegas terhadap pelaku kekerasan, pemberdayaan anak, dukungan keluarga yang positif, akses

terhadap layanan dukungan, pengawasan media, dan kemitraan komunitas. Dengan adanya kerja sama dan upaya bersama dari berbagai pihak, diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi anak-anak, serta mengurangi insiden kekerasan terhadap mereka.

2.21 DAFTAR PUSTAKA

1. UNICEF. Child protection from violence, exploitation and abuse thematic report. *The United Nations Children's Fund*. 2011;1(2000):8-9.
2. World Health Organization. Ending violence against children is priority. *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Published online 2016:10-20.
3. Nation A, Pacella R, Monks C, Mathews B, Meinck F. Prevalence of violence against children in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2023;146(October):106518. doi:10.1016/j.chabu.2023.106518
4. Andini TM. Identifikasi Kejadian Kekerasan Pada Anak Di Kota Malang. *Jurnal Perempuan dan Anak*. 2019;2(1):13. doi:10.22219/jpa.v2i1.5636
5. Rissa Indrasty,Darajat Wibawa & R. Gender dalam Kasus Kekerasan terhadap Perempuan di Media Online. *Jurnal Komunikasi Jurnalistik*. 2018;3:90-112.

6. Purwanti A, Zalianti M. Strategi Penyelesaian Tindak Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan Dan Anak Melalui Ruu Kekerasan Seksual. *Masalah-Masalah Hukum*. 2018;47(2):138. doi:10.14710/mmh.47.2.2018.138-148
7. Van Berlo W, Ploem R. Sexual violence Knowledge file. *Rutgers*. 2018;(October).
8. Sururin. Kekerasan Pada Anak (Perspektif Psikologi). *Institutional Repository UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*. Published online 2016:3.
9. Barry M, Pearce J. Preventing sexual violence: *Preventing violence against women and girls*. Published online 2017:163-180. doi:10.2307/j.ctt1t88x7x.15
10. M. JM. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused, WHO Clinical Guidelines*. Vol 2018.; 2018. doi:10.1016/s1773-035x(18)30043-1
11. Use D, Consequences H. *Drug Use and Health Consequences*; 2020. doi:10.18356/025e247e-en
12. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. *World Health Organization*. 2014;WHO/RHR/14:1-88. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.26>
13. Tamburlini G. *Nurturing Care for Early Child Development*. Vol 37.; 2018.
14. MacPherson S. The Convention on the Rights of the Child. *Social Policy & Administration*. 1989;23(1):99-101. doi:10.1111/j.1467-9515.1989.tb00500.x
15. Peraturan Pemerintah RI. *Undang - Undang Perlindungan Anak*. (2014).
16. World Health Organization. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): early childhood development. *World Health Organization*. 2019;(03 de mar de 2023):1-9.
17. Soetjiningsih, Gde Ranuh IN. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC; 2013.
18. Assembly G, Parties TS, Nations U, et al. Convention on the Rights of the Child. *Concluding Observations of the UN Committee on the Rights of the Child*. 2023;(November 1989):559-583. doi:10.1163/9789004482456_090
19. Chamidah AN. Pentingnya Stimulasi Dini Bagi Tumbuh Kembang Otak Anak. *Tumbuh Kembang dan Kesehatan Anak*. Published

- online 2009:1-7.
20. Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA, et al. Adult consequences of growth failure in early childhood. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2013;98(5):1170-1178. doi:10.3945/ajcn.113.064584
21. Sugawara E, Nikaido H. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析 Title. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2014;58(12):7250-7257.
22. UNICEF. Situasi Anak di Indonesia - Tren, peluang, dan Tantangan dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. *Unicef Indonesia*. Published online 2020:8-38.
23. World Health O. *Global Status Report on Preventing Violence against Children 2020.*; 2020.
24. Expert I, Secretary-general UN. *WORLD REPORT ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN WORLD REPORT ON*.
25. Kemensos RI & UNICEF. Pencegahan Kekerasan, Penelantaran, dan Eksploitasi Terhadap Anak Penguatan Kapabilitas Anak dan Keluarga. *Kementerian Sosial Republik Indonesia*. 2020;1(1):7.
26. Griffiths LJ, Johnson RD, Broadhurst K, et al. Maternal health, pregnancy and birth outcomes for women involved in care proceedings in Wales: a linked data study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12884-020-03370-4
27. Lachman JM, Juhari R, Stuer F, et al. "Before I was like a Tarzan. But now, I take a pause": mixed methods feasibility study of the Naungan Kasih parenting program to prevent violence against children in Malaysia. *BMC Public Health*. 2023;23(1). doi:10.1186/s12889-023-15065-4
28. Humas KPAI. KPAI bersama HIMPSI Sepakati Sinergitas dalam Perlindungan Anak melalui Pendekatan Psikologi. In: ; 2024.
29. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:409-438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
30. Figueiró A. 濟無 No Title No Title No Title. *Biogeografia*. 1967;(September):5-24.
31. Lansford JE, Dodge KA. Societal Rates of Endorsement and Use of Violence. 2009;8(3):1-11. doi:10.1080/15295190802204843.Cultural
32. Stith SM, Liu T, Davies LC, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009;14(1):13-29.

- doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
33. Ho SY, Bodoff D, T He E. Effects of. 2014;38(2):497-520. doi:10.1002/fut
34. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse and Neglect*. 2005;29(2):107-133. doi:10.1016/j.chabu.2004.02.006
35. Spatz Widom C. The Cycle of Violence model. *Science*. 1989;244:160-165.
36. Karraker KH, Coleman PK. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*. 1998;18(1):47-85.
37. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1992;16(4):475-483. doi:10.1016/0145-2134(92)90064-X
38. Holden GW, Ritchie KL. Linking Extreme Marital Discord, Child Rearing, and Child Behavior Problems: Evidence from Battered Women. *Child Development*. 1991;62(2):311. doi:10.2307/1131005
39. Berger LM, Waldfogel J. Economic determinants and consequences of child maltreatment. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*. 2011;(No. 111):1-31.
40. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth an update. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(7):614-621. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.42
41. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2007;48(3-4):355-391. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x
42. Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & behavior*. 2017;176(5):139-148. doi:10.1016/j.acap.2012.03.005.The
43. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016;50(5):652-659. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.007
44. Children's Bureau. Child Maltreatment 2018. *Child Welfare Information Gateway*. Published online 2020:39.
45. Mhatre V, Ho, Ji-Ann Lee and KCM, Craik C. 基因的改变 NIH

- Public Access. *Bone*. 2012;23(1):1-7. doi:10.1007/s10896-012-9474-9. Developmental
46. Nicole Jung-Eun Kim Elizabeth Torrese, R. M., Bud Nicola, and Catherine Karr. VBV, Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & behavior*. 2017;176:139-148.
47. van der Put CE, Assink M, Boekhout van Solinge NF. Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse and Neglect*. 2017;73(September):71-88. doi:10.1016/j.chab.2017.09.016
48. Kohl PL, Jonson-reid M, Drake B. Findings From A National Probability Study " S. Health (San Francisco). Published online 2009:17-26.
49. Nuzulia A. 濟無No Title No Title No Title. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Published online 1967:5-24.
50. WHO. *Child Maltreatment*. (2022).
51. Llanaj E, Vincze F, Kósa Z, Sándor J, Diószegi J, Ádány R. Dietary profile and nutritional status of the roma population living in segregated colonies in Northeast Hungary. *Nutrients*. 2020;12(9):1-21. doi:10.3390/nu12092836
52. Maulia TYA, Saptatiningsih RI. Implementasi Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak. *Jurnal Kewarganegaraan*. 2020;4(1):10-16. doi:10.31316/jk.v4i1.877
53. Nation M, Crusto C, Wandersman A, et al. What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*. 2003;58(6-7):449-456. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449
54. Mendelson T, Turner AK, Tandon SD. Social Class As Moderator of the Relationship Between (Dis)Empowering Processes and Psychological Empowerment. *Journal of Community Psychology*. 2010;38(5):607-621. doi:10.1002/jcop
55. Tharp AT, DeGue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. Vol 14.; 2013. doi:10.1177/1524838012470031
56. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*. 2008;372(9642):1001-1007. doi:10.1016/S0140-6736(08)61409-9
57. bidin A. Опыт аудита обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации по разделу «Эпидемиологическая безопасностьNo Title. *Вестник*

- Росздравнадзора. 2017;4(1):9-15.
58. UNICEF. *Child Protection*. (2019).
59. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;52:58-66. doi:10.1016/j.jsat.2014.12.004
60. Fletcher J. Positive parenting, not physical punishment. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(12):1339. doi:10.1503/cmaj.121070
61. Haughton SA. *Global Report on Trafficking in Persons*; 2023. doi:10.1007/978-3-319-74319-6_221
62. WHO. World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021. *World Health Organization Licence: CC BY-NC-SA 30 IGO*. Published online 2022. הנווט עילון. מצב תמונה: הקיום ענף. 2012;66(1):37-39.
63. Grainne Walshe. No Title. 2012;66(1):37-39.
64. Lembaran T, Republik N. 2014 244,. Published online 2018.
65. 2020 PSN 4, Kemenppa. Jdih kemenppa. Published online 2019;1-65.
66. 2002 URN 28 T. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak Dengan. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 1985*. 2004;(1):1-5.
67. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. *Sekretaris Negara Republik Indonesia*. 1992;3(1):1-53.
68. Frug GE, Time F, Hm Y, et al. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析 Title. *Material Safety Data Sheet*. 1999;33(1):1-12.
69. Presiden Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. *Direktorat Utama Pembinaan dan Pengembangan Hukum Pemeriksaan Keuangan Negara Badan Pemeriksa Keuangan*. 2023;(16100):1-345.
70. UU RI No 29 Pasal 47. Presiden Republik Indonesia Peraturan Presiden Republik Indonesia. *Demographic Research*.

- 2004;(1):4-7.
71. Remaja PK. *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (Ppam) Kesehatan Reproduksi Remaja Kementerian Kesehatan Tahun 2017.*; 2017.
72. BKKBN. *Panduan Pelaksanaan Proyek Prioritas Nasional Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja Melalui Penguatan Peran PIK Remaja Dan BKR Tahun Anggaran 2022.*; 2022.
73. Casey BJ, Duhoux S, Cohen MM. Adolescence: What Do Transmission, Transition, and Translation Have to Do with it? *Neuron*. 2010;67(5):749-760. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.033
74. Bappenas. Laporan Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. 2023. 2023;01:221.
75. Badan Pusat Statistik. Mortalitas di Indonesia Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Published online 2020:78. <https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/public/pdf/mortalitas-di-indonesia-hasil-long-form-sensus-penduduk-2020.pdf>
76. Kesehatan, Kementerian R. *Modul Kesehatan Reproduksi Luar Sekolah.*; 2021.
77. Kesehatan, Kementerian R. *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Buku Ajar.*; 2014.
78. Lestyoningsih IH. Implementasi Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah Pada Remaja Putri Di Indonesia Tahun 2018. *Jurnal Berkala Kesehatan*. 2018;4(2):47. doi:10.20527/jbk.v4i2.5659
79. Bappenas, UNICEF, UNFPA, Global Affairs Canada. BERANI Empowering Lives. Published online 2023:30. <https://www.unicef.org/indonesia/media/18791/file/BERANI Booklet - BERANI Empowering Lives.pdf>
80. Statement P. IFMSA Policy Document Comprehensive Sexuality Education. Published online 2019.
81. Pejabat T, Umum R, Umum M. Dokumen Kebijakan IFMSA Pendidikan Seksualitas Komprehensif. Published online 2019.
82. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International Technical Guidance on Sexuality Education.*;2018. <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>
83. Maryam S. Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya. *JURKAM: Jurnal Konseling Andi Matappa*. 2017;1(2):101.

doi:10.31100/jurkam.v1i2.12

84. Yudistira C, Jenderal U, Yani A. *Modul Pendidikan Seks Pada Remaja.*;2022. <https://www.researchgate.net/publication/366633688>

BAB 3

PENERAPAN PROGRAM *UNDERWEAR RULES* SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK

(Studi Analitik)

Nurmukaromatis Saleha

Hasil proyeksi penduduk Indonesia oleh Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2018 menyebutkan bahwa 30,1% (79,55 juta jiwa) populasi penduduk adalah anak-anak berusia 0-17 tahun yaitu sebanyak 39,1 juta jiwa anak perempuan dan 40,4 juta jiwa anak laki-laki. Hal tersebut dapat diartikan bahwa satu diantara 3 penduduk Indonesia adalah anak-anak. Perlindungan hak-hak terhadap anak diperlukan agar anak tumbuh kembang secara optimal. Anak-anak yang terpenuhi haknya dengan baik akan tumbuh menjadi anak yang berperilaku baik, disiplin dan bertanggung jawab¹. Anak dengan perilaku yang demikian merupakan aset bangsa generasi penerus yang sangat diharapkan di masa depan. Namun tingginya kasus kekerasan seksual yang terjadi menjadi ancaman bagi tumbuh kembang anak Indonesia.

Mengingat pentingnya perlindungan terhadap anak maka pemerintah Indonesia menjadikannya sebagai salah satu target capaian

dalam program *Sustainable Developments Goals* (SDG's) 2030. Pembangunan Anak Indonesia merupakan salah satu target capaian SDG's 2030. Target yang ingin dicapai diantaranya adalah penghapusan kemiskinan pada anak; tidak ada lagi anak-anak yang kekurangan gizi dan meninggal karena penyakit yang bisa diobati; menciptakan lingkungan yang ramah terhadap anak; memenuhi kebutuhan terhadap anak khususnya pendidikan di usia dini serta target lainnya. Hak-hak anak yang perlu diperhatikan tersebut adalah baik di bidang pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan dasar. Salah satu masalah yang dapat menjadi penghambat bagi pencapaian target tersebut adalah tingginya angka kekerasan seksual terhadap anak ¹. Salah satu cara pencapaian target *Sustainable Development Goal's* (SDG's) yaitu menciptakan lingkungan yang ramah bagi anak.

Kekerasan seksual terhadap anak menunjukkan bahwasanya lingkungan ramah anak belum tercipta dengan baik. Kekerasan seksual terhadap anak dapat dikategorikan sebagai tindak kejahatan kesusilaan. Dalam siaran pers Nomor: B- 187/Set/Rokum/MP 01/08/2020 staf khusus kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak menyebutkan bahwa kekerasan seksual di Indonesia sudah pada tahap membahayakan. Bukan hanya membahayakan korban tapi juga membahayakan kehidupan sosial. Kekerasan seksual juga merupakan salah satu penyebab kenakalan anak/remaja. Guru Besar Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada (UGM), Edward OS Hiariej tahun 2020 menyebutkan bahwa "Kekerasan seksual bukanlah bentuk kejahatan luarbiasa seperti genosida, tapi merupakan bentuk kejahatan serius atau *graviora delicta*. Maraknya kekerasan seksual mendorong diperlukannya tindakan segera/utama (*premier remedium*) untuk mencegah kekerasan seksual dengan menghukum dan memulihkan, bukan *ultimum remedium* yang menerapkan sanksi pidana seperti kejahatan pidana umum" ².

Fenomena kejahatan seksual terhadap anak baik yang diungkap di media massa baik secara nasional maupun lokal dapat dikatakan ibarat fenomena gunung es. Kemungkinan jumlah kasus yang tidak terungkap lebih banyak.

3.1 Seksualitas Manusia

Makna seks dan seksualitas sering dianggap sama padahal sesungguhnya memiliki perbedaan. Seks mengacu pada perbedaan jenis kelamin yang ditinjau dari aspek fisik dan biologis terkait organ reproduksi. Sementara seksualitas merupakan fenomena kompleks dan konsep multidisiplin termasuk membahas karakteristik dan aktivitas seseorang dan ketertarikannya terhadap suatu objek. Ekspresi seksualitas tidak terbatas pada hubungan sexual semata (*sexual intercourse*) melainkan dengan berbagai cara (*non sexual intercourse*) misalnya memberikan cinta kasih sayang, memberikan perhatian, menjalin kedekatan emosi dan kontak fisik seperti mencium, berpelukan atau memberi sentuhan. Identitas seksual dan pola reproduksi individu merupakan komponen seksualitas. Komponen tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu fisik, biologis, psikologis, sosial, budaya, etika, spiritual dan moral yang berlaku di suatu masyarakat. Kesehatan seksualitas terkait dengan kesehatan reproduksi memengaruhi kualitas kesehatan secara umum dan kualitas hidup seseorang³.

3.2 Kekerasan Seksual terhadap Anak

Definisi kekerasan seksual terhadap anak oleh *CASAT Programme, Child Development Institute; Boy Scouts of America* dan Komnas Perlindungan Anak adalah sebagai segala bentuk pemanfaatan pelaku untuk kesenangan atau aktivitas seksualnya yang melibatkan anak pada aktivitas seksual sebelum anak mencapai usia yang ditetapkan oleh hukum negara. Pelaku merupakan orang dewasa atau anak lain yang

usianya lebih tua atau orang yang dianggap memiliki pengetahuan lebih dari korban. Pelaku kekerasan seksual terhadap anak (pedofilia ataupun oportunitis) mungkin dekat dengan anak, yang dapat berasal dari berbagai kalangan. Pedofilia tidak memiliki kemampuan melakukan hubungan seksual dengan orang dewasa sementara oportunitis adalah orang dewasa yang mampu melakukan hubungan seksual dengan orang dewasa lainnya, bahkan menikah dan memiliki anak namun memilih untuk mengeksploitasi seksualnya terhadap anak ketika ada kesempatan ⁴. Mereka cenderung memodifikasi target yang beragam, dan siapa pun bisa menjadi target kekerasan seksual, bahkan anak ataupun saudaranya sendiri. Kekerasan seksual (*sexual abuse*) merupakan jenis penganiayaan. Berdasarkan identitas pelaku penganiayaan ini dibagi dalam dua kategori yaitu *familial abuse* dan *extra familial abuse*. Kekerasan seksual terhadap anak meliputi tindakan menyentuh atau mencium organ seksual anak, tindakan seksual atau pemeriksaan terhadap anak, memperlihatkan media/benda porno, menunjukkan alat kelamin pada anak, sodomi, pencabulan serta incest dan sebagainya. Undang-Undang Perlindungan Anak memberi batasan bahwa yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih dalam kandungan ⁵.

Berbagai faktor yang dapat memengaruhi mengapa anak rentan menjadi korban kekerasan termasuk kekerasan seksual. Anak memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi dengan orang-orang dewasa di sekitarnya dan ketidakberdayaan anak dalam melindungi dirinya sendiri dari ancaman kejahatan. Semua kalangan harus diwaspadai sebagai pelaku kekerasan karena pelaku kekerasan tidak hanya dari orang asing tapi juga bisa dari orang yang dikenal atau keluarga. Sifat ketergantungan dengan orang dewasa membuat anak menjadi lemah dan berada dalam penguasaan pelaku terutama pelaku yang berasal dari keluarga. Anak-

anak mengalami kebingungan dan enggan mengadu. Kemampuan pelaku menguasai korban, baik dengan tipu daya maupun ancaman dan kekerasan, menyebabkan kejahatan ini sulit dihindari. Begitupula dengan faktor sosial ekonomi, Pendidikan yang rendah, pola asuh dan kemajuan teknologi . Lemahnya regulasi terhadap pornografi dan pornoaksi serta pendidikan seksual yang kurang memadai ⁴.

Kejadian yang terjadi disetiap tahap tumbuh kembang kehidupan manusia akan memengaruhi tumbuh kembang pada tahap selanjutnya. Pelecehan seksual pada usia kanak-kanak dapat melukai fisik maupun psikis anak. Korban akan memiliki pengalaman traumatis yang memengaruhi di kehidupan selanjutnya. Dampak trauma akibat kekerasan seksual yang dialami oleh anak-anak, antara lain: pengkhianatan atau hilangnya kepercayaan anak terhadap orang dewasa (*betrayal*), trauma secara seksual (*traumatic sexualization*), merasa tidak berdaya (*powerlessness*), dan stigma (*stigmatization*). Secara fisik memang mungkin tidak banyak yang harus dipermasalahkan pada anak korban kekerasan seksual tapi secara psikis bisa menimbulkan ketagihan, trauma, bahkan pelampiasan dendam ⁵.

Maraknya kejadian kekerasan seksual terhadap anak baik secara global, nasional maupun lokal menunjukkan kasus ini membutuhkan perhatian serius oleh seluruh lapisan masyarakat. kekerasan seksual terhadap anak dapat menimbulkan dampak sosial yang luas di masyarakat. Penanganan dan penyembuhan trauma psikis akibat kekerasan seksual haruslah mendapat perhatian besar dari semua pihak yang terkait, seperti keluarga, masyarakat maupun negara. Dengan demikian didalam memberikan perlindungan terhadap anak perlu adanya pendekatan sistem, yang meliputi sistem kesejahteraan sosial bagi anak-anak dan keluarga, sistem peradilan yang sesuai

dengan standar internasional, dan mekanisme untuk mendorong perilaku yang tepat dalam masyarakat

Negara memberikan layanan bantuan dan rehabilitasi kepada korban kejahatan termasuk anak korban eksplorasi seksual. Hal tersebut diatur dalam Undang-Undang No 13 tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban yang disempurnakan melalui Undang-Undang No 31 tahun 2014. Layanan berupa bantuan medis psikologis dan rehabilitasi psikososial serta restitusi dimana korban dapat menuntut ganti rugi kepada pelaku melalui proses peradilan. Saat ini kita telah memiliki Undang-Undang Tindak Pidana Kekerasan Seksual yaitu UU no 12 tahun 2022. Semoga dengan UU tersebut menjadi pencerahan bagi penyelesaian permasalahan kekerasan seksual di negeri kita.

3.3 Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual terhadap Anak (GN AKSA)

Gerakan Nasional Anti Kejahatan Seksual terhadap Anak (GN AKSA) merupakan sebuah program yang dibentuk oleh pemerintah untuk menaggulangi kasus kekerasan seksual terhadap anak. GN AKSA dibentuk berdasarkan Instruksi Presiden (Inpres) no 5 tahun 2014 oleh Presiden Republik Indonesia Susilo Bambang Yudhoyono pada tannggal 11 Juni 2014 ⁶. Inpres tersebut mengamanatkan kepada para Menteri, Jaksa Agung, Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia, para Kepala Lembaga Pemerintahan Non Kementerian, para Gubernur dan para Bupati /walikota untuk mengambil Langkah-langkah pencegahan dan pemberantasan kejahatan seksual terhadap anak, sesuai tugas fungsi dan kewenangannya. Langkah-langkah tersebut dengan melibatkan semua unsur masyarakat dan dunia usaha.

Khusus kepada Menteri Kesehatan diinstruksikan untuk melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi kepada anak,

masyarakat, dan pemangku kepentingan tentang kesehatan reproduksi, dampak kejahatan seksual terhadap tumbuh kembang anak, pemberdayaan anak, dan melakukan upaya pencegahan lainnya. Sementara itu Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Bersama Unicef membuat video sosialisasi anti kejahatan seksual terhadap anak. Dua video yang dibuat oleh GN AKSA yang dapat dijadikan oleh orang tua ataupun pendidik cara berkomunikasi dan mengajarkan melindungi diri dari kejahatan seksual. Video yang menceritakan kisah anak bernama Geni (versi video anak perempuan) dan Aksa (versi video anak laki-laki) dalam menghadapi situasi yang mengancam keamanan mereka. Kedua video tersebut membawa pesan *Personal Safety Skill*.

3.4 Program Underwear Rules

GN AKSA mempunyai strategi *Underwear Rules* sebagai upaya promotif dan preventif yang dapat diterapkan oleh orang tua kepada anaknya. Strategi ini diadopsi dari Organisasi Perlindungan Anak Dewan Uni Eropa (Wahyuni, 2014). *Underwear Rules* dapat dijadikan sebagai panduan bagi orang tua dan guru untuk mendiskusikan atau mengkomunikasikan pendidikan seksual kepada anak. Strategi *underwear rules* memiliki lima prinsip penting yang dikenal dengan PANTS; *Private are Private, Always remember your body as belongs to you, No means No, Talk about secret that upset you, speak up, someone can help*⁷.

Personal Safety Skill merupakan suatu bentuk pendidikan kepada anak yang mengajarkan cara untuk melindungi diri dari ancaman kejahatan atau situasi yang membahayakan. Pendidikan ini dapat meningkatkan kemampuan anak untuk melindungi diri mereka sendiri dengan demikian dapat mengurangi risiko menjadi korban. Delapan konsep *Personal Safety Skill* terkait Pendidikan seksual pada

anak sebagai upaya preventif yang ditulis oleh Garvis dan Pandergast tahun 2014 yaitu 1) *Body Ownership*; anak diajarkan bahwa mereka punya hak otonomi terhadap tubuh mereka, mereka berhak mengontrol atas bagian-bagian tubuh mereka untuk dapat disentuh, dilihat ataupun diambil foto. 2) *Touch*; anak diberi tahu tentang sentuhan yang menjurus pada pelecehan seksual, 3) *Assertiveness*; anak diajarkan untuk berpenampilan yang menghindarkan dirinya dari ancaman kejahatan seksual. 4) *The No-Go-Tell Sequence*; anak diajarkan cara yang harus dilakukan saat dalam situasi bahaya seksual. Ia harus berani berkata "tidak" dengan suara keras kemudian lari dari situasi tersebut dan menceritakannya pada orang yang diiyakini dapat menolong. 5) *Secrecy*; anak diajarkan bahwa tidak selamanya rahasia disimpan sendiri, ada rahasia yang harus diceritakan kepada orang lain yang dipercaya dan dapat membantunya. 6) *Intuition*; anak diajarkan untuk percaya terhadap perasaannya ketika ia merasa hal buruk terjadi padanya. 7) *Support System*; anak diajarkan untuk tahu kemana tempat ia harus melapor ketika terjadi pelecehan seksual dapat berupa sistem sosial ataupun lembaga. 8) *Blame*; seringkali anak korban kekerasan merasa bersalah terhadap diri sendiri maka *Personal Safety Skill* mengajarkan bahwa mereka tidak bersalah tapi orang dewasa di sekitar mereka lah yang bersalah.

Program *Underwear Rules* merupakan *Personal Safety Skill* sebagai suatu bentuk upaya perlindungan anak terhadap kekerasan seksual lewat edukasi. Program ini diadopsi dari *National Society for The Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC) dari dewan Uni Eropa⁸. Orang tua dan guru telah banyak memiliki kesadaran tentang pentingnya edukasi seksual terhadap anak usia prasekolah. Hanya saja kesadaran tersebut belum diimbangi dengan pengetahuan yang cukup tentang batasan materi apa yang dapat diberikan pada anak usia

prasekolah. Keterbatasan tersebut juga dipengaruhi oleh rasa "Tabu" untuk berbicara seksualitas pada anak. Program *Underwear Rules* dapat membantu orang tua maupun guru dalam meningkatkan komunikasi dalam memberikan pendidikan seksual kepada anak.

Lima aspek penting dalam program *Underware Rules* yang dapat dijadikan panduan mengedukasi anak tentang seksual dikenal dengan istilah "PANTS". P untuk *Private are Private* (pribadi adalah pribadi/ tubuhmu hanya milikmu) mengembangkan kesadaran kepada anak bahwasanya tubuhnya adalah miliknya, tidak ada yang boleh menyentuhnya tanpa izin. Pendidik harus mengenalkan bagian tubuh dan genetalia dengan nama aslinya agar anak jelas tidak timbul pengertian yang bias. Kedua A sebagai *Always remember your body as belongs to you* (sentuhan baik-sentuhan tidak baik). Anak diberi pengertian tentang sentuhan yang pantas dan tidak pantas, bagian tubuh mana yang boleh dilihat dan disentuh oleh orang lain begitupula sebaliknya. Bila terjadi rasa tidak nyaman atas perbuatan orang lain terhadapnya anak dapat memberitahukan kepada orang dewasa yang dapat ia percaya. Ketiga N sebagai *No means No* (Tidak berarti tidak) anak diajarkan bahwa ia punya hak dan kuasa untuk mengendalikan dirinya maka setiap ada perlakuan yang dirasa tak pantas dan mengganggu kenyamanannya maka ia dapat berkata "TIDAK" sekalipun itu terhadap anggota keluarga maupun orang yang ia cintai. Keempat *Talk about secret that upset you* (Rahasia Baik Rahasia Tidak Baik).

Pelaku kekerasan seksual sering menjadikan rahasia sebagai senjata untuk melindungi kejahatannya. Penting bagi kita untuk membuka komunikasi yang hangat kepada anak agar ia merasa nyaman untuk menceritakan apa yang membuat ia gundah. Beri tahu anak bahwanya tindakan pelecehan merupakan suatu hal yang harus

diungkapkan. Kelima *speak up, someone can help* (bicaralah seseorang akan membantu); kebingungan, malu, rasa bersalah, marah dan tidak berdaya adalah rasa yang timbul pada anak yang mengalami kekerasan seksual. Mengingat kondisi tersebut maka kita harus meyakinkan padanya bahwasanya dia dapat menceritakan apa yang terjadi dan itu bukanlah kesalahannya. Anak perlu mendapat pemahaman bahwa pencegahan dan perlindungan terhadap kekerasan seksual merupakan tanggung jawab orang dewasa.

Petunjuk lain dari program *Underware Rules* adalah bagaimana cara pelaporan dan pengungkapan, mengenalkan kewaspadaan terhadap pelaku yang mereka kenal, mencegah kejahatan dari orang yang tidak mereka kenal serta sumber-sumber pertolongan saat anak berada dalam ancaman kekerasan seksual. Dalam hal pelaporan dan pengungkapan maka anak bisa memilih kepada siapa yang ia percaya serta siap untuk mendengarkan serta memberi bantuan bila terjadi hal yang buruk terhadap anak. Pelaku kejahatan dapat saja berasal dari orang yang anak kenal maka anak diajarkan sikap waspada terhadap pemberian hadiah dengan permintaan menjaga rahasia serta mencari waktu untuk sendirian di rumah bersama anak. Terhadap pelaku orang asing ajarkan anak peraturan pencegahan seperti anak harus menolak ajakan pergi sendiri dengan orang tersebut, menolak untuk menerima hadiah atau memenuhi undangannya. Selanjutnya anak diberitahu kepada siapa mereka dapat melapor saat terjadi hal yang tidak diinginkan oleh anak. Sumber-sumber tersebut seperti guru, psikiater, polisi, pekerja sosial dan lain-lain⁷.



Gambar 3.1 Poster Program Under Wear Rules

3.5 Penelitian Penerapan Program *Underwear Rules* sebagai edukasi pada anak prasekolah dengan media ular tangga dan *busy book*.

Anak prasekolah (usia 3 sampai 6 tahun) berada pada masa transisi balita ke usia sekolah. Beberapa penelitian Neuroscience menunjukkan bahwa periode lima tahun kehidupan merupakan periode perkembangan otak lebih cepat, intensif dan sensitif terhadap pengaruh eksternal atau lingkungan. Periode ini merupakan periode membangun pondasi mereka untuk belajar dan kesuksesan dimasa depan ⁹. Anak dipersiapkan untuk masuk ke dunia sekolah maka penting bagi anak dibekali edukasi seksual guna melindungi diri dari kemungkinan terjadinya tindak kejahatan seksual baik di rumah maupun di luar rumah. Karena pelaku kekerasan seksual bukan hanya berasal dari orang asing melainkan bisa dari orang yang dikenal anak, keluarga bahkan orang tua kandung ¹⁰.

Kekerasan seksual yang terjadi dapat menjadi suatu pengalaman traumatis bagi anak. Menjaga keselamatan psikis anak penting agar anak terhindar dari trauma yang dapat mengganggu proses tumbuh kembangnya. Salah satu upaya pemerintah untuk penanganan dan pencegahan kejahatan seksual pada anak adalah GN AKSA yang tertuang dalam Inpres No 5 tahun 2014. Gerakan ini dimulai dari lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat oleh karena itu seluruh elemen masyarakat harus mendukung gerakan ini.

Beberapa penelitian terkait edukasi seksual pada anak prasekolah diantaranya dengan pendekatan *underware rules* efektif menggunakan media permainan ular tangga oleh ¹¹. Hasil penelitian Aprilaz tahun 2016 menunjukkan tidak ada perbedaan antara metode video dengan cerita boneka dalam pendidikan seksual terhadap pengetahuan anak prasekolah tentang *personal safety skill* ¹². Sementara itu penelitian tentang penggunaan metode *busy book* pernah dilakukan oleh (Annisa, 2016) untuk menilai kecerdasan visual-spasial anak. Didapatkan hasil p value <0,05 yang menunjukkan *busy book* memengaruhi meningkatkan kecerdasan visual-spasial anak ¹³. Dalam penelitian ini kami berharap dengan meningkatnya kecerdasan visual-spasial anak, anak juga dapat menerapkan perilaku perlindungan diri terhadap kekerasan seksual yang dimaksud dalam *Underwear Rules*.

Tingginya angka kejadian kejahatan seksual terhadap anak di kota Bengkulu memerlukan upaya antisipasi ¹⁴. Sulitnya pengungkapan kasus dikarenakan belum terbukanya korban terhadap kasus yang menimpa mereka. Anak perlu diajarkan sedini mungkin cara untuk melindungi diri mereka dari ancaman kekerasan seksual serta kemampuan untuk mengungkapkan dan melaporkan sebagaimana yang terkandung dalam *Underware Rules*. Orangtua dan guru belum memiliki pengetahuan yang memadai tentang edukasi seksual kepada anak. Pada

anak usia prasekolah pengalaman belajar yang efektif adalah lewat bermain. Dalam penelitian ini peneliti membuat alat permainan edukatif berupa *busy book* dan ular tangga "ANDARA" dengan pendekatan program *Underwear Rules*. Nama ANDARA sendiri diambil dari tiga mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Bengkulu yang berkontribusi dalam pembuatan *busy book* dan ular tangga. Nama ketiganya adalah Andi Juliansyah, Da'yawati dan Ochtara Dwi Pertiwi.

3.5.1 Tinjauan Pustaka

Karakteristik Perkembangan Anak Usia Prasekolah

DeLaune & Ladner tahun 2011 dalam Mansur, 2019 menyebutkan bahwa anak usia prasekolah adalah anak yang berusia antara 3 sampai 6 tahun dimana terjadi perlambatan pertumbuhan fisik pada periode ini sedangkan perkembangan psikososial serta kognitif mengalami peningkatan. Anak mulai mengembangkan rasa ingin tahu, dan mampu berkomunikasi dengan lebih baik. Cara yang digunakan anak untuk belajar dan mengembangkan hubungannya dengan orang lain lebih dominan lewat permainan. Anak usia 3 sampai dengan 5 tahun disebut juga dengan *wonder years*. Markham tahun 2019 dalam Mansur 2019 menulis pada usia ini, anak banyak mengeksplorasi lingkungan dengan rasa keingintahuannya yang tinggi terhadap sesuatu. Ia ibarat penjelajah, ilmuwan, seniman dan peneliti dengan perubahan yang sangat dinamis antara kegembiraan dengan rengekan dan amukan dengan pelukan. Orang dewasa harus mampu menjadi fasilitator yang handal karena periode ini merupakan pondasi masa kecil yang akan memengaruhi tumbuh kembang berikutnya ⁹.

Edukasi merupakan kebutuhan bagi setiap anak. Kebutuhan edukasi ini harus disesuaikan dengan karakteristik pertumbuhan dan perkembangan anak usia prasekolah. Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton tahun 2007 dalam Mansur 2019 menyatakan bahwa usia

prasekolah merupakan periode yang optimal bagi anak untuk mulai menunjukkan minat dalam kesehatan, anak mengalami perkembangan bahasa dan berinteraksi terhadap lingkungan sosial, mengeksplorasi pemisahan emosional, bergantian antara keras kepala dan keceriaan, antara eksplorasi berani dan ketergantungan. Anak usia prasekolah mereka tahu bahwa dapat melakukan sesuatu yang lebih, tetapi mereka juga sangat menyadari hambatan pada diri mereka dengan orang dewasa serta kemampuan mereka sendiri yang terbatas.

Perkembangan Seksual pada Anak Usia Prasekolah

Berdasarkan teori perkembangan psikoseksual oleh Freud maka anak usia prasekolah masuk ke dalam 3 tahap perkembangan. Tiga tahap perkembangan itu adalah akhir tahap Anal (1-3 tahun), tahap Oedipal atau Phalik 3-5 tahun dan awal tahap Laten 5 – 12 tahun. Tahap oedipal/phalik sebagai tahap yang dominan pada usia prasekolah, kepuasan anak terletak pada kepuasan autoretik yaitu meraba-raba, merasakan kenikmatan dari beberapa area erogennya. Anak sudah memiliki kesadaran terhadap perbedaan jenis kelamin dan mulai suka pada lain jenis. Pada tahap ini anak laki-laki cenderung suka pada ibunya dan anak perempuan pada ayahnya. Namun penyertaan perasaan pada fase ini berbeda maknanya pada orang dewasa ¹⁵. Metode edukasi yang diberikan pada anak harus sesuai dengan karakteristik tiap tahap perkembangan anak.

Berbagai metode edukasi pada anak prasekolah dapat dilakukan dengan memanfaatkan kecanggihan teknologi. Kita saat ini berada pada era industri 5.0 dan mungkin saja akan terus berkembang. Perkembangan teknologi dengan segala aspek positifnya juga memiliki dampak negatif pada proses tumbuh kembang anak terutama pada perkembangan seksual. Namun demikian teknologi dan media digital perlu kita kembangkan sebagai media pendidikan seks. Berbagai metode

pembelajaran yang dapat digunakan pada anak usia prasekolah berupa metode bermain, metode cerita, bercakap-cakap, karya wisata, demonstrasi, pemberian tugas dan metode proyek.

Edukasi Sexual pada Anak Usia Prasekolah

Edukasi seksual pada anak usia dini dapat berupa pengenalan organ tubuh terutama organ genetalia fungsi dan cara merawatnya. Selain itu anak perlu diajarkan untuk melindungi dirinya dari ancaman kejahanan seksual¹⁶. Sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya, bahwasanya anak prasekolah akan lebih mudah menyerap pembelajaran dari bermain maka edukasi seksual sambil bermain menjadi intervensi yang tepat.

3.5.2 Tujuan Penelitian

Tujuan Umum penelitian untuk membandingkan efektifitas *busy book* dengan ular tangga ANDARA sebagai alat pembelajaran seksual pada anak pra sekolah. Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut; Mendeskripsikan distribusi frekuensi karakteristik anak, orang tua dan gambaran pengetahuan anak dalam keterampilan perlindungan diri (*Personal Safety Skill*) dari risiko menjadi korban kekerasan seksual; Mengukur efektifitas *busy book* dan Ular Tangga Andara sebagai alat pembelajaran edukasi seksual yang mengajarkan keterampilan perlindungan diri (*Personal Safety Skill*) dari risiko menjadi korban kekerasan seksual dengan metode PANTS; Membandingkan efektifitas *busy book* Andara dengan ular tangga Andara sebagai alat pembelajaran edukasi seksual yang mengajarkan keterampilan perlindungan diri (*Personal Safety Skill*) dari risiko menjadi korban kekerasan seksual dengan metode PANTS.

3.5.2 Manfaat Penelitian

Manfaat praktis dari penelitian ini diharapkan anak memiliki pengetahuan tentang cara melindungi dirinya dari menjadi korban kekerasan seksual. Anak tahu bahwasanya ia punya hak otonomi terhadap tubuhnya, anak diajarkan untuk berani menolak bila mendapatkan perlakuan yang tidak nyaman dari orang lain serta berani mengungkapkan kejadian tidak nyaman yang menimpanya. Sementara orang tua ataupun pendidik mempunyai media yang representatif dalam mengajarkan seksual dini pada anak. Dengan demikian diharapkan terjadi penurunan kasus kekerasan seksual terhadap anak.

3.5.3 Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *quasi eksperimen* (eksperimen semu) dengan pendekatan *pre test and post test non equivalent control group*. Metode penelitian ini bertujuan membandingkan intervensi atau treatment pada dua kelompok dimana kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dipilih tidak secara random, subjek adalah manusia yang bersifat unik dan labil sehingga variabel asing yang mempengaruhi tidak dapat dikontrol secara ketat^{17,18}. Penelitian ini akan membandingkan efektifitas dua intervensi. Subjek penelitian merupakan anak usia prasekolah yang akan dibagi dalam dua kelompok anak prasekolah edukasi seksual menggunakan media *busy book* Andara dan kelompok intervensi dengan media edukasi permainan ular tangga Andara. Kedua kelompok akan dinilai pengetahuan mereka tentang *Personal Safety Skill* pra dan post intervensi.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November sampai dengan Desember tahun 2020 di Kota Bengkulu. Lokasi penelitian ini adalah di Kota Bengkulu yaitu PAUD Al Bunayya dan RA Al Azhar. Sebanyak 107 orang siswa prasekolah dilibatkan dalam penelitian ini yang terdiri dari

kelompok intervensi dengan ular tangga sebanyak 54 orang dan kelompok *Busy book* 53 orang. Teknik pengambilan sampel pada setiap PAUD menggunakan *Simple Random Sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut Anak usia prasekolah (usia 3 sampai dengan 6 tahun), anak belum pernah mendapatkan edukasi seksual dengan pendekatan program *Underwear Rules*, anak dalam kondisi sehat, anak tidak mengalami cacat mental, anak diizinkan oleh orang tua/wali mengikuti berpartisipasi.

Tim mengurus izin penelitian ke Kantor Kesbangpol Kota Bengkulu untuk kemudian menuju PAUD untuk minta data anak usia pra sekolah yang merupakan anak didiknya. Tim menjelaskan dan meminta persetujuan dari orang tua atau wali atau guru dalam menjalankan penelitian. Sebelum intervensi anak akan dilakukan pra test terkait pengetahuan tentang *Personal Safety Skill*. Untuk kemudian dilakukan intervensi dilakukan selama 60 menit setelah intervensi berakhir akan dilakukan post test.

Pengumpulan data dilakukan untuk menilai bagaimana pengaruh alat edukasi *Busy Book* dan *Ular Tangga Andara* terhadap pengetahuan anak tentang seksual dan *Personal Safety Skill* (PSS). Pengetahuan anak tentang PSS diukur dengan menggunakan kuisioner yang akan ditanyakan secara verbal kepada anak. Alat ukur ini tim adopsi dari penelitian perbandingan efektifitas video dengan cerita boneka dalam Pendidikan seksual terhadap pengetahuan anak tentang *Personal Safety Skill*. Kuisioner ini diadaptasi dari Aprilaz tahun 2016 dan terdiri atas 17 butir pertanyaan skala Gutmaan. Uji validitas dilakukan dengan membandingkan r tabel dengan r hitung pada $n = 20$ menggunakan uji *pearson product moment* dengan $\alpha = 0,05$. Didapatkan r hitung > r tabel (r tabel = 0,444) namun peneliti memperbaiki konten untuk 3 item pertanyaan. Uji reabilitas dengan uji *alpha cronbach*, dan diperoleh hasil α

= 0,730 dan r tabel 0,444 ($n = 20$, tingkat signifikansi 5%) sehingga $\alpha > r$ tabel berarti kuesioner reliabel atau konsisten. Bagian ke 3 adalah kuesioner untuk mengukur gambaran pemberian edukasi seksual orang tua terhadap anak prasekolah menggunakan kuesioner yang dibuat oleh peneliti. Kuesioner tersebut terdiri atas 10 butir pertanyaan menggunakan skala likert. Kuesioner tersebut berisikan gambaran edukasi seksual yang mengadaptasi program *underwear rules*. Uji validitas terdiri dari uji validitas konten dan uji statistik validitas. Hasil dari uji validitas didapatkan r hitung > dari r tabel (r tabel = 0,361, $n = 30$). Nilai Cronbach's Alpha didapatkan sebesar 0,955 pada uji reliabilitas. Hasil tersebut menunjukkan kuesioner konsisten dan reliabel¹².

Analisis Univariat untuk menganalisis karakteristik demografi orang tua dan anak. Usia orang tua dan anak akan dianalisis dengan distribusi rerata sedangkan pendapatan orang tua, pendidikan orang tua dan status perkawinan akan dianalisis, apakah anak tinggal dengan orang tua atau wali dianalisis dengan distribusi frekuensi. Analisis univariat juga dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi gambaran edukasi seksual orang tua kepada anak.

Sebelum melakukan analisis bivariat untuk melihat perbedaan rerata pengetahuan anak sebelum dan sesudah intervensi maka pada dilakukan uji Homogenitas dan Normalitas. Hasil uji Homogenitas antara kelompok intervensi *Busy Book* dengan *Ular Tangga* didapatkan nilai signifikansi *levene statistic* 0,036 pada pra intervensi dan $p=0,000$ pada post intervensi, dengan demikian data kedua kelompok tidak homogen. Untuk uji normalitas *Kolmogorov Semirnov* pada kedua kelompok pra dan post intervensi. Pada kelompok intervensi *Busy Book* didapatkan nilai signifikansi 0,20 pra intervensi (berdistribusi normal) sementara itu post intervensi didapatkan nilai signifikansi 0,000 (tidak berdistribusi normal). Untuk kelompok intervensi *Ular Tangga* pra intervensi nilai signifikansi

(berdistribusi normal) dan post intervensi nilai signifikasi (tidak berdistribusi normal).

Berdasarkan hasil uji Homogenitas dan Normalitas maka untuk menganalisis pengetahuan anak tentang keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual dilakukan dengan uji *Wilcoxon* pada masing-masing kelompok *dan uji Mann Whitney* untuk membandingkan antara dua kelompok.



Gambar 3.2 Busy Book dan Ular Tangga "ANDARA"

3.5.4 HASIL DAN PEMBAHASAN

Deskripsi distribusi frekuensi karakteristik anak, orang tua dan gambaran pengetahuan anak dalam keterampilan perlindungan diri (*personal safety skill*) dari risiko menjadi korban kerasan seksual dapat terlihat pada dua tabel berikut:

Tabel 3. 1 Gambaran karakteristik Anak (N=107)

Karakteristik Anak	Min-Max	Mean
Usia Anak	3-6	4,69
Karakteristik Anak	N	%
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	58	54,21
- Perempuan	49	45,79
Urutan Anak dalam saudara		
- Tunggal	23	21,50
- Sulung	26	24,30
- Ada kakak dan adik	22	20,56
- Bungsu	36	33,64

Peneliti melakukan uji univariat untuk melihat gambaran prasekolah sebagai responden dan orang tua responden serta gambaran pemberian edukasi orangtua terhadap anak tentang keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual. Hasil analisis univariat terhadap karakteristik anak didapatkan rerata usia anak adalah 4,69 tahun. Sebanyak 58 orang (54,21%) responden penelitian adalah anak laki-laki. Berdasarkan urutan anak dalam saudara maka terbanyak responden adalah bungsu yaitu sebanyak 36 orang (33,64%).

Tabel 3. 2 Gambaran karakteristik Orang Tua dan Gambaran Pemberian Edukasi Seksual Orang Tua Terhadap Anak Prasekolah

Karakteristik Orang Tua	Min-Max	Mean
Usia orang tua	21-49	34,5
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	29	27,10
- Perempuan	78	72,90
Hubungan dengan Anak		
- Ayah kandung	24	22,43
- Ibu kandung	75	70,09

- Wali	8	7,48
Pendidikan terakhir		
- SD	8	7,48
- Sekolah Menengah	63	58,88
- Perguruan Tinggi	36	33,64
Penghasilan		
- Kurang Rp. 2.500.000	41	38,32
- Rp. 2.500.000 sd Rp. 4.000.000,-	54	50,47
- Lebih dari Rp. 4.000.000	12	11,21
Pekerjaan		
- Karyawan swasta	47	43,93
- Aparatur sipil Negara	18	16,82
- Wira Usaha	42	39,25
Status Nikah		
- Menikah	103	96,26
- Single parent	4	3,74

Gambaran karakteristik orang tua yang dianalisis dengan uji univariat didapatkan rerata usia orang tua/wali adalah 34,5 tahun dengan usia termuda 21 tahun sedangkan usia paling tua adalah 49 tahun. Ibu kandung responden lebih banyak berpartisipasi dalam penelitian ini yaitu sebanyak 75 orang (72,90%) dan terdapat 8 orang (7,48%) yang merupakan wali atau bukan ibu/ayah kandung dari responden. Pendidikan terakhir responden terbanyak adalah sekolah menengah yaitu sebanyak 63 orang (58,88%). Sebanyak 54 orang (50,47%) responden memiliki penghasilan antara Rp. 2.500.000,- sampai dengan Rp. 4.000.000,-. Pekerjaan responden terbanyak adalah karyawan swasta yaitu sebanyak 47 orang (43,93%). Status pernikahan kebanyakan responden adalah menikah yaitu sebanyak 103 orang (96,26%).

Berikut deskripsi efektifitas *busy book* dan ular tangga andara sebagai alat pembelajaran edukasi seksual yang mengajarkan keterampilan perlindungan diri (*personal safety skill*) dari risiko menjadi korban kekerasan seksual dengan metode pants di masing-masing kelompok.

Tabel 5. 3 Perbedaan Rerata Pengetahuan Anak Prasekolah Tentang Keterampilan Melindungi Diri Dari Risiko Kekerasan Seksual pada masing-masing kelompok.

Kelompok	N		Mean	Standar Deviasi (SD)	Min-Maks	Mean Rank			Sum of Rank		Sig
						Negative Ranks /N	Positive Ranks /N	Ties (N)	Negative Ranks	Positive Ranks	
Busy Book	53	Pre Test	11,30	3,451	5 - 17	20,75/6	23,35/39	8	124,50	910,50	0,000
		Post Test	13,00	5,818	4 - 17						
Ular Tangga	54	Pre Test	12,58	2,721	7 - 17	8,50/5	25,33/41	8	42,50	1038,50	0,000
		Post Test	14,91	1,944	9 - 17						

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan peningkatan rerata pengetahuan tentang PSS pada masing-masing kelompok intervensi. Pada kelompok *Busy Book* rerata meningkat menjadi 13,00 dengan standar deviasi 5,818. Rerata pengetahuan pada kelompok ular tangga menjadi 14,91 dengan standar deviasi 1,944. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi *Busy Book* terdapat perbedaan rangking pengetahuan anak prasekolah antara pra dan post intervensi yaitu dengan nilai sigifikasi 0,000. Sebanyak 39 orang anak mengalami peningkatan pengetahuan dengan jumlah peningkatan rerata perangkingan sebesar 910,50. Pada kelompok intervensi Ular Tangga juga didapatkan nilai sigifikasi sebesar 0,000 dan peningkatan rerata ranking 25,33 pada 44 orang anak dengan jumlah peningkatan rangking sebesar 1038,50. Hasil tersebut menunjukkan bahwasanya kedua intervensi ini memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perbedaan pengetahuan anak prasekolah tentang keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual pra dan post intervensi pada masing-masing kelompok.

Perbandingan efektifitas *busy book* Andara dengan ular tangga Andara sebagai alat pembelajaran edukasi seksual yang mengajarkan keterampilan perlindungan diri (*Personal Safety Skill*)

dari risiko menjadi korban kekerasan seksual dengan metode PANTS adalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Perbedaan Rerata Pengetahuan Anak Prasekolah Tentang Keterampilan Melindungi Diri Dari Risiko Kekerasan Seksual antara Dua Kelompok

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Rank	Sig
<i>Busy Book</i>	53	44,88	2378,50	0,002
Ular Tangga	54	62,95	3399,50	

Hasil analisis *Mann Whitney* pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa antara intervensi *Busy Book* dan Ular Tangga memiliki perbedaan yang signifikansi sebesar 0,002. Nilai rerata pada kelompok intervensi Ular Tangga lebih tinggi dibandingkan pada *Busy Book* yaitu sebesar 62,95 dengan jumlah perangkingan sebesar 3399,50. Dengan demikian dapat dikatakan bahwasanya intervensi Ular Tangga lebih efektif dibanding *Busy Book*.

Edukasi seksual menggunakan alat permainan ular tangga pada penelitian ini memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual (PSS) anak prasekolah. Alat permainan Ular Tangga sendiri terbukti efektif di beberapa penelitian sebagai media edukatif baik pada anak usia pra sekolah hingga sekolah menengah. Dua penelitian sebelumnya menunjukkan bukti bahwasanya Ular Tangga efektif sebagai media edukasi sexual bahkan pada anak dengan cacat intelektual (Rahayu, Marheni and Purnomo, 2019; Handayani, Supena and Rasmita, 2020). Selain itu juga ular tangga pernah digunakan pada anak jalanan di Kota Makassar untuk menilai kemampuan anak dalam pencegahan kekerasan seksual dengan

variasi usia mulai 5 tahun sampai dengan 11 tahun. Hasilnya menunjukkan kemampuan anak meningkat signifikan (Nurbaya and Simon, 2019). Ular tangga juga efektif untuk meningkatkan berbagai pengetahuan anak pada berbagai tingkat usia seperti edukasi seksual, pembelajaran tematik dan pengetahuan Kesehatan gigi, pengetahuan tentang gizi ^{19,20}.

Pengetahuan anak tentang PSS pra dan post bermain *busy book* juga menunjukkan pengaruh yang signifikan. Penelitian terdahulu memang banyak menunjukkan efektifitas *Busy book* dalam meningkatkan anak usia dini dalam meningkatkan kemampuan membaca, berhitung, penambahan kosa kata, mengenal alat transportasi²¹⁻²⁵.

Hasil uji statistik menunjukkan permainan ular tangga lebih efektif dibandingkan *Busy book* dalam meningkatkan pengetahuan keterampilan anak dalam melindungi diri terhadap risiko kekerasan seksual. Pemberian edukasi seksual kepada anak memang harus disesuaikan dengan tahap perkembangan usia anak tersebut. Dengan demikian pesan yang disampaikan dapat diserap efektif oleh anak. Anak usia prasekolah sangat suka bermain. Lewat bermain anak mendapatkan kesenangan, dapat mengeksplorasi lingkungan, belajar bersosialisasi dan mengasah kreativitas²⁶.

Untuk menstimulasi keinginan belajar yang menyenangkan pada anak prasekolah sangat dianjurkan penggunaan media bergambar ²⁷. Kedua alat permainan edukatif pada penelitian ini menampilkan gambar-gambar yang memberikan informasi tentang keterampilan yang perlu diajarkan pada anak prasekolah dalam mengadapi risiko kejahatan seksual. Anak prasekolah dikenalkan aspek-aspek yang terdapat dalam program "underwear rules". Anak dikenalkan sumber risiko kejahatan seksual yang bukan hanya

berasal dari orang yang tidak dikenal saja melainkan juga dari orang dekat mereka. Anak juga diajarkan untuk berani mengungkapkan dan melaporkan hal-hal yang membuat mereka tidak nyaman akibat perbuatan pelaku.

Penelitian sebelumnya pernah membandingkan media video dengan bermain boneka dalam mengenalkan *Underwear Rules*. Hasil yang didapat keduanya memiliki efektifitas dalam meningkatkan pengetahuan anak prasekolah tentang PSS ¹². Selain itu penggunaan android yang berkembang pesat dan merambah hampir semua kalangan dan usia juga dapat diambil manfaatnya untuk mengenalkan PSS pada anak pra sekolah. Penelitian tentang pengembangan permainan edukatif yang dijalankan dengan *platform* android ini dibuat khusus untuk anak usia TK dan SD terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan PSS anak ²⁸. Namun demikian kita tetap perlu memikirkan efek negatif memberikan media android/*gadget* pada usia dini. Bila anak telah mengalami kecanduan terhadap gadget maka risiko anak mengalami gangguan pemuatan perhatian dan hiperaktivitas sangat mungkin terjadi ²⁹. Untuk meminimalkan efek tersebut maka orang tua maupun pendidik harus dapat memilih alat permainan untuk anaknya secara bijak dan pentingnya mendampingi anak saat anak bermain *gadget*.

Pada media *Busy book* anak bermain dengan tuntunan orang dewasa, karena dalam tiap lembar nya orang tua akan memandu anak dan memberikan instruksi. Interaksi dan keintiman anak dengan orang dewasa khususnya orang tua akan tercipta pada permainan ini. Lewat kegiatan ini bukan hanya anak yang belajar tentang cara mencegah kekerasan seksual tapi orang dewasa yang memberikan tuntunan juga secara tidak langsung belajar tentang proses interaksi dan keintiman yang normal pada anak. Proses keintiman dalam interaksi orang tua

dengan anak harus berjalan secara normal dengan demikian kejahatan seksual di dalam keluarga dapat dicegah ³⁰.

Anak usia prasekolah banyak berinteraksi dengan teman sebaya, hal ini memberikan pengaruh sangat besar dalam sosialisasi gender. Selain itu Anak usia prasekolah memiliki jenis permainan berkelompok. Ular tangga dapat dimainkan bersama dengan teman yang lain. Sementara itu pada saat intervensi *busy book* anak hanya dapat interaktif dengan tim peneliti saja yang memandu permainan *busy book* ini. Pada usia ini mereka tengah belajar bersosialisasi. Bermain Bersama teman selain menimbulkan suasana yang menyenangkan anak juga terpacu karena adanya kompetisi. Media ular tangga merangsang anak untuk berlomba mencapai kotak *finish*. Lewat ular tangga anak dikenalkan secara interaktif apabila ia salah dalam memilih sikap untuk melindungi dirinya dari risiko kekerasan seksual maka ia terpaksa turun ke kotak bawah. Pengalaman tersebut memacu daya ingat anak terhadap pesan edukasi yang disampaikan lewat ular tangga Andara.

Pada usia prasekolah orang-orang yang disekitar anak sangat memengaruhi kemampuan anak dalam segala hal termasuk pengetahuan seksual. Termasuk peran guru, peningkatan kemampuan guru dalam mengembangkan keterampilan anak melindungi diri terhadap risiko kekerasan seksual sangat dibutuhkan ^{31,32}. Menurut Jean Piaget *preschool* masuk pada tahapan *symbolic/make believe play* (2-7 tahun), anak mulai menyerap informasi di lingkungannya melalui benda-benda kongret dengan kemampuan imajinasinya yang sedang berkembang pesat. Patern membagi jenis permainan anak menurut kegiatan interaksi yang terjadi pada anak. Pada usia 3 tahun anak masih bermain secara *solitary* dengan mengabaikan kegiatan interaksi. Usia 3 – 4 tahun anak mulai bermain Bersama dalam kelompok namun tidak terjadi interaksi antar mereka, tahap ini disebut *parallel play*. Pada

assosiative play anak bermain dalam kelompok dan sudah ada komunikasi antar mereka. Selanjutnya di usia 5 tahun anak sudah mulai ke tahap *Cooperative play* dimana dalam kelompok ada aturan bermain dan pembagian tugas. Pencapaian tahapan-tahapan tersebut sangat tergantung oleh stimulasi orang tua maupun guru ³³.

Peran Orang Tua dalam Pendidikan Seksualitas untuk Anak

Rumah adalah "Sekolah" pertama bagi seorang anak. Interaksi sosial pertama kali seorang anak adalah dengan keluarganya. Lewat hubungan tersebut anak akan belajar banyak hal. Peran orang tua menjadi sangat penting sebagai "Guru" pertama bagi anak-anak mereka. Orang tua dituntut untuk mampu manjarkan peran asah, asih dan asuh. Menimbang hal tersebut maka peran orang tua menjadi sangat besar dalam hal pencegahan kekerasan seksual terhadap anak. Sebagian besar orang tua responden belum tersosialisasi dengan baik tentang program "*Underwear Rules*", kalaupun ada tidak mendapatkan informasi secara rinci.

Pada penelitian ini usia orang tua tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap pengetahuan anak dalam keterampilan melindungi diri terhadap risiko seksual. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana faktor usia orang tua tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat pengetahuan orang tua terhadap pendidikan seksual pada anak usia dini ³⁴. Tentu saja pengetahuan orang tua akan memengaruhi gambaran pemberian edukasi seksual kepada anaknya.

Anggraeni tahun 2017 juga menulis bahwasanya pekerjaan orang tua tidak memiliki hubungan bermakna dengan pengetahuan orang tua tentang edukasi seksual pada anak usia dini. Hal tersebut dapat dijadikan alasan mengapa pekerjaan pada penelitian ini juga tidak memiliki hubungan yang signifikan. Namun demikian bisa jadi ketersediaan waktu orang tua untuk anak mereka dipengaruhi oleh jenis pekerjaan

orang tua. Pendidikan seksual kepada anak perlu dilakukan secara intens dan akrab sehingga anak dapat menyerap dengan baik.

Hasil penelitian juga menunjukkan jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap pengetahuan anak. Penulis belum melihat penelitian terdahulu terkait hubungan jenis kelamin orang tua dengan pengetahuan keterampilan anak prasekolah melindungi diri dari risiko kejahanan seksual. Namun sebuah penelitian yang pernah dilaksanakan di Sukoharjo menyimpulkan ibu memiliki perilaku yang baik dalam pendidikan seksual dini pada anak 3 sampai dengan 5 tahun³⁵. Sementara itu sebuah penelitian tentang komunikasi remaja prempuan dengan ibunya menyimpulkan bahwasanya remaja perempuan lebih intens mengkomunikasikan kesehatan seksual reproduksinya kepada ibu. Remaja putri dan ibu yang mengkomunikasikan hal tersebut dengan baik memberikan kecedrungan positif dimana remaja putri tidak berperilaku seksual berisiko serta menjad pengguna alat kontrasepsi³⁶. Dari dua penelitian tersebut dapat terlihat peran ibu sebagai orang tua dewasa yang terdekat dengan anak memiliki pengaruh besar terhadap keterampilan anak melindungi dirinya dari kejahanan seksual.

Hasil analisis menunjukkan pendidikan orang tua tidak berpengaruh terhadap pengetahuan keterampilan anak dalam melindungi diri dari risiko kekerasan seksual. Apriastuti tahun 2013 yang menulis bahwa pendidikan orang tua memiliki pengaruh signifikan terhadap perkembangan anak usia 48 – 60 bulan³⁷. Pada penelitian tersebut perkembangan yang dinilai tidak berhubungan dengan edukasi seksual. Secara umum orang tua masih kurang melakukan pendidikan seksual terhadap anak prasekolah. Hal tersebut biasanya dikarenakan pandangan yang negatif dan menganggap tabu berbicara seksual terhadap anak. Kondisi ini menunjukkan orang tua masih kurang mendapatkan informasi tentang pendidikan seksual yang sesuai dengan

usia dan tahap perkembangan anak. Orang tua dengan pendidikan yang tinggi maupun rendah memiliki kesulitan dalam mengkomunikasikan seksualitas kepada anak mereka, hanya saja orang tua dengan pendidikan tinggi tampak lebih bisa mengambil tindakan terhadap permasalahan yang timbul dalam edukasi seksual dini³⁸.

Pengalaman masa kecil orang tua dalam menerima pendidikan seksualitas yang didapat dari generasi sebelumnya akan memengaruhi pola edukasi terhadap anak-anak mereka. Pengetahuan orang tua yang memadai tentang program *underwear rules* sangat membantu komunikasi edukasi seksual kepada anak. Hasil penelitian yang dilakukan di Jakarta sebanyak 77,6% orang tua memiliki pengetahuan yang baik tentang program *underwear rules*. Penelitian tersebut juga menunjukkan pengetahuan yang lebih baik tentang *underwear rules* ada pada peran ayah, untuk usia banyak pada usia dewasa dini (18 – 40 tahun), dengan jenjang pendidikan orang tua sekolah menengah dan tidak bekerja, penghasilan cukup diatas UMP, pada orang tua status pernikahan berpasangan/ menikah³⁹.

Pendidikan seksual oleh orang tua terhadap anak mereka di rumah sering terkendala pada persepsi yang negatif. Orang tua belum memiliki pengetahuan tentang tahapan perkembangan psikoseksual anak kebanyakan orang tua memandang seksualitas sebagai hubungan badan antara dua jenis kelamin sehingga tabu dan belum waktunya diberikan pada anak usia dini. Peningkatan kasus kejahatan seksual terhadap anak mengunggah kesadaran mereka pentingnya edukasi seksual dini namun sayangnya belum berimbang dengan upaya untuk menanggulangi kejadian tersebut⁴⁰.

Orang tua dan guru hendaknya bekerja sama dengan jalan saling mengkomunikasikan pola edukasi seksual kepada anak. Dengan demikian terjadi integrasi dan konsistensi pemberian edukasi seksual

kepada anak³⁸. Pendidik perlu kreatif untuk menciptakan alat permainan edukatif agar anak tidak merasa ada tekanan dalam belajar melainkan sebaliknya timbul rasa senang. Anak lebih mudah menyerap pembelajaran secara visual misal menggunakan buku bergambar⁴¹.

Gambar dapat membantu anak memvisualisasikan cerita, jika mereka tidak mengerti beberapa kata, maka dengan gambar anak-anak akan dapat menangkap maksud cerita dari gambar yang ada di buku tersebut. Gambar-gambar akan mengeksplorasi imajinasi anak, sehingga apa yang ada di buku tersebut terasa nyata. Usia pra sekolah (0-5 tahun) merupakan masa *golden age* perkembangan anak, orang tua dan guru dapat menstimulasi dengan pengetahuan yang dilakukan dengan cara yang menyenangkan bagi anak⁴². Dengan demikian buku bergambar dapat menjadi media pilihan bagi orang tua dan guru dalam menyampaikan informasi/edukasi seksualitas untuk anak-anak, karena dimasyarakat kita masih adanya anggapan edukasi seksual pada anak adalah hal yang tabu dan masih sedikitnya media belajar /buku cerita bergambar yang terkait dengan pendidikan seksualitas pada anak.

3.6 Penerapan Program *Underwear Rules* sebagai edukasi pada anak Sekolah dengan media berbasis elektronik

Kekerasan seksual terhadap anak telah menjadi masalah yang signifikan baik secara global, nasional maupun lokal. Prevalensi kasus ini di seluruh dunia berkisar antara 8-31% anak perempuan dan 3-17% anak laki-laki (Briere *et al.*,2017).Penelitian di Amerika Serikat pada tahun 2017 menyebutkan 9% wanita dan 3% pria berusia kurang dari itu dari 16 tahun mengalami kekerasan seksual⁴³. Sementara itu di Indonesia data yang diperoleh dari pusat data dan informasi Komisi Nasional Anak perlindungan di Indonesia dari 2010 hingga 2017 mencatat sebanyak 21.869.797 kasus pelanggaran hak anak, yang tersebar di 34 provinsi dan 179 kabupaten dan kota. Kasus pelanggaran hak anak 42-58% antara

lain kekerasan seksual, selebihnya adalah kasus fisik kekerasan dan pengabaian anak⁴⁴.

Di tengah perkembangan teknologi yang telah masuk era industri 5.0 terjadilah pandemi Covid-19 pada akhir tahun 2019 yang lalu. Keduanya menjadi faktor pengaruh dalam perubahan tatanan masyarakat dunia. Penggunaan teknologi menjadi suatu keniscayaan yang ada hampir di setiap lini kehidupan. Pandemi sendiri telah memaksa individu untuk menggunakan teknologi di berbagai bidang hampir disegala bidang kehidupan. Tidak hanya bidang kesehatan tapi juga bidang ekonomi, sosial dan pendidikan. Untuk memenuhi kebutuhan pendidikan dengan kondisi pembatasan sosial maka anak-anak sekolah mau tidak mau akan lebih banyak terpapar dengan gadget. Namun ibarat 2 mata pedang gadget, selain memberikan manfaat gadget bisa menimbulkan masalah terhadap pengasuhan anak. Anak yang tidak mendapatkan pengawasan yang adekuat dari orang tua akan mengalami gangguan interaksi sosial, hiperaktif serta kecanduan. Termasuk bahaya kekerasan seksual digital yang sangat mengancam mental anak-anak kita. Kondisi ini menjadi tantangan tersendiri bagi orang tua. Untuk itulah pola asuh orang tua terhadap anak juga harus menyesuaikan dengan perkembangan zaman⁴⁵⁻⁴⁸.

Keprihatinan orang tua terhadap tingginya kasus kekerasan seksual terhadap anak telah mengembangkan kesadaran mereka tentang pentingnya pendidikan seksual pada anak sejak usia dini. Namun kesadaran tersebut belum diiringi dengan pengetahuan yang memadai tentang cara mengkomunikasikan seksualitas kepada anak. Pandangan seksual sebagai suatu hal yang tabu juga masih merupakan hambatan bagi orang tua dalam menyampaikan pendidikan seksual kepada anak^{49,50}.

Menyikapi kondisi tersebut tidak diragukan lagi keterlibatan orang tua sebagai guru pertama dan utama bagi anak menjadi sangat penting⁵⁰⁻⁵⁴. Orang tua khususnya ibu perlu dilibatkan dalam interaksi anak dengan gadget sebagai suatu bentuk jawaban dari tantangan pengasuhan di era digital. Melindungi anak dari gadget bukan berarti menghalangi anak dari pemakaian gadget secara langsung. Bagaimanapun anak harus tetap terpapar dengan kemajuan teknologi.

Kebutuhan anak terhadap pengetahuan tentang seksualitas serta kebutuhan perkembangan anak terhadap teknologi membawa anak pada kondisi yang dilematis. Pengawasan orang tua dengan cara melibatkan diri secara langsung dalam interaksi anak dengan gadget diperlukan agar anak terhindar dari ancaman bahaya kekerasan seksual. Media interaktif antara ibu dan anak berbasis mobile seluler menjadi perlu dikembangkan. Melalui media anak mendapatkan pengetahuan tentang seksualitas terutama keterampilan melindungi diri dari kekerasan seksual, mendapatkan pengawasan orang tua serta alat bermain interaktif. Aplikasi media interaktif tersebut diberi nama "Hai DIA".

Aplikasi "Hai DIA" diambil dari kata Diari Ibu Anak. Aplikasi ini akan dirancang sedemikian rupa dengan mengakomodir apa saja yang menjadi kebutuhan orang tua dalam memberikan edukasi seksual dini kepada anaknya. Untuk itu penulis akan memulai dengan melaksanakan *Focus group discussion* (FGD). Hasil dari FGD akan dijadikan bahan untuk membuat logbook ibu dalam aktivitas memberikan pendidikan seksual sehari-hari pada anak. Penulis akan menyiapkan beberapa fitur dalam aplikasi ini berupa permainan edukasi anak, edukasi ibu, file-file edukasi seksual yang dapat digunakan ibu sebagai panduan memberikan edukasi seksual dini. Dalam aplikasi ini ibu diajarkan sistem proteksi yang membatasi anak terhadap konten-konten negatif.

Pertanyaan dalam penelitian ini adalah; Bagaimana persepsi dan sikap ibu terhadap edukasi seksual dini, apa saja yang ibu butuhkan dalam melindungi anaknya dari dampak negatif internet? bagaimana efektifitas media edukasi seksual berbasis mobile terhadap pengetahuan anak tentang *Personal Safety Skill*?

3.6.1 Tujuan Penelitian

- a. Untuk mengetahui gambaran persepsi ibu anak usia sekolah tentang edukasi seksual dini dan upaya penanggulangan kekerasan seksual pada anak.
- b. Untuk mengidentifikasi kebutuhan parenting pada ibu tentang edukasi seksual pada anak.
- c. Untuk mengetahui gambaran sikap ibu dalam pemberian edukasi seksual pada anak pra intervensi dan post intervensi.
- d. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan anak tentang keterampilan melindungi diri terhadap risiko kekerasan seksual / *Personal Safety Skill* pra intervensi dan post intervensi.
- e. Untuk mengetahui efektifitas game anak pada aplikasi Hai DIA (Diari Ibu Anak) terhadap pengetahuan anak tentang antisipasi kekerasan seksual/ *Personal Safety Skill* (PSS).

3.6.2 TINJAUAN PUSTAKA

Persepsi dan Sikap Orang Tua Tentang Edukasi Seksual pada Anak

Persepsi orang tua yang salah tentang edukasi seksual dini terhadap anak membuat orang tua menunda pemberian edukasi seksual terhadap anak mereka. Edukasi seksual pada anak sesungguhnya memiliki pengertian pemberian informasi terkait seksualitas yang akan melindungi anak dari risiko perilaku seks negative. Amaliyah dan Nuqul tahun 2017 menulis tentang persepsi orang tua yang masih banyak

beranggapan bahwa edukasi seksual terhadap anak sebagai hal yang belum pantas disampaikan karena dianggap tabu dan vulgar. Nadar tahun 2017 menulis sebenarnya orang tua sudah memiliki kesadaran tentang pentingnya edukasi seksual dini pada anak namun belum tahu metoda yang tepat dalam menyampaikan topik seksualitas kepada anak^{55,56}.

Pengetahuan Anak Tentang Keterampilan Melindungi Diri Terhadap Risiko Kekerasan Seksual / *Personal Safety Skill*

Sumber pertama kali anak mendapatkan pembelajaran adalah dari keluarga. Kewajiban orang tua untuk memberikan pendidikan formal maupun informal. Keluarga merupakan bentuk pendidikan informal bagi seorang anak. Pendidikan seksualitas sendiri memiliki kedudukan yang sama dengan pendidikan bidang lainnya yang juga dibutuhkan anak sedari belia⁵⁷. Banyak orang tua berpikir seksualitas merupakan hal yang tabu dibicarakan kepada anak-anak.

Orang tua belum memiliki pengetahuan yang memadai tentang materi apa saja terkait seksualitas yang sesuai untuk anak, termasuk salah satunya adalah materi tentang keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual / *Personal Safety Skill* (PSS). Ketidaktahuan anak tentang PSS inilah yang menjadi salah satu sebab anak rentan menjadi korban kekerasan seksual. Sementara itu orang tua memiliki keterbatasan untuk berbicara seksualitas pada anak yang dipengaruhi oleh rasa "Tabu". Program *Underware Rules* dapat membantu orang tua maupun guru dalam meningkatkan komunikasi dalam memberikan pendidikan seksual kepada anak. *Personal Safety Skill* atau keterampilan melindungi diri adalah seperangkat kemampuan yang harus dimiliki oleh anak untuk menyelamatkan dirinya dan menghindar dari risiko kekerasan seksual. Beberapa penelitian menunjukkan pendidikan tentang PSS terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan anak tentang keterampilan mencegah kekerasan seksual^{58,59}.

Aplikasi "Hai DIA"

Penggunaan alat komunikasi portable berbasis android/ gadget saat ini sudah menjadi kebutuhan hampir semua kalangan tak terkecuali anak-anak. Kemajuan teknologi dalam bidang komunikasi tersebut menjadi "penolong" terutama di era pandemi dan new normal seperti saat ini. Dengan berkomunikasi lewat android protokol kesehatan berupa menjaga jarak dan menghindari kerumunan dapat dilakukan secara ketat. Kondisi tersebut memungkinkan manusia dapat memenuhi kebutuhan hubungan sosialnya sekalipun tidak melakukan tatap muka langsung. Begitupula dalam bidang pendidikan, anak-anak dapat memenuhi kebutuhan belajarnya secara daring dengan bantuan media elektronik.

Kebutuhan akan teknologi komunikasi berbasis android menghadapkan penggunanya pada dua sisi mata pedang. Selain manfaat positif gadget memberikan dampak negatif pada penggunanya terutama pada anak dan remaja. Anak dan remaja dengan kemampuan filterisasi yang belum matang perlu mendapatkan pengawasan ketat dari orang dewasa dalam penggunaan gadget ini. Kemudahan akses tentang banyak hal juga memungkinkan masuknya konten-konten yang tidak sesuai dengan perkembangan anak. Hal tersebut diserap oleh anak dan bahkan menjadi "guru" bagi anak yang akan memengaruhi kehidupan sosial mereka. Interaksi yang lama dengan gadget menyebabkan anak tidak punya kesempatan untuk bermain dengan teman sebaya. Kondisi tersebut menimbulkan efek kecanduan pada anak. Dampak negatif berupa kekerasan, pornografi, ketidakcakapan interaksi sosial menjadi ancaman terhadap perkembangan anak⁶⁰⁻⁶².

Dibalik pengaruh negatif tersebut tetap ada peluang yang ditawarkan oleh android. Menggunakan media teknologi secara bijak

bukanlah bearti melepaskan diri dari pemakaian gadget tersebut. Bijak disini bearti pengguna mampu memiliki penilaian yang tepat dalam memilih konten serta memiliki proporsi yang sesuai, menggunakannya sebagai sarana belajar, menjalin komunikasi yang positif. Menyadari kehadiran teknologi adalah suatu yang telah menjadi kebutuhan zaman maka adanya pengaruh negatif teknologi bukanlah menjadi alasan bagi orang tua untuk tidak mengenalkan anaknya terhadap perkembangan teknologi. Justru orang tua memiliki tantangan tersendiri dalam hal mendidik anak-anak mereka sebagai generasi era industri yang tetap melek teknologi namun terbebas dari pengaruh buruknya.

Dengan memanfaatkan tingginya ketertarikan anak terhadap android maka terdapat peluang untuk menggunakan gadget/android sebagai media pendidikan seksualitas bagi anak. Salah satu konten yang digemari oleh anak adalah "Game". Bermain merupakan metode belajar yang efektif bagi anak. Anak tidak merasakan tekanan belajar bahkan permainan yang interaktif memicu anak untuk berkompetisi dalam meraih rangking tertinggi. Dengan demikian memanfaatkan teknologi gadget atau android sebagai sarana edukasi seksual merupakan pilihan yang bijak.

Materi pendidikan seksualitas yang dapat diberikan kepada anak usia sekolah berupa pemahaman anak tentang kondisi dirinya, mengenal jenis kelamin dan cara menghindar dari situasi ancaman kekerasan seksual. Memberikan pemahaman terkait kondisinya diberikan dengan cara mengenalkan anak akan bagian-bagian tubuhnya, bagian tubuh yang merupakan privasinya sehingga tidak boleh dilihat, disentuh, difoto oleh orang lain kecuali untuk kepentingan pemeriksaan medis dengan seizin anak ⁶³.

Anak usia sekolah memiliki sebagian waktunya di sekolah dengan demikian perlunya integrasi pendidikan seksual dengan materi pembelajaran di sekolah. Kondisi tersebut membuat diperlukan suatu konsistensi pengajaran Pendidikan antara orang tua dan pihak sekolah untuk mencegah bias yang akan membingungkan anak. Berdasarkan hasil penelitian Maya Fitria tahun 2017 didapatkan melalui *Focus Group Discussion* materi pendidikan seksual yang dapat diintegrasikan pada anak usia sekolah kelas empat sampai dengan kelas enam adalah sebagai berikut; bagian tubuh, Hubungan (mendengar, berbagi, bekerja sama, toleransi), *Religious values, Sexual Streotyping, sexual harrasement (keeping safe and resisting pressure)*, aku tidak mau sakiti tubuhku/cara menghindari dari aktivitas berbahaya), menjadi polisi atau pelindung untuk diri sendiri dan orang lain (*Confident in relationship*, aku manusia hebat yang bermanfaat/mental yang untuk aqil yang matang), identitas gender, konsep mahrom, adab berpakaian, menanamkan rasa malu, puberty, sexual topic (aku dan cita-citaku/panduan terhadap tujuan dan orientasi hidup ke depan), aku dan akhlakku⁶⁴. Orang tua memang harus lebih intensif dalam memberikan pendidikan seksual pada anak, sinergisitas antara orang tua dan pihak sekolah akan sangat membantu orang tua yang mengalami kesulitan dalam mengedukasi anaknya. Aspek etika, norma budaya dan agama merupakan hal yang tak dapat dipisahkan dari pendidikan seksual³⁸.

Pada aplikasi Hai Dia akan dirancang konten Ibu dan Konten Anak. Dalam ke dua konten tersebut akan diberikan ruang edukasi parenting interaktif dalam bentuk video, kuis yang dikemas dalam bentuk game dan logbook atau diary untuk ibu dan anak. Aplikasi ini juga akan dirancang dengan system pengamanan dimana orang tua dapat mengontrol apa yang dibuka oleh anak serta pembatasan waktu

anak dalam penggunaan gadget. Ruang parenting akan diisi dengan strategi orang tua dalam menjawab pertanyaan seputas seksualitas yang sesuai dengan tahap perkembangan anak. Peneliti akan menilai pengetahuan, persepsi dan sikap tentang edukasi seksual kepada anak sebelum dan sesudah intervensi.

3.6.3 Metodologi Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *multi stage*. Tahap pertama dimulai dengan mengeksplorasi persepsi dan kebutuhan ibu terhadap pentingnya edukasi seksual pada anak. Dalam penelitian kualitatif akan menggunakan pendekatan *grounded theory*. Tujuan dari metode *grounded theory* ini mengembangkan suatu teori yang didapatkan dari hasil eksplorasi proses sosial yang terjadi melalui interaksi perilaku individu didalam masyarakat. Dasar dari metode ini adalah *symbolic interactionism* dimana setiap individu akan berperilaku dan berinteraksi terhadap symbol-simbol tertentu dalam kehidupan. Pada penelitian ini, tim akan mengeksplorasi proses sosial pada sekelompok ibu dengan anak usia sekolah terkait persepsi dan sikap ibu terhadap pendidikan seksual dini pada anak dan cara pencegahan kekerasan seksual terhadap anak. Proses eksplorasi menggunakan *Focus Group Discussion (FGD)*.

Hasil eksplorasi akan dikembangkan menjadi suatu teori atau konsep yang nantinya akan dijadikan landasan untuk mengatasi masalah kekerasan seksual terhadap anak di Kota Bengkulu yang angkanya masih tinggi. Konsep tersebut akan dijadikan bahan untuk menciptakan aplikasi android "Hai Dia" sehingga diharapkan aplikasi ini sesuai dengan apa yang diharapkan oleh ibu. Pengembangan aplikasi menggunakan model analysis, development, desing, implementation dan evaluation (ADDIE). Aplikasi Hai Dia dirancang sebagai alat komunikasi edukasi interaktif antara ibu dan anak terkait

seksualitas. Hai Dia akan dirancang memiliki konten untuk ibu sendiri, konten untuk anak serta konten untuk keduanya. Produk aplikasi inilah yang akan dijadikan intervensi dan diuji efektifitasnya dalam penelitian kuantitatif.

Penelitian kuantitatif menggunakan metode kuasi eksperimen dengan *One Group pre and post Intervention*. Pengetahuan dan sikap ibu terhadap edukasi seksual pada anak akan dinilai pre dan post intervensi. Sementara itu untuk anak sekolah akan dilakukan penilaian pengetahuan tentang *Personal Safety Skill* (PSS) pre dan post intervensi. Metode aplikasi berbasis android yang digunakan adalah system pendukung keputusan karena terdapat penilaian pre dan post intervensi.

Skema 5.1 Desain Penelitian



Gambar 3. 3 Desain Penelitian

Keterangan:

- R1 : kelompok ibu
R2 : kelompok anak sekolah
I Ibu : intervensi Konten untuk ibu di aplikasi Hai Dia; video parenting dan logbook
I Anak : intervensi Konten untuk anak di aplikasi Hai Dia; video dan game
Q1I : penilaian pra intervensi sikap dan pengetahuan ibu dalam edukasi seksual pada anak
Q2I : penilaian post intervensi sikap dan pengetahuan ibu dalam edukasi seksual pada anak
Q1A : penilaian pra intervensi PSS anak
Q2A : penilaian post intervensi PSS anak

Partisipan dan Sampel

Partisipan dalam penelitian terdiri atas dua pasangan kelompok yaitu kelompok ibu dari anak usia sekolah beserta anaknya. Partisipan dipilih dengan *Purposive Sampling*. Kriteria calon partisipan disusun sesuai dengan tujuan penelitian dan mengacu pada isu yang relevan dari fenomena yang akan diteliti. Kriteria tersebut adalah sebagai berikut: 1) ibu yang memiliki anak usia sekolah (10 – 12 tahun), 2) anak memiliki

gadget/android dan dapat menggunakan, 3) bersedia menjadi partisipan.

Jumlah partisipan untuk penelitian kualitatif tidak ada pengukuran penetapan jumlah sampel, jumlah sampel dianggap memadai apabila telah tercapai saturasi data. Namun demikian Creswell tahun 2012 menganjurkan jumlah sampel yang baik untuk *grounded theory* sebesar 20 – 60 partisipan. Pada FGD ini sebanyak 12 orang ibu bersedia terlibat. Sampel pada penelitian kuantitatif sebanyak 108 siswa sekolah dasar yang terbagi menjadi kelompok intervensi 55 siswa dan kelompok kontrol 52 siswa.

Waktu dan tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni sampai dengan Desember 2021. Lokasi penelitian di Kota Bengkulu.

Etika penelitian

Sebelum menjalankan penelitian, proposal penelitian ini telah diajukan ke komite etik Kesehatan untuk dilakukan Uji Etik penelitian (*Ethical Clearance*) dari Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan nomor no. 145/ N25.1.14/KEPK/2021. Peneliti menyusun formulir *Inform Consent* yang akan diberikan kepada calon partisipan. Partisipan akan diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur singkat penelitian. Penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak otonomi dan kerahasiaan partisipan. Kerahasiaan dijaga dengan jalan menggunakan data hanya untuk kepentingan penelitian setelah selesai data yang diperoleh akan dihancurkan.

3.6.4 Hasil Penelitian

Tahap 1

Tahapan penelitian yang telah dilaksanakan adalah pengumpulan data yang dibutuhkan untuk mengembangkan aplikasi edukasi seksual

berbasis mobile. Data tersebut didapatkan melalui kegiatan penelitian kualitatif *Grounded Theory*. Teknik pengumpulan data pada penelitian kualitatif tersebut adalah dengan cara Diskusi Grup Terfokus (DKT) dan studi literatur. Partisipan terdiri atas 12 orang ibu yang memiliki anak usia sekolah yaitu usia 10 sampai dengan 13 tahun.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan bulan September 2021 di Kota Bengkulu. FGD dilakukan sebanyak dua kali untuk mengidentifikasi persepsi dan kebutuhan ibu terhadap aplikasi berbasis mobile sebagai media edukasi untuk mencegah kejahatan seksual pada anak. Pelaksanaan pada setiap FGD nya berkisar 45 menit sampai dengan 60 menit bertempat di kampus D3 keperawatan Universitas Bengkulu. Dari hasil FGD proses pengumpulan data dilanjutkan dengan studi dokumen yaitu membuat memo. Memo yang dibuat digunakan untuk membangun analisis yang menjelaskan kategori dan mengarahkan pada perumusan teori yang akan dihasilkan (Corbin, Strauss, 2007 dalam Afiyanti 2014)⁶⁵. Untuk penelitian kuantitatif karena menunggu proses penyelesaian pembuatan aplikasi maka dimulai pada tanggal 10 November dan berakhir tanggal 10 Desember 2021.

Peneliti menyiapkan empat pertanyaan pemicu untuk FGD. Pertanyaan pada FGD pertama dikemukakan dua pertanyaan yaitu "Bagaimana pandangan ibu-ibu terhadap pendidikan seksual pada anak?"⁵⁵, "Apa yang menjadi kebutuhan ibu dalam memberikan pendidikan seksual pada anak?". Pada FGD sesi kedua dilanjutkan dengan dua pertanyaan berikutnya yaitu, "Bagaimana cara ibu dalam melindungi anak dari kejahatan seksual di era digital ini?". "Apa upaya yang telah ibu lakukan untuk memberikan pendidikan seksual kepada anak ibu?".

Analisis Data

Data dianalisis menggunakan analisis tematik. Data dan informasi yang didapat melalui FGD akan dikelompokkan menjadi beberapa kategori (*Open Coding*). Selanjutnya dari kategori-kategori yang ada akan dipilih menjadi satu model teoritis (*axial Coding*) yang akan dihubungkan dengan kategori-kategori lain (*selective Coding*) sebagai kerangka cerita ⁶⁶. Elaborasi dari kata kunci dijadikan informasi untuk menetapkan kategori. Dilakukan analisis komparatif terhadap kategori teoritis secara konstan. Hingga terjadi redundansi informasi yang menunjukkan adanya saturasi data dengan demikian dapat dirumuskan memo yang mengarahkan pada kategori inti ⁶⁷. Kategori inti yang dihasilkan adalah menyiapkan anak menjadi masyarakat digital terbebas dari kejahatan seksual berbasis online.

Keabsahan data dilakukan melalui kredibilitas data, transferabilitas, dependabilitas dan konfirmabilitas. Pelaksanaan FGD dilakukan dua sesi dengan empat pertanyaan pemicu, dengan demikian peneliti memiliki kesempatan yang cukup lama dalam membina hubungan dengan partisipan. Kepercayaan partisipan terhadap peneliti berguna untuk menghasilkan data sealamiah mungkin. Semua aktivitas dalam penelitian dituangkan dalam Audit Track berupa catatan rinci mulai dari keputusan menetapkan kriteria partisipan, setting FGD, perumusan pertanyaan pemicu sesuai masalah penelitian, catatan pemikiran yang reflektif dan analittik. Audit track berkontribusi pada dependability hasil penelitian. Peneliti dan partisipan terhubung melalui media social di grup whatssapp yang memudahkan proses member chek. Selain itu setiap selesai proses FGD peneliti meminta partisipan untuk memberikan tanggapan terhadap deskripsi dan interpretasi data yang dihasilkan. Berdasarkan material hasil diskusi dan pengetahuan teoritis yang dimiliki peneliti maka dibuatlah deskripsi padat. Deskripsi

padat berkenaan dengan kualitas transferability, alur deskripsi yang dibuat menjadi rangkaian cerita yang saling berhubungan memungkinkan hasil penelitian dapat digeneralisasi pada populasi lain. Selanjutnya proses triangulasi dilakukan dengan triangulasi data, triangulasi peneliti dan triangulasi teori.

Hasil dari analisis komparatif konstan terhadap kategori teoritik didapatkan kategori inti yaitu "Menyiapkan anak sebagai bagian dari masyarakat digital yang terbebas dari kejahatan seksual". Kategori inti tersebut dibentuk lima kategori teoritik dan lima belas subkategori. Ke lima kategori teoritik tersebut adalah "Pandangan ibu terhadap pendidikan seksual kepada anak", "Strategi komunikasi seksual terhadap anak", "Dampak negative dari media online", "Keterbatasan untuk melakukan pengawasan", "Bekal yang dibutuhkan oleh anak" dari ke lima kategori teoritik ditarik memo yaitu "Tantangan baru dalam pengasuhan" yang kemudian dibuatlah menjadi kategori inti. Hasil tersebut menjadi dasar bagi tim penelitian untuk mengembangkan aplikasi berbasis *mobile*.

Kategori Teoritis 1: Pandangan ibu terhadap pendidikan seksual anak

Seluruh peserta menyampaikan pandangannya tentang pentingnya memberikan pendidikan seksual pada anak. Ditemukan dua subkategori, antara lain Mengubah pandangan lama tentang pendidikan seksual dan Media online sebagai sumber informasi.

Mengubah pandangan lama tentang pendidikan seksual

Para ibu menyadari bahwa harus ada perubahan pandangan terhadap pendidikan seksual di era perkembangan teknologi ini. Dulu, orang tua enggan membicarakan seksualitas kepada anak-anaknya; hal itu

dianggap tabu dan melanggar nilai kesusilaan. Pandangan ini masih perlu diubah.

"Baiklah, menurut saya pendidikan seksual pada anak sangat penting agar mereka terhindar dari kekerasan dan kekerasan seksual." Partisipan 3

"...Jadi sebaiknya kita sebagai orang tua pada umumnya mengubah pola pikir kita, kita tidak boleh lagi menganggap pendidikan seks sebagai hal yang tabu bagi anak" Partisipan 5.

Media online sebagai sumber informasi

Media onlinemerupakan salah satu sumber informasi bagi anak,termasuk tentang seksualitas; Bahkan anak-anak seringkali lebih dulu mendapatkannya dari media dibandingkan dari orang tuanya. Anak-anak lebih tertarik menggali informasi melalui media elektronik.

"Anak-anak sekarang pertama kali mengetahui tentang berbagai informasi dari ponsel mereka.." Partisipan 1.

"...Jadi menurut saya anak lebih banyak menonton gadget dibandingkan televisi, maka menurut saya pendidikan seksual itu penting bagi anak" Partisipan 9.

Kategori Teoritis 2: Strategi komunikasi seksual dengan anak

Kesadaran ibu tentang pentingnya pendidikan seksual sejak dini belum diimbangi dengan pengetahuan yang memadai. Pengetahuan ini berkaitan dengan komunikasi dan batasan materi yang tepat diberikan sesuai tahap pertumbuhan anak. Ada dua subkategori: Komunikasi seksualitas menurut tumbuh kembang dan Mempertahankan aspek etika dan budaya.

Komunikasi seksual menurut pertumbuhan

Para ibu mengalami kesulitan dalam mengkomunikasikan seksualitas untuk memberikan pendidikan kepada anaknya.

"Kalau menurut saya, mengajarkan tentang seksualitas itu penting, tapi kenyataannya sulit untuk kita lakukan. Sungguh, karena hal yang berkaitan dengan seksualitas itu rentan... Sebenarnya mungkin ada informasi yang memang perlu diketahui oleh anak-anak" Partisipan 4.

"Pertama tentu orang tua harus diedukasi tentang kesehatan reproduksi, sampai saat ini orang tua "jangan ngomong seperti itu, terlalu vulgar", begitulah penyebutan vagina penis di keluarga saya dan keluarga orang lain mungkin berbeda" Partisipan 20.

Mempertahankan nilai aspek etika dan budaya

Para ibu berharap dapat memberikan pendidikan seksualitas mengenai nilai-nilai kesopanan yang ada di masyarakat.

"...pendidikan dan pengetahuan tentang seksualitas itu sendiri, jika kita sudah menyampaikan dasar-dasar ilmu agama atau etika sikap dan perilakunya di rumah maka anak akan paham dengan baik" Partisipan 6.

Kategori Teoritis 3: Dampak negatif media online

Ada tiga subkategori untuk kategori ketiga ini: Media elektronik juga menunjukkan hal-hal negatif, risiko yang sama antara anak laki-laki dan perempuan, dan orang tua harus mengikuti perkembangan teknologi.

Media online juga menampilkan hal-hal negatif

Para ibu merasakan perlunya melindungi anak-anak mereka dengan pendidikan seksual dini untuk melawan dampak buruk Internet, termasuk kejahatan seksual terhadap anak.

“...Jangan biarkan anak-anak menonton hal-hal yang negatif. Biasanya game-game tersebut menampilkan kekerasan, seperti penembakan atau pornografi dalam bentuk kartun. Makanya, saya minta game tersebut dihapus, karena merugikan anak-anak kita” (Peserta 5).

Anak laki-laki dan perempuan memiliki risiko yang sama terhadap kekerasan online

Para ibu sadar akan risiko Internet tanpa memandang gender, dan kewaspadaan diperlukan dalam mendidik anak laki-laki dan perempuan.

“...jaman sekarang bukan hanya perempuan saja yang minder dengan kekerasan terhadap anak, tapi pelecehan seksual dimana-mana. Sekarang ini banyak sekali pelakunya, laki-laki LGBT terhadap laki-laki. Jadi PR kita ganda, apalagi untuk perempuan dan laki-laki, bahayanya selalu mengancam” Partisipan 5.

Grooming sebagai modus kejahatan online

Orang tua sudah mengetahui adanya kejahatan seksual online. Para orang tua memperingatkan anak-anak mereka akan bahaya ini.

“...jadi aku ingatkan anak-anak tentang aplikasi seperti Instagram atau komunitas media sosial lainnya bersama teman-temannya, jangan berteman dengan orang yang tidak dikenal, karena nanti semua ponsel itu bisa diakses manipulasi. Takutnya perkenalan ini menggunakan foto profil palsu. Bisa saja mereka mengaku remaja padahal sebenarnya tidak. Ternyata modusnya adalah berniat jahat pada anak-anak” Partisipan 5.

“Bahkan anak-anak SMA kalau kita jelaskan, nah mereka tidak tahu bahwa mereka adalah korban kekerasan, ketika mereka melakukan

"pap-pap" mereka sudah menjadi bagian dari kekerasan yang bisa digunakan orang lain untuk mengancam pemerasan dan segala macam hal.." Partisipan 18.

Orang tua harus terampil dalam teknologi

Orang tua hendaknya meningkatkan pengetahuan dan penguasaan teknologi agar fungsi pengawasan dapat terlaksana.

"...meningkatkan kemampuan ibu-ibu dalam menggunakan gadget dan mengoperasikan aplikasi pada gadget atau tablet atau komputer di rumah" Partisipan 3.

Kategori Teoritis 4: Keterbatasan pengawasan

Kategori teoritis keterbatasan orang tua dalam pengawasan dibagi menjadi dua subkategori: Kesibukan sebagai ibu bekerja atau mengasuh anak kecil dan Upaya melindungi anak dari Child Sexual Abuse (CSA).

Ibu memiliki kesibukan bekerja ataupun mengasuh anak yang lebih kecil

Diketahui, orang tua juga memiliki keterbatasan dalam mengawasi anak berinteraksi dengan media berbasis online. Kondisi ini dipicu karena sang ibu adalah seorang pekerja dan memiliki anak lain yang masih kecil, sehingga perhatian terhadap anak pun terbagi.

"...Kita sebagai orang tua, juga harus berangkat kerja, menyibukkan diri, dan akhirnya komunikasi yang dibutuhkan anak-anaknya terlupakan" Partisipan 2.

Upaya Ibu Melindungi Anak dari Child Sexual Abuse (CSA)

Para ibu telah mengambil langkah-langkah untuk melindungi anak-anak mereka dari bahaya kejahatan seksual berbasis online. Hal ini terlihat dari pernyataan berikut:

“...membatasi anak bermain gadget, mungkin kita beri kebebasan sekitar 3 jam dalam satu hari dalam pengawasan kita untuk mengetahui aplikasi apa saja yang mereka buka agar anak terhindar dari ancaman seksual seperti itu” Partisipan 10.

Kategori Teoritis 5: Persiapan yang dibutuhkan anak

Subkategori pada kategori kelima berupa perbekalan yang dibutuhkan anak untuk melindungi dirinya dari kejahatan seksual online. Subkategorinya adalah: memberikan bekal ilmu agama dan menciptakan hubungan keluarga harmonis.

Memberikan ilmu agama

Ibu percaya bahwa ilmu agama yang baik akan menimbulkan rasa introspeksi pada anak untuk mencegah bahaya.

“Ya menurut saya yang paling dibutuhkan adalah ilmu agama karena saya melihat banyak anak-anak di sekitar saya dan saya membaca kasus-kasus itu” Partisipan 5.

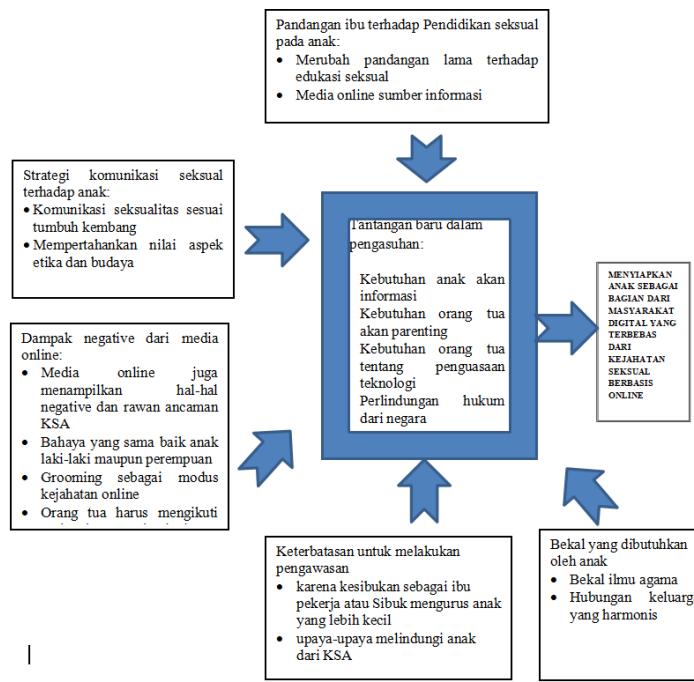
Menciptakan hubungan Keluarga yang Harmonis

Keluarga merupakan sekolah pertama dalam pembentukan karakter anak. Para ibu menyadari hal tersebut dan beranggapan bahwa keharmonisan keluarga sangat diperlukan dalam melindungi anak dari bahaya Kekerasan Seksual pada Anak.

“Menurut saya yang dibutuhkan adalah mendidik anak tentang seks sebagai prioritas. Tentu juga agama dan hubungan harmonis.” Partisipan 11.

Memo: Tantangan Baru dalam Mengasuh Anak

Sebuah memo diambil dari lima kategori teoritis di atas. Selain itu, penegakan hukum juga diperlukan dalam permasalahan kejahatan seksual terhadap anak. Khususnya di Indonesia, reformasi hukum diperlukan untuk perlindungan berkelanjutan terhadap anak yang melakukan kejahatan seksual terhadap anak. Saat ini fenomena ICSA menjadi fokus baru. Selanjutnya dirumuskan kategori inti: Upaya perlindungan anak sebagai bagian dari masyarakat digital bebas kejahatan seksual berbasis online .



Gambar 3. 4 Kerangka Model Teoritis Grounded Theory "Menyiapkan Anak Sebagai Bagian Dari Masyarakat Digital Yang Terbebas Dari Kejahatan Seksual Berbasis Online"

Tahap Dua

Berdasarkan hasil dari kategori tiga subkategori empat yang menyebutkan bahwasanya harus memiliki keterampilan penguasaan teknologi. Inilah yang menjadi dasar bagi peneliti untuk merancang sebuah media berbasis mobile yang memfasilitasi kebutuhan ibu akan media edukasi seksual berbasis gadget, aplikasi tersebut dinamakan Hai Dia. Aplikasi tersebut memiliki dua menu yaitu menu untuk orang tua dan menu untuk anak.



Gambar 3.5 Menu orang tua dan menu anak di aplikasi Hai Dia

Kuis anak berupa kuisioner tentang keterampilan melindungi diri dari risiko kekerasan seksual terhadap anak yang terdiri atas 20 butir pertanyaan. Kuisioner ini dibuat peneliti telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan hasil nilai Apha Cronbach 0,384

dengan r hitung 0,361 dan hasil uji reabilitas dengan nilai r 0,362 sampai dengan 0,642. Uji kelayakan aplikasi dilakukan pada 40 orang anak SD yang ada di Kelurahan Kandang Limun Bengkulu. Berikut hasil uji kelayakan aplikasi berdasarkan variabel pengoperasian, tampilan dan isi aplikasi.

Tabel 3.5 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi "Hai Dia" Variabel Pengoperasian

No.	Pengoperasian Aplikasi (V1)	M	Frekuensi Penilaian			
			SB	B	KB	TB
1	Kemudahan dalam menjalankan Aplikasi	3,825	33	7	0	0
2	Kemudahan dalam memahami fungsi dan instruksi pengoperasian Aplikasi	3,7	28	12	0	0
Jumlah frekuensi Penilaian			61	19	0	0
Presentase rata-rata			76,25%	23,75%	0	0
Total rata-rata kategori			3,763			
Kategori			SANGAT BAIK			

Tabel 3.6 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi "Hai Dia" Variabel Tampilan

No.	Tampilan (V2)	M	Frekuensi Penilaian			
			SB	B	KB	TB
1	Kejelasan tulisan yang ada pada Aplikasi	3,575	24	15	1	0
2	Kejelasan tampilan gambar pada Aplikasi	3,525	21	19	0	0
3	Kejelasan video dan suara yang ada pada Aplikasi	3,5	20	20	0	0
4	Pemilihan warna pada Aplikasi	3,225	10	29	1	0
Jumlah frekuensi Penilaian			75	83	2	0
Presentase rata-rata			47%	52%	1%	0
Total rata-rata kategori			3,456			
Kategori			SANGAT BAIK			

Tabel 3.7 Hasil Uji Kelayakan Aplikasi "Hai Dia" Variabel Isi Aplikasi

No.	Isi Aplikasi (V3)	M	Frekuensi Penilaian			
			SB	B	KB	TB
1	Kejelasan sitip yang ada pada aplikasi	3,675	27	13	0	0

2	Kejelasan materi tentang pencegahan kekerasan seksual terhadap anak	3,675	27	13	0	0
3	Kejelasan materi tentang pencegahan kekerasan seksual terhadap anak	3,625	25	15	0	0
4	Kesesuaian antara materi dengan soal evaluasi	3,65	26	14	0	0
Jumlah frekuensi Penilaian			105	55	0	0
Presentase rata-rata			65,63%	34,38%	0	0
Total rata-rata kategori			3,656			
Kategori			SANGAT BAIK			

Uji efektifitas Aplikasi Hai Dia dalam meningkatkan pengetahuan anak sekolah dasar tentang *personal safety skill* dilakukan pada kelompok intervensi yaitu siswa SDN 99 sebanyak 55 orang. Untuk kelompok kontrol diberikan edukasi melalui booklet "Anak Bengkulu Pintar Jago Diri". Adapun muatan edukasi antara aplikasi "Hai Dia" dan Booklet adalah sama. Kelompok kontrol sebanyak 53 orang anak yaitu siswa SDN 81 Kota Bengkulu.



Gambar 3. 6 Booklet "Anak Bengkulu Pintar Jago Diri" sebagai intervensi untuk kelompok kontrol

Data berdistribusi normal pada kelompok intervensi sehingga uji yang digunakan adalah uji pair t-test dan data tidak berdistribusi normal pada kelompok kontrol.

Tabel 3.8 Perbedaan rata-rata pengetahuan siswa tentang Personal Safety Skills (n Hai Dia=55, n Booklet=53)

	Mean		Std. Deviation	95% Confidence Interval of the Difference	p-value	
Pre-Post edukasi Hai Dia	-5.182		8.106	-7.373 - (-2.990)	0.000 ^a	
	Observation (Mean \pm SD)	Positive ranks	Negative ranks	Bond	p-value	
Pre-Post edukasi Booklet	± 19.46 (272.50) - ± 24.60 (762.50)	31	14	8	0.005 ^b	
	Means Delta (Δ)				0.052 ^c	
Edukasi Hai Dia	59.96					
Edukasi Booklet	48.83					

3.6.5 Pembahasan

Tahap satu

Media berbasis teknologi internet sangat digemari oleh anak sebagai media hiburan dan belajar yang interaktif. Dengan demikian media online dapat dimanfaatkan untuk metode interaktif dalam menyampaikan edukasi seksual. Hanya saja kesempatan ini juga diambil oleh pelaku kekerasan seksual terhadap anak (KSA). Pelaku mengawali aksinya dengan melakukan *grooming*. *Grooming* menjadi suatu tren yang perlu diwaspadai dari pelaku kekerasan seksual anak baik secara online maupun tatap muka. Mereka membina hubungan emosional erat kepada anak hingga anak terpedaya. Bahkan hubungan tersebut juga dilakukan pada orang tua atau pengasuh anak. Hubungan lewat media berbasis online memungkinkan pengawasan minimal dari orang tua. Sosial media dan budaya internet memberikan keleluasaan dalam informasi profil virtual terkait identitas dan gender. Hal tersebut memudahkan proses *grooming*. Modus yang digunakan untuk grooming oleh pelaku dewasa dengan menyamarkan identitas mereka sebagai teman sebaya. Anak-anak meyakini ia sedang berinteraksi dengan teman sehingga dengan sukarela mau berbagi informasi dan

mengikuti pelaku. Anak tidak menyadari kalau mereka sedang dimanipulasi hingga kemudian mereka akan terlibat dalam sexting, membuat gambar atau video porno dan berinteraksi melalui webcam ⁶⁸⁻⁷⁰. Pelaku tidak hanya memanfaatkan media online dalam menjalankan aksinya namun juga menggunakan cara-cara lama. Teknologi campuran ⁷¹. Mengingat potensi bahaya yang ditimbulkan oleh media online maka masyarakat perlu mengubah pandangan konseptual dalam menyikapi penggunaan internet. Orang tua hendaknya bijak dalam melakukan kontrol terhadap dilematisasi internet serta jeli melihat antara risiko dan manfaatnya ⁷².

Partisipasi orang tua dan hubungan anak di dunia maya perlu dibangun. Begitupula jaringan antar orang tua. Sharing pengalaman antara orang tua dengan orang tua lain yang terhubung dengan media social merupakan upaya yang diyakini dapat menangkal dampak buruk internet. Metode *peer to peer* tersebut digunakan pelaku KSA dalam menjalankan aksinya melalui media online. Dengan demikian kita dapat mengadopsi metode tersebut untuk upaya penanganannya. Orang tua dan pendidik perlu memahami sexting sebagai budaya di kalangan remaja dan menganggap hal tersebut normal dan wajar untuk tumbuh kembang anak. Pemahaman tersebut akan memudahkan orang tua, pendidik bahkan tenaga medis khususnya perawat dalam pendekatan kepada remaja untuk berdiskusi tentang *sexting*. Diharapkan remaja mendapatkan sumber yang adekuat sehingga menghindarkan mereka dari risiko negative sexting dan dapat mengelola perilaku sexting. Kontrol social dari orang tua serta pola asuh dapat menurunkan perilaku sexting berisiko (Dolev-Cohen, M., & Ricon, T. (2020);^{73,74}.

Kita harus tetap memikirkan strategi jitu untuk melindungi generasi muda dari bahaya KSA. Sekalipun KSA online merupakan

masalah yang cukup rumit namun menjadikan media online tersebut sebagai solusi tetap merupakan pilihan yang tepat. Inovasi dalam bidang teknologi untuk mengembangkan media edukasi dan promosi. Teknologi digital sendiri diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai media pelaporan dan meningkatkan peran serta masyarakat untuk mengambil tindakan melindungi korban.

3.6.1 Tahap Dua

Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode pendidikan manual dan teknologi berbasis mobile berpengaruh signifikan terhadap pengetahuan anak tentang PSS. Gambar-gambar pada kedua media tersebut dapat membantu anak dalam memvisualisasikan cerita, sehingga memudahkan mereka dalam memahami beberapa kata yang mungkin agak sulit; anak-anak akan dapat menangkap makna cerita dari gambar-gambar yang ada di buku. Gambar-gambar tersebut akan mengeksplorasi imajinasi anak hingga terasa nyata. Dengan demikian buku bergambar dapat menjadi media pilihan orang tua dan guru dalam menyampaikan informasi/pendidikan seksualitas kepada anak karena masih adanya anggapan bahwa pendidikan seksual pada anak merupakan hal yang tabu. Media pembelajaran/buku cerita bergambar yang berkaitan dengan pendidikan seksualitas pada anak masih sedikit. Begitu pula dengan media berbasis online dengan gambar yang menarik meningkatkan minat anak dalam mengeksplorasi materi di media tersebut. Penelitian kami sebelumnya juga mendukung hasil ini. Telah kami uji efektivitas media ular tangga dengan busy book dalam meningkatkan pengetahuan PSS anak^{75,76}.

Dalam penelitian ini, kedua media tersebut terbukti signifikan dalam meningkatkan pengetahuan anak tentang melindungi diri dari risiko kekerasan seksual. Tidak terdapat perbedaan efektivitas yang signifikan antara kedua media tersebut, karena pengaruh orang tua

masih besar terhadap perkembangan tingkah laku anak sehingga apa yang diajarkan orang tua masih melekat pada jiwa anak. Orang tua masih menjadi sumber informasi utama bagi anak. Semakin tua usia anak maka semakin tinggi tingkat kemandirian anak dan mencari sumber informasi ⁷⁷⁻⁷⁹. Meningkatnya kemandirian anak dan kemampuan mengeksplorasi lingkungan, termasuk teknologi, akan memudahkan anak dalam mengakses gadget. Tanpa pengawasan dan bimbingan yang baik dari orang tua tentunya hal ini dapat membuat anak terjerumus dalam dampak buruk media online ⁸⁰.

Memperkenalkan media online atau teknologi berbasis mobile sedini mungkin tidaklah salah. Karena tuntutan zaman sudah menjadi bagian dari masyarakat digital, hanya saja bagi anak usia sekolah (10-13 tahun), teknologi berbasis mobile seperti gadget atau smartphone masih sebatas pengenalan dan belum diberikan secara cuma-cuma. sebagai barang anak-anak. Orang tua perlu berkomunikasi dengan anak-anak mereka dan memberi tahu mereka tentang manfaat dan dampak negatif teknologi ini. Dampak negatif ketergantungan terhadap media online sebagai media hiburan diakui remaja sebagai salah satu faktor penyebab perubahan kesehatan, begadang, menunda makan, dan menunda buang air kecil ^{47,81,82}. Melindungi anak dari dampak negatif gadget adalah dengan mengembangkan kemampuan mengatur diri anak. Kemampuan mengatur diri merupakan kemampuan sosial yang diperlukan anak untuk beradaptasi terhadap segala tantangan yang terjadi dalam kehidupannya dan menjalankan fungsi hidupnya secara efektif ketika ia beranjak dewasa⁷⁸. Dengan kemampuan tersebut, anak sudah sadar secara mandiri dan mampu memilih dan memilih. memilih hal baik dan buruk dari media online

Collins dkk, pada tahun 2017 menulis bahwa media online lebih berbahaya sebagai sumber pornografi dibandingkan media offline⁸⁶. Kondisi ini disebabkan oleh paparan dan efek kecanduan yang ditimbulkan oleh media online serta sulitnya pengawasan orang tua. Di sisi lain, media promosi audio visual merupakan salah satu alat promosi kesehatan anak yang efektif. Hal ini juga dimungkinkan dengan menggunakan media elektronik. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk meminimalkan dampak buruk media online dengan penciptaan alat untuk membantu orang tua mengidentifikasi dan mengelola dampak buruk media terhadap kesejahteraan seksual anak-anak mereka dan pengembangan serta penyebaran program literasi media inovatif terkait seksual kesehatan. Semua itu tentunya juga sangat bergantung pada dukungan pemerintah^{86,87}.

Sebagai pelindung masyarakat, pemerintah harus melakukan upaya untuk melindungi generasi muda. Padahal melindungi anak dari risiko kejahatan seksual baik perempuan maupun laki-laki merupakan tanggung jawab bersama pemerintah dan seluruh masyarakat. Dampak depresi dari kejahatan seks online, khususnya pada anak perempuan, dapat mendorong kesenjangan gender dalam kesehatan mental di kalangan remaja⁸⁸. Pemerintah Indonesia telah mengadaptasi program peraturan pakaian dalam untuk melindungi anak-anak dari kejahatan seksual. Kyriaki Michailidou dari Yunani, pada tahun 2015, melakukan studi wawancara terhadap tujuh orang tua dari anak-anak usia target program Pakaian Dalam tentang perspektif orang tua terhadap program tersebut. Para orang tua menganggap program ini sebagai langkah awal yang baik untuk membicarakan pelecehan seksual kepada anak-anak mereka⁸⁹.

Persepsi negatif seringkali menghambat pendidikan seksual yang dilakukan orang tua terhadap anaknya di rumah. Orang tua tidak

mengetahui tahapan perkembangan psikoseksual anak; sebagian besar orang tua memandang seksualitas sebagai hubungan seksual antara dua jenis kelamin sehingga merupakan hal yang tabu dan belum diberikan pada anak usia dini. Meningkatnya kasus kejahatan seksual terhadap anak mencerminkan kesadaran mereka akan pentingnya pendidikan seksual sejak dini, namun sayangnya belum diimbangi dengan upaya untuk mengatasi kejadian tersebut⁵⁶. Seringkali orang tua baru menyadari pentingnya pendidikan pelecehan seksual setelah anaknya menjadi korban. Faktanya, dampak viktimisasi sangat merugikan terhadap kesehatan dan kesejahteraan serta tumbuh kembang korban. Dan di era digital ini, kejahatan seksual berbasis online meningkat ⁹⁰⁻⁹³. Mereka akan meningkatkan fungsi pengawasannya; alangkah baiknya jika dilakukan sedini mungkin sebagai upaya preventif agar hal tersebut tidak terjadi. Hal ini mengingat dampak jangka panjang terhadap perkembangan mental anak korban kejahatan seksual. Orang tua diharapkan datang ke konselor untuk mendampingi anaknya. Ibu terbukti mempunyai peranan yang sangat penting dalam memberikan pendidikan seksual. Bagi anak sekolah sebaiknya pendidikan seks diberikan dengan media manual, manfaatnya tidak hanya untuk mempererat bonding orang tua dengan anak namun juga menghindarkan anak dari dampak buruk gadget. Disini perawat dapat menjalankan perannya sebagai konselor atau sumber lain yang dapat membantu.

Walaupun pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara media manual dan media *mobile*, namun untuk anak usia lebih besar (13 tahun ke atas), tetap perlu dikembangkan aplikasi dengan konten dan materi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak. Gadget sebagai salah satu media *mobile* sudah sangat umum digunakan saat ini. Anak-anak akan tumbuh dan berkembang menjadi

remaja pertengahan bahkan dewasa. Saat itu, kebersamaan dengan orang tua akan berkurang. Namun pada gaya hidup tertentu, faktor orang tua tetap dominan dibandingkan teman sebayanya, misalnya kebiasaan merokok ⁹⁴. Peran orang tua diperkirakan akan tetap berpengaruh ketika anak semakin mandiri dalam mengakses teknologi. Menghadapi hal tersebut, pentingnya regulasi dari pemerintah untuk membatasi situs-situs yang merugikan perkembangan remaja. Pemerintah diharapkan dapat merangsang aktivis sosial untuk menjadi sukarelawan melawan kekerasan seksual. Pemerintah patut mengapresiasi pihak-pihak yang membuat konten positif yang menyuarakan anti kekerasan seksual.

3.6.6 Simpulan

Perkembangan teknologi mempengaruhi gaya pengasuhan orang tua terhadap anak. Era Digital dengan segala manfaat dan risikonya menghadirkan tantangan pengasuhan bagi para orang tua. Orang tua harus terampil dalam teknologi untuk menciptakan generasi digital yang bebas dari kekerasan seksual terhadap anak. Praktisi kesehatan, khususnya perawat maternitas, dapat mengambil peran untuk membantu orang tua dalam mendidik anaknya. Pemanfaatan teknologi untuk pendidikan diperlukan mengingat kebutuhan anak akan informasi interaktif dan keterampilan teknologi.

Media booklet dan media berbasis online yang menyampaikan pesan aturan pakaian dalam dengan menampilkan gambar-gambar yang disukai anak terbukti menambah pengetahuan anak tentang PSS. Tidak ada perbedaan efektivitas kedua media tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

1. KPPP. *Profil Anak Indonesia Tahun 2019.*; 2019. https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/15242-profil-anak-indonesia_-2019.pdf
2. Kekerasan Seksual Masuk Tahap Membahayakan, UU PKS Harus Segera Dibentuk. Accessed May 18, 2024. <https://www.jurnas.com/artikel/76611/Kekerasan-Seksual-Masuk-Tahap-Membahayakan-UU-PKS-Harus-Segera-Dibentuk/>
3. Pratiwi A, Afiyanti Y. Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan. Published online 2017:1-188.
4. Arliiman S L. Reformasi Penegakan Hukum Kekerasan Seksual Terhadap Anak Sebagai Bentuk Perlindungan Anak Berkelanjutan. 2017;19(2):305-326.
5. Noviana I. Kekerasan seksual terhadap anak: dampak dan penanganannya. *Sosio Informa.* 2015;1(1):13-28. <http://ejournal.kemsos.go.id/index.php/Sosioinforma/article/download/87/55>
6. INPRES No. 5 Tahun 2014. Accessed May 18, 2024. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/11382/inpres-no-5-tahun-2014>
7. Salsabilah S. Gambaran Tingkat Pengetahuan Orang Tua Tentang Program Undeware Rules dalam Pencegahan Kekerasan Seksual pada Abak Usia Prasekolah. 2017;1(1):1-100. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
8. Vitniawati V, Suryani IS, Nisrina M, Fatin A, Tsamrotul N. Underwear Rules for Preventing Sexual Violence. 2022;2021:1-5.
9. Mansur AR. *Tumbuh Kembang Anak Usia Prasekolah.* Vol 1.1st ed. (Dr.Ns.Meri Neherta S.Kep MB,Ns.Ira Mulya Sari M.Kep Sp.Kep A, eds.). Andalas University Press; 2019. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
10. Wahyuni D. Gerakan Nasional Anti-Kejahanan Seksual. 2014;VI(12):9-12. P3DI
11. Astuti SW. Pendidikan Seks pada anak taman kanak-kanan melalui metode permainan ular tangga "Aku Anak Berani." *Promedia.* 2017;(2):236-251.
12. Aprilaz I. Perbandingan efektivitas antara metode video dan cerita boneka dalam pendidikan seksual terhadap pengetahuan anak prasekolah tentang personal safety skill. Published online 2016. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/33035/1/Istiqlomah>
13. Annisa MN. Pengaruh Penggunaan Alat Permainan Edukatif Busy Book Terhadap Perkembangan Kecerdasan Visual Spasial Anak. Published online 2016:2015-2016. Uperpustakaan.upi.edu

14. Antara Bengkulu. Bengkulu darurat kekerasan seksual terhadap anak. *AntaraBengkulu*. Published online 2020:1-2.
15. Buku ajar Neonatus, Bayi, Balita, Anak Pra Sekolah - Julina Br Sembiring - Google Buku. Accessed May 18, 2024. https://books.google.co.id/books/about/Buku_ajar_Neonatus_Bayi_Balita_Anak_Pra.html?id=ZAyfDwAAQBAJ&redir_esc=y
16. Rimawati E, Nugraheni SA. Metode pendidikan seks usia dini di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. 2019;13(1):20-27. <http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>
17. Metodologi Penelitian Keperawatan, Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian - Edisi Revisi Tahun 2015 - Trans Info Media. Accessed May 18, 2024. <https://www.transinfomedia.com/produk/metodologi-penelitian-keperawatan-panduan-melaksanakan-dan-menerapkan-hasil-penelitian-edisi-revisi-tahun-2015/>
18. buku metodologi penelitian sugiyono - Yahoo Search Results. Accessed May 18, 2024. https://search.yahoo.com/search;_ylt=Awr92Ch_30dmRAQAsTZXNyoA;_ylc=X1MDMjc2NjY30QRfcgMyBGZyA21jYWZlZQRmcjIDc2EtZ3Atc2VhcmNoBGdwcmIkAzl0eHJZU1p5VFNTi5GN3AyMTZWbEEEbl9yc2x0AzAEbl9zdWdnAzEwBG9yaWdpbgNzZWFnY2gueWFob28uY29tBHBvcwMyBHBxc3RyA2J1a3UgbWV0b2RvbG9naSAEcHFzdHJsAzE2BHFzdHJsAzM1BHF1ZXJ5A2J1a3UIMjBtZXRvZG9sb2dpJTIwcGVuZWxpdGlibiUyMHN1Z2l5b25vBHRfc3RtcAMxNzE10Tg2NDcyBHVzZV9jYXNIAw--?p=buku+metodologi+penelitian+sugiyono&fr=mcafee&type=E210US91215G0&fr2=sa-gp-search&iscqry=
19. Sara P,Nurfianti A,Adriana.Efektifitas Metode Pendidikan Kesehatan Dengan Simulasi Permainan Ular Tangga Terhadap Perubahan Sikap Tentang Kesehatan Gigi dan Mulut Anak Usia Sekolah di SDN 03 Singkawang Tengah. *J Chem Inf Model*. 2016;8(9):1-58.
20. Chabib M, Tri Djatmika E, Kuswandi D. Efektivitas Pengembangan Media Permainan Ular Tangga Sebagai Sarana Belajar Tematik SD. *JurnalPendidikan*.2017;2(7):910-918.<http://journal.um.ac.id/index.php/jptpp/>
21. Avirudini K. Pengembangan Media 3 Dimensi Busy Book Pada Tema Alat Transportasi Sub Tema Macam-Macam Transportasi Di TK Kelompok A Kartika IV-92 Surabaya. *Jurnal Mahasiswa Teknologi Pendidikan*. 2018;9(2):1-7.
22. Nilmayani, Zulkifli, Risma D. the Influence of Busy Book Media Ability To Read the Beginning of Children Ages 5-6 Years in Paud Terpadu Filosofia Kubu Babussalam Rokan Hilir Pengaruh Penggunaan Media Busy Book Terhadap Kemampuan Membaca Permulaan Pada Anak Usia 5-6. *Jurnal Online Mahasiswa Fakultas Keguruan dan Ilmu PendidikanUniversitas Riau*. 2017;5(1):1-14. <https://www.neliti.com/journals/jom-fkip-unri>

23. azra aulia Ulfa, Rahmah E. Pembuatan dan Pemanfaatan Busy Book dalam Mempercepat Kemampuan Membaca untuk Anak Usia Dini di PAUD Budi Luhur Padang Azra. *Jurnal Ilmu Informasi Perpustakaan dan Kearsipan*. 2017;6(September):28-37.
24. Risa Mufliharsi. PEMANFAATAN BUSY BOOK PADA KOSAKATA ANAK USIA DINI DI PAUD SWADAYA PKK. *Journal Metamorfosa*. 2017;5(2):146-155. <https://ejournal.bbg.ac.id/metamorfosa/> article/view/185
25. Handayani IW, Anggraeni A. Pengembangan Media Busy Book Tema Angka untuk Meningkatkan Penguasaan. *Longda Xiokan : Journal of Mandarin Learning and Teaching*. 2020;3(1):7-11.
26. Ardiyanto A. Bermain Sebagai Sarana Pengembangan Kreativitas Anak Usia Dini. *Jendela Olahraga*. 2017;2(2):35-39. doi:10.26877/jov2i2.1700
27. Chen C. Analysis and Countermeasures of Current Situation of Sex Education for Children Aged 3-6. *Lifelong Education*. 2020;9(7):35-37.
28. Oktavia CA, Maulidi R. *PENGEMBANGAN PERMAINAN EDUKASI MENGGUNAKAN LOGIKA FUZZY UNTUK ANAK USIA DINI*. Vol 2.; 2018.
29. Setianingsih, Ardani AW, Khayati FN. Dampak Penggunaan Gadget Pada Anak Usia Prasekolah Dapat Meningkatkan Resiko Gangguan Pemusatan Perhatian Dan Hiperaktivitas. *Gaster*. 2018;16(2):191. doi:10.30787/gaster.v16i2.297
30. Xie QW, Miller J. Perceptions of Intra-Familial Child Sexual Abuse and Intimate Parent-Child Interactions. *Asian Social Work Journal*. 2018;3(2):42-55. doi:10.47405/aswj.v3i2.35
31. Gansen HM. Reproducing (and Disrupting) Heteronormativity: Gendered Sexual Socialization in Preschool Classrooms. *Sociol Educ*. 2017;90(3):255-272. doi:10.1177/0038040717720981
32. Martin J, Riazi H, Firooz A, Nasiri M. A sex education program for teachers of preschool children: A quasi-experimental study in Iran. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-9. doi:10.1186/s12889-020-08826-y
33. Ardini PP, Lestariningsrum A. *Bermain Dan Permainan Anak Usia Dini*. Vol 1. 1st ed. Adjie Media Nusantara; 2018.
34. Anggraeni L. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan Orang Tua terhadap Pendidikan Seksual pada Anak Usia Dini di Sekolah Dasar Kartika VIII-5 Jakarta Selatan Tahun 2014. *Golden Age: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*. 2017;1(2):23-28. doi:10.29313/ga.v1i2.3383
35. Sab'ngatun, Suparti S, Agustina TW. Perilaku Ibu Dalam Pendidikan Seks Pada Anak Usia 3-5 Tahun. 2019;2(1):106-112.
36. Feyissa M, Nigussie T, Mamo Y, Aferu T. Adolescent Girl-Mother Communication on Sexual and Reproductive Health Issues Among Students

in Fiche Town, Oromia, Central Ethiopia. *J Prim Care Community Health.* 2020;11.doi:10.1177/2150132720940511

37. Apriastuti DA. Analisis Tingkat Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua dengan Perkembangan Anak Usia 48 – 60 Bulan. *Jurnal Ilmiah Kebidanan.* 2013;4(1):1-14. <https://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/28/26>
38. Fitria M. Integrative Sex Education For Children. *Jurnal Psikologi Integratif.* 2017;5:77-93.
39. Salsabilah S. Gambaran Tingkat Pengetahuan Orang Tua Tentang Program Undeware Rules dalam Pencegahan Kekerasan Seksual pada Abak Usia Prasekolah. In: Vol 1.1st ed. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2017:1-100. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
40. Nadar W. Persepsi Orang Tua Mengenai Pendidikan Seks Untuk Anak Usia Dini. *Pendidikan Anak Usia Dini.* 2017;1(2):80.
41. Chen C. Analysis and Countermeasures of Current Situation of Sex Education for Children Aged 3-6. *Lifelong Education.* 2020;9(7):35-37.
42. Rahmah RF, Dhananjaya AE, Dinata RDS. Perancangan Buku Cerita Bergambar Sebagai Sarana Pendidikan Seksualitas Untuk Anak-Anak. 2020;1(2):36-45.
43. Sawyerr A, Bagley C. Child Sexual Abuse and Adolescent and Adult Adjustment: A Review of British and World Evidence , with Implications for Social Work , and Mental Health and School Counselling. Published online 2017:1-15. doi:10.4236/aasoci.2017.71001
44. Hasanah A, Rahayu SR, Kuswardinah A. The Effect o f Parenting , Teacher ' s Role , and Peers on Chi ldren ' s Personal Safety Skills in Tangerang. 2019;4(3):164-170.
45. Novitasari W. Dampak Penggunaan Gadget terhadap Interaksi Sosial Anak Usia 5-6 Tahun. 2016;05(03):1-4. <http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>
46. Chusna PA. Pengaruh Media Gadget Pada Perkembangan Karakter Anak. *Dinamika Penelitian: Media Komunikasi Sosial Keagamaan.* 2017;17(2):315-330. <https://e-resources.perpusnas.go.id:2093/doi/abs/10.1142/S0192415X20500500>
47. Hegde AM, Suman P, Unais M, Jeyakumar C. Effect of Electronic Gadgets on the Behaviour, Academic Performance and Overall Health of School Going Children- A Descriptive Study. 2018;7(1):100-103. doi:10.21276/jamdsr
48. Novianti R, Garzia M. Penggunaan Gadget pada Anak; Tantangan Baru Orang Tua Milenial. *Jurnal Obsesi : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini.* 2020;4(2):1000. doi:10.31004/obsesi.v4i2.490

49. Jatmika D. Pengembangan Alat Ukur Kesiapan Pendidikan Seksual Pada Anak-Anak Usia 11-14 Tahun. *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni*. 2018;1(2):266. doi:10.24912/jmishumsen.v1i2.1004
50. Kartika CD, Kadir A, Yudhiarti NP, Istiqamah SN. Keterlibatan Orang Tua dalam Pendidikan Seksualitas Anak. 2019;9.
51. Nikken P, Schols M. How and Why Parents Guide the Media Use of Young Children. *J Child Fam Stud*. 2015;24(11):3423-3435. doi:10.1007/s10826-015-0144-4
52. Warisyah Y. Pentingnya "Pendampingan Dialogis" Orang Tua Dalam Penggunaan Gadget Pada Anak Usia Dini. *Proseding Seminar Nasional Pendidikan*. 2015;2016(November 2015):130-138. <http://seminar.umpo.ac.id/index.php/semnasdik2015/article/download/212/213>
53. Murni S. Optimalisasi Pengawasan Orang Tua terhadap Bahaya Pelecehan Seksual pada Anak di Era Digital. *KOLOKIUM: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*. 2017;5(2):163-167. doi:10.24036/kolokium-pls.v5i2.33
54. Palar JE, Onibala F, Wenda O. Hubungan Peran Keluarga Dalam Menghindari Dampak Negatif Penggunaan Gadget Pada Anak Dengan Perilaku Anak Dalam Penggunaan Gadget Di Desa Kiawa 2 Barat Kecamatan Kawangkoan Utara. *Jurnal Keperawatan*. 2018;6(2).
55. Amaliyah S, Nuqul FL. Eksplorasi Persepsi Ibu tentang Pendidikan Seks untuk Anak. *Psypathic : Jurnal Ilmiah Psikologi*. 2017;4(2):157-166. doi:10.15575/psy.v4i2.1758
56. Nadar W. Persepsi Orang Tua Mengenai Pendidikan Seks Untuk Anak Usia Dini. *Pendidikan Anak Usia Dini*. 2017;1(2):80.
57. Vidayanti V, putri Tungkaki KT, Retnaningsih LN. Pengaruh Pendidikan Seks Dini Melalui Media Video Animasi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Anak Usia Sekolah Tentang Seksualitas Di Sdn Mustokorejo Yogyakarta. *Jurnal Formil (Forum Ilmiah Kesmas Respati)*. 2020;5(2):203. doi:10.35842/formil.v5i2.331
58. Handayani T. Pencegahan Permainan "Starter" Melalui Pendekatan Personal Safety Skill Pada Murid Sekolah Dasar. *Journal of Empowerment*. 2017;1(1):59. doi:10.35194/je.v1i1.21
59. Umar NM, Noviekayati I, Saragih S. Efektivitas Personal Safety Skill terhadap Peningkatan Kemampuan Mencegah Kekerasan Seksual pada Anak Ditinjau dari Jenis Kelamin. *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi*. 2018;3(1):45-50. doi:10.23917/indigenous.v3i1.5815
60. Sapardi VS. Hubungan Penggunaan Gadget dengan Perkembangan Anak Usia Prasekolah di Paud/TK Islam Budi Mulia. *Menara Ilmu*. 2018;XII(80):137-145.

61. Sulistya O, Juhrotun N. Hubungan antara penggunaan gadget dengan perkembangan balita. *Indonesia Jurnal Kebidanan*. 2019;3(2):44-51.
62. Istiyanto SB. Telepon Genggam dan Perubahan Sosial Studi Kasus Dampak Negatif Media Komunikasi dan Informasi Bagi Anak-Anak di Kelurahan Bobosan Purwokerto Kabupaten Banyumas. *Jurnal Komunikasi*. 2016;01:58-63.
63. Astuti W, Hasnida, Hadiati RL. The Effectiveness of Sex Education to Increase Personal Safety Skill. *International Research Journal of Advanced Engineering and Science*. 2018;3(2):155-156.
64. Fitria M. Integrative Sex Education For Children. *Jurnal Psikologi Integratif*. 2017;5:77-93.
65. Afiyanti Y, Rachmawati IN. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*, / OPAC Perpustakaan Nasional RI. 1st ed. PT RAJAGRAFINDO PERSADA; 2014. <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=873893>
66. Creswell W J. *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, Dan Mixed / Shopee Indonesia*. 1st ed. Pustaka Pelajar; 2010. https://shopee.co.id/Research-Design-Pendekatan-Kualitatif-Kuantitatif-dan-Mixed-i.21598837.252383790?gclid=CjwKCAjwxZnYBRAVEiwANMTRX_USCcNoyvZurxsMjUnZa3ew5tdAQKvxG2_wI6rQ9M1HfebCWm7KxoCvIYQAvD_BwE
67. Streubert, Carpenter S. Qualitative Research in Nursing: Advancing Humanistic Imperativ (5 th Ed).Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins. 2011;5.
68. York L, MacKenzie A, Purdy N. Sexting and institutional discourses of child protection: The views of young people and providers of relationship and sex education. *Br Educ Res J*. Published online 2021. doi:10.1002/berj.3751
69. Quayle E, Newman E. An exploratory study of public reports to investigate patterns and themes of requests for sexual images of minors online. *Crime Sci*. 2016;5(1). doi:10.1186/s40163-016-0050-0
70. Wood AC, Wheatcroft JM. Young Adult Perceptions of Internet Communications and the Grooming Concept. *Sage Open*. 2020;10(1). doi:10.1177/2158244020914573
71. Balfe M, Gallagher B, Masson H, Balfe S, Brugha R, Hackett S. Internet Child Sex Offenders' Concerns about Online Security and their Use of Identity Protection Technologies: A Review. *Child Abuse Review*. 2015;24(6):427-439. doi:10.1002/car.2308
72. Livingstone S, Smith PK. Annual research review :harms experienced by child users of online and mobile technologies : the nature , prevalence and

management of sexual and aggressive risks in the digital age. Published online 2015. doi:10.1111/jcpp.12197

73. Dolev-Cohen M, Ricon T. Demystifying sexting: Adolescent sexting and its associations with parenting styles and sense of parental social control in Israel. *Cyberpsychology (Brno)*. 2020;14(1). doi:10.5817/CP2020-1-6
74. Murphy DM, Spencer B. Teens' Experiences with Sexting: A Grounded Theory Study. *Journal of Pediatric Health Care*. 2021;35(4):387-400. doi:10.1016/j.pedhc.2020.11.010
75. Saleha N, Delfina R, Yustisia N. Comparison of Ladder Snake and Busy Book Andara on Knowledge of Personal Safety Skills Against Child Sexual Abuse Among Preschool Children: a Quasi Experimental Study. *The Malaysian Journal of Nursing*. 2021;12(4):96-103. doi:10.31674/mjn.2021.v12i04.013
76. Saleha N, Delfina R, Yustisia N, Aprilatutini T. Dissemination of the undewear rules program to improve self-protection skills in preschool children. *Media Karya Kesehatan*. 4(2):206-217.
77. Sari D, Vionalita G. Perbedaan Pengetahuan Anemia dan Tablet Tambah Darah (TTD) Sebelum dan Sesudah Pendidikan Kesehatan Melalui Media Video dan Aplikasi Quizlet. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2021;20(1). doi:10.33633/visikes.v20i1.4370
78. Unicef. *Gadget Playing and Tv Watching Habits in Children Aged 2-5: Antecedents and Effects/ Outcomes Education Policy and Research Association.*; 2020. https://www.unicef.org/georgia/media/5526/file/Gadget_Report_ENGLISH.pdf
79. Stattin H, Kerr M. Parental Monitoring: A Reinterpretation. 2003;(January):2003.
80. Livingstone S, Helsper EJ. Parental mediation of children's internet use. *J Broadcast Electron Media*. 2008;52(4):581-599. doi:10.1080/08838150802437396
81. Gunawan T, Muhabbatillah S. Pola Asuh Orang Tua dalam Penggunaan Media Sosial Facebook pada Anak Sekolah Dasar. *Jurnal Pendidikan Sosial*. 2019;6(1):2019.
82. Djannah SN, Tentama F, Sinanto RA. Game addiction among adolescents and its' health impacts. *Int J Publ Health Sci*. 2021;10(3):480-492. doi:10.11591/ijphs.v10i3.20920
83. Mukri SG. Early Childhood Sex Education in the Perspective of Islamic Law. *Mizan: Journal of Islamic Law*. 2018;3(1):1-20. doi:10.32507/mizan.v3i1.153
84. Wajdi F, Arif A. The importance of sex education for children as an effort to understand and avoid the prevention of sexual violence or crime. *Abdimas Indonesia*. 2021;1(3):129-137.

85. Aventin Á, Gough A, McShane T, et al. Engaging parents in digital sexual and reproductive health education: Evidence from the JACK trial. *Reprod Health.* 2020;17(1):1-19. doi:10.1186/s12978-020-00975-y
86. Collins RL, Strasburger VC, Brown JD, Donnerstein E, Lenhart A, Ward LM. Sexual media and childhood well-being and health. *Pediatrics.* 2017;140(November):S162-S166. doi:10.1542/peds.2016-1758X
87. Ambarwati ER, Rahmawati I, Mawarti T. The use of audio visual promotion media towards the improvement of teenagers' knowledge and attitude about hiv/aids. *Int J Publ Health Sci.* 2021;10(3):459-464. doi:10.11591/ijphs.v10i3.20838
88. Zetterström Dahlqvist H, Gillander Gådin K. Online sexual victimization in youth: Predictors and cross-sectional associations with depressive symptoms. *Eur J Public Health.* 2018;28(6):1018-1023. doi:10.1093/eurpub/cky102
89. Kyriaki Michailidou. How useful and applicable is the program The Underwear Rule for Greek parents? Parents' perspectives on the advantages and problems with the program: an interview study. *Linköping University.* 2015;151(May):41. doi:10.1145/3132847.3132886
90. Joleby M, Lunde C, Landström S, Jonsson LS. "All of Me Is Completely Different": Experiences and Consequences Among Victims of Technology-Assisted Child Sexual Abuse. *Front Psychol.* 2020;11(December):1-15. doi:10.3389/fpsyg.2020.606218
91. Shams M, Parhizkar S, Mousavizadeh A, Majdpour M. Mothers' views about sexual health education for their adolescent daughters: A qualitative study. *Reprod Health.* 2017;14(1):1-6. doi:10.1186/s12978-017-0291-8
92. Dutra Santos A, Fal G, de Olivera A, Placca CL. *Mapping Online Gender-Based Violence.* Vol 26. First. (Garrido V M, ed.). ©UPEACE Press; 2022.
93. Ryckman LF, Guerra C, Finch A. Strategies to Prevent Online Sexual Abuse of Children. *Social Science Protocols.* 2020;3(March):1-7. doi:10.7565/ssp.2020.2808
94. Aman KD, Putrajaya H, Persekutuan W. Original article influences of parents and peers on adolescent smoking initiation : findings from a longitudinal study in Kota Tinggi. *Malaysian Journal of Public Health Medicine.* 2021;21(2).
95. UNICEF. Protecting child rights in a time of crises-UNICEF Annual Report. *Unicef.* Published online 2021:16. <https://reliefweb.int/report/world/unicef-annual-report-2021-protecting-child-rights-time-crises-enar>
96. Pejabat T, Umum R, Umum M. Dokumen Kebijakan IFMSA Pendidikan Seksualitas Komprehensif. Published online 2019.

BAB 4

PERAN DOKTER SPESIALIS ANAKA UNTUK MENCEGAH KEKERASAN PADA REMAJA

James Thimoty

4.1 Pendahuluan

Kekerasan remaja merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian, serta masalah mendesak yang memerlukan tindakan yang tepat sasaran mengingat dampak negatifnya terhadap kesehatan, kesejahteraan, dan kesetaraan masyarakat. Kekerasan remaja umumnya terjadi di luar rumah. Serangkaian tindakan kekerasan yang dilakukan mulai dari *bullying* (perundungan) baik offline maupun online, perkelahian fisik, penyerangan seksual, kekerasan terkait geng, hingga pembunuhan. Pembunuhan saat ini merupakan penyebab kematian ketiga terbesar pada generasi muda berusia 10-24 tahun.¹

Berdasarkan data dari *Adolescent Behaviors and Experiences Study* (ABES) tahun 2021, yang dirancang untuk menilai pengalaman remaja selama pandemi COVID-19, didapatkan bahwa 9,6% siswa sekolah menengah melaporkan mengalami kekerasan seksual, 7,7% mengalami kekerasan seksual dalam pacaran, 6,4% mengalami kekerasan fisik dalam pacaran, 13,8% mengalami *cyberbullying*, dan 12,5% mengalami *bullying* di sekolah.² Di Indonesia, berdasarkan Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (SNPHAR) oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) tahun 2018 mendapatkan, 2 dari 3 anak perempuan atau laki-laki berusia 13-17 tahun pernah

mengalami setidaknya satu jenis kekerasan selama hidupnya. Selain itu, 3 dari 4 anak-anak dan remaja yang pernah mengalami salah satu jenis kekerasan atau lebih melaporkan bahwa pelaku kekerasan adalah teman atau sebayanya.³

Undang-Undang 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, dalam ketentuan Pasal 1 butir 2 menyatakan bahwa perlindungan anak adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak dan hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh, berkembang, dan berpartisipasi, secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.⁴ Kekerasan remaja mengakibatkan kematian, cedera, kecacatan dan konsekuensi kesehatan jangka panjang termasuk masalah kesehatan mental dan peningkatan perilaku berisiko kesehatan, yang dapat menyebabkan penyakit kronis. Hal ini juga terkait dengan tingginya angka putus sekolah, gangguan perkembangan kognitif, dan dampak negatif untuk berkontribusi pada masyarakat.¹

Penyedia layanan kesehatan anak salah satunya dokter spesialis anak, merupakan kelompok penting, garis depan, dan terpercaya bagi keluarga, yang tidak hanya dapat mendeteksi tanda-tanda peringatan adanya kekerasan, namun juga berperan sebagai advokasi dalam memberikan nasehat kepada remaja maupun orang tua terhadap segala bentuk kekerasan remaja selama pemeriksaan kesehatan rutin dan kunjungan selama perawatan penyakit. Pada tahun 2005, *American Academy of Pediatrics* (AAP) telah menerbitkan protokol pencegahan kekerasan remaja di layanan primer yang berjudul *Connected Kids: Safe, Strong, Secure*, dengan tujuan dapat memfasilitasi kemampuan profesional layanan

kesehatan primer untuk memasukkan alat dan pesan pencegahan cedera yang disengaja ke dalam kehidupan praktik sehari-hari.⁵

Remaja atau *adolescence* merupakan masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa.¹ Menurut *World Health Organization* (WHO) remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10- 19 tahun, sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah.² Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2020, jumlah remaja (usia 10-19 tahun) di Indonesia berjumlah 46 juta jiwa atau sekitar 17 persen dari total penduduk Indonesia.³

Masa remaja diawali dengan pertumbuhan yang sangat cepat dan biasanya disebut pubertas, yang merupakan tonggak utama dalam perkembangan seksualitas. Kesehatan reproduksi merupakan salah satu masalah yang terjadi pada remaja saat ini.⁴ Keingintahuan remaja yang besar, perkembangan teknologi informasi, kurangnya komunikasi dalam keluarga, dan tidak pedulinya masyarakat menjadi permasalahan perilaku seksual pada remaja masih terjadi dan kasusnya semakin meningkat setiap tahun. Perilaku seksual pranikah pada masa remaja dikaitkan dengan risiko kehamilan tak diinginkan (KTD), aborsi, dan kasus infeksi menular seksual (IMS) yang lebih besar. Terkena IMS pada usia dini juga dapat berdampak penting pada kesehatan seksual dan reproduksi di masa depan, termasuk peningkatan risiko kanker serviks, infertilitas, hingga penyakit HIV/AIDS.⁵ Hal ini terbukti dengan meningkatnya kasus baru HIV/AIDS yang di dominasi usia 15-24 tahun.⁶

Belum tersedianya informasi yang akurat dan benar mengenai kesehatan reproduksi memaksa remaja untuk mencari akses dan

melakukan eksplorasi sendiri melalui majalah, buku, film, atau internet berisi pornografi yang menggambarkan kenikmatan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi. Selain itu, pendidikan seks jarang ditemukan dalam kurikulum sekolah, sehingga membicarakan seks di depan umum masih merupakan hal yang tabu. Oleh karena itu, pada tahun 2021, WHO dan UNESCO meluncurkan inisiatif baru yaitu "Menjadikan Setiap Sekolah sebagai Sekolah yang Mempromosikan Kesehatan".⁷ *American academic of pediatric* (AAP) juga mendukung akses luas terhadap pendidikan seks komprehensif, dimana semua anak dan remaja memiliki akses terhadap pendidikan berbasis bukti yang sesuai dengan perkembangannya, sehingga

dapat memberikan pengetahuan mengenai seksualitas, membangun hubungan yang sehat, dan membuat pilihan yang aman dan positif tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi mereka.⁸

4.2 Definisi Kesehatan Reproduksi

Reproduksi berasal dari kata re = kembali dan produksi = membuat atau menghasilkan, jadi reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidup. Kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem, fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kelemahan.⁹

4.3 Status Kesehatan Reproduksi Remaja

4.3.1 Pubertas

Pubertas merupakan proses pematangan fisik dimana seorang remaja mencapai kematangan seksual dan mampu bereproduksi.

Rata-rata, pubertas biasanya dimulai antara usia 8 dan 13 tahun pada perempuan dan 9 dan 14 tahun pada laki-laki. Pubertas dikaitkan dengan perubahan emosi dan hormonal, serta perubahan fisik seperti perkembangan payudara pada wanita, perkembangan rambut kemaluan, perubahan alat kelamin pada pria, perubahan suara, pertambahan tinggi badan, dan permulaan menstruasi.^{4,10}

4.3.2 Perkembangan Seksualitas pada Remaja

Pada masa remaja, pertumbuhan fisik, perkembangan psikologis dan kognitif mencapai puncaknya. Ada dua aspek pokok dalam perkembangan seksualitas pada remaja, yakni perkembangan fisik atau biologis dan perkembangan psikososial.¹⁰

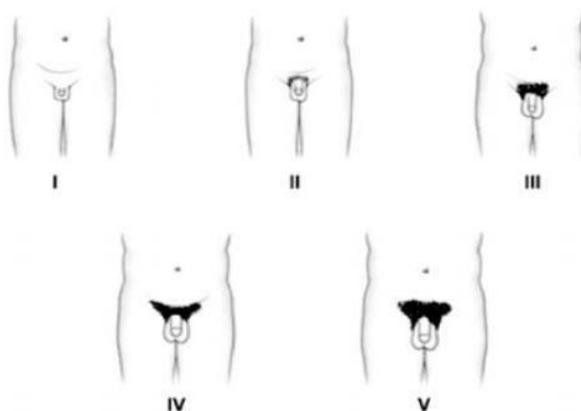
4.3.3 Perkembangan Fisik/ Biologis

Pada fase pubertas terjadi perubahan fisik sehingga pada akhirnya seorang anak akan memiliki kemampuan untuk bereproduksi. Perubahan fisik yang terjadi pada periode pubertas berlangsung dengan sangat cepat, teratur dan berkelanjutan. Tinggi badan anak laki-laki bertambah kira-kira 10 cm per tahun, sedangkan pada perempuan kurang lebih 9 cm per tahun. Puncak pertumbuhan tinggi badan (*peak height velocity*) pada anak perempuan terjadi sekitar usia 12 tahun, sedangkan pada anak laki-laki pada usia 14 tahun. Pada anak perempuan, pertumbuhan akan berakhir pada usia 16 tahun sedangkan pada anak laki-laki pada usia 18 tahun.

Perkembangan seks sekunder diakibatkan oleh perubahan sistem hormonal tubuh yang terjadi selama proses pubertas. Perubahan hormonal akan menyebabkan terjadinya pertumbuhan rambut kemaluan dan menstruasi pada anak perempuan; pertumbuhan penis, perubahan suara, pertumbuhan rambut di lengan dan muka

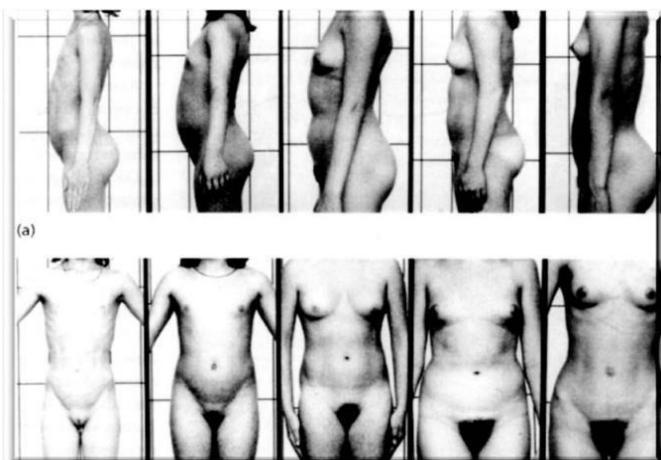
pada anak laki-laki, serta terjadinya peningkatan produksi minyak tubuh, meningkatnya aktivitas kelenjar keringat, dan timbulnya jerawat.

Pada anak laki-laki awal pubertas ditandai dengan meningkatnya volume testis, ukuran testis menjadi lebih dari 3 mL. Pembesaran testis pada umumnya terjadi pada usia 9 tahun, kemudian diikuti oleh pembesaran penis. Pembesaran penis terjadi bersamaan dengan pacu tumbuh. Ukuran penis dewasa dicapai pada usia 16-17 tahun (Gambar 1). Rambut ketiak akan tumbuh setelah rambut kemaluan mencapai PIV, sedangkan kumis dan janggut baru tumbuh belakangan. Perubahan suara terjadi karena bertambah panjangnya pita suara akibat pertumbuhan laring dan pengaruh testosteron terhadap pita suara. Perubahan suara terjadi bersamaan dengan pertumbuhan penis, umumnya pada pertengahan pubertas. Mimpi basah atau *wet dream* terjadi sekitar usia 13-17 tahun, bersamaan dengan puncak pertumbuhan tinggi badan.



Gambar 4. 1 Tahapan pubertas pada anak laki-laki 10

Pada anak perempuan awal pubertas ditandai oleh timbulnya *breast budding* atau tunas payudara pada usia kira-kira 10 tahun, kemudian secara bertahap payudara berkembang menjadi payudara dewasa pada usia 13-14 tahun. Rambut kemaluan mulai tumbuh pada usia 11-12 tahun dan mencapai pertumbuhan lengkap pada usia 14 tahun (Gambar 2). Menstruasi terjadi dua tahun setelah awitan pubertas, menstruasi terjadi pada fase akhir perkembangan pubertas yaitu sekitar 12,5 tahun. Setelah menstruasi, tinggi badan anak hanya akan bertambah sedikit kemudian pertambahan tinggi badan akan berhenti. Dari survei antropometrik di tujuh daerah di Indonesia didapatkan bahwa usia menstruasi anak Indonesia bervariasi dari 12,5 tahun sampai dengan 13,6 tahun.



Gambar 4. 2: Tahapan pubertas pada anak perempuan 10

4.3.4 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Program kesehatan reproduksi remaja mulai menjadi perhatian pada beberapa tahun terakhir karena beberapa masalah kesehatan reproduksi yaitu:

4.3.4.1 Kurangnya Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi dan Seksual

Kurangnya pengetahuan mengenai reproduksi manusia menyebabkan sebagian remaja melakukan perilaku seksual berisiko. Banyak yang percaya bahwa seorang wanita tidak bisa hamil hanya dengan satu kali hubungan seksual, oleh karena itu untuk menghindari terjadinya kehamilan, sebagian remaja putra lebih memilih melakukan hubungan seks biasa saja atau berhubungan seks hanya sekali dalam sebulan dengan gadis yang sama. Kesalahpahaman juga terjadi di kalangan remaja mengenai isu-isu terkait pubertas, masa subur, dan risiko terkait perilaku seksual seperti aborsi, infeksi menular seksual (IMS), dan HIV/AIDS.²

4.3.4.2 Seks Pranikah

Salah satu bentuk perilaku risiko tinggi yang terjadi dan menjadi masalah masa remaja adalah perilaku yang berkaitan dengan seks pranikah. Angka statistik tentang deviasi (penyimpangan) perilaku seks pranikah anak remaja dari tahun ke tahun semakin besar. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan remaja pria yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah usia 15-19 tahun sekitar 3,6 persen dan usia 20-24 tahun sekitar 14,0 persen.¹¹ Hubungan seks pranikah di kalangan remaja didasari pula oleh mitos- mitos seputar masalah seksualitas. Misalnya saja, mitos

berhubungan seksual dengan pacar merupakan bukti cinta. Atau, mitos bahwa berhubungan seksual hanya sekali tidak akan menyebabkan kehamilan, padahal hubungan seks sekalipun hanya sekali juga dapat menyebabkan kehamilan selama si remaja perempuan dalam masa subur.²

4.4 Risiko Terkait Hubungan Seksual Tidak Aman

4.4.1 Kehamilan tak diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan kehamilan akibat dari perilaku seksual yang disengaja maupun tidak disengaja. Seiring dengan meningkatnya hubungan seks pranikah, jumlah remaja putri yang hamil sebelum menikah juga meningkat. 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 mengalami tekanan, baik itu perasaan bersalah, menyesal, ataupun malu. KTD yang terjadi pada remaja sering kali berujung pada pengguguran kandungan atau aborsi yang tidak aman dan berisiko, dengan alasan jika kehamilannya dilanjutkan akan membuatnya malu dan secara finansial tidak dapat menghidupi anaknya. Selain itu kehamilan pada usia muda tentu lebih berisiko terhadap terjadinya masalah pada organ reproduksi.²

WHO telah merekomendasikan untuk mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan dengan cara meningkatkan akses terhadap kontrasepsi yang terjangkau dan efektif, meningkatkan hubungan yang saling menghormati, adil, dan tanpa kekerasan, serta mengurangi pesta minuman keras di kalangan remaja.¹²

4.4.2 Pernikahan usia dini

Undang-undang Perkawinan No.1 Tahun 1974 menjelaskan batas usia minimal menikah bagi perempuan 16 tahun dan laki-laki 19 tahun. Namun, sebelum seseorang mencapai usia 21 tahun, ia perlu mendapat izin dari orang tuanya untuk menikah. Definisi anak berdasarkan Undang-Undang No. 23 tahun 2002, adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih berada dalam kandungan. Pernikahan anak didefinisikan sebagai pernikahan yang terjadi sebelum anak mencapai usia 18 tahun, sebelum anak matang secara fisik, fisiologis, dan psikologis untuk bertanggungjawab terhadap pernikahan dan anak yang dihasilkan dari pernikahan tersebut.¹³

Di beberapa daerah, dominasi orang tua biasanya masih kuat dalam menentukan perkawinan anak dalam hal ini remaja perempuan. Alasan terjadinya pernikahan dini adalah pergaulan bebas seperti hamil di luar pernikahan dan alasan ekonomi. Remaja yang menikah dini, baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia. Gejala ini berkaitan dengan distribusi makanan yang tidak merata, antara janin dan ibu yang masih dalam tahap proses pertumbuhan, sehingga akan berisiko lebih besar melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), prematur, hingga risiko anak mengalami stunting.

4.4.3 Aborsi

Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam

kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait KTD biasanya tergolong dalam kategori aborsi provokatus, atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan dan bersifat kriminal, kecuali pada kondisi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan. Namun begitu, ada juga yang keguguran terjadi secara alamiah atau aborsi spontan. Hal ini terjadi karena berbagai hal antara lain karena kondisi si remaja perempuan yang mengalami KTD umumnya tertekan secara psikologis, karena secara psikososial ia belum siap menjalani kehamilan. Kondisi psikologis yang tidak sehat ini akan berdampak pula pada kesehatan fisik yang tidak menunjang untuk melangsungkan kehamilan.^{2,14}

Saat ini diperkirakan ada 25 juta kejadian aborsi provokatus yang tidak aman terjadi di dunia setiap tahunnya, dan berujung pada kematian lebih kurang 44.000 perempuan. Data Riskesdas tahun 2010 menyebutkan bahwa 49,4% upaya aborsi provokatus dilakukan oleh diri sendiri, dan metode yang paling sering digunakan meliputi pil (39,7%), jamu (39%), dan pijat (16,3%). Aborsi provokatus yang tidak aman dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk perdarahan, sepsis, infeksi berat perut, dan trauma pada serviks, vagina, uterus, dan organ perut.¹⁴

4.4.4 IMS dan HIV/AIDS

Infeksi menular seksual (IMS) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang ditularkan melalui hubungan seksual, termasuk seks vagina, anal, dan oral. Beberapa IMS juga dapat ditularkan melalui kontak seksual kulit ke kulit atau melalui cara non-seksual, seperti dari ibu kepada janin yang dikandungnya. 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. Beberapa penyakit IMS yang paling sering ditemukan adalah sifilis, gonore (kencing nanah), trikomoniasis, herpes genital, dan klamidia. Semua IMS telah dikaitkan dengan komplikasi kehamilan yang serius pada bayi baru lahir, termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, gangguan pernapasan, dan kematian. Misalnya, sifilis pada kehamilan menyebabkan sekitar 215.000 bayi lahir mati, gonore dan klamidia merupakan penyebab utama mandul, serta *human papillomavirus* bertanggung jawab atas sekitar 528.000 kasus kanker serviks pada perempuan.

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). 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. Penularan virus ini dapat melalui hubungan seksual, transfusi darah, penularan dari ibu ke anak dan lain-lain. Dari hasil penelitian ditemukan virus HIV pada darah, produk darah, semen, sekret vagina, air liur dan air mata.

Pada tahun 2022, sekitar 1,65 juta remaja berusia antara 10-19 tahun hidup dengan HIV di seluruh dunia, atau sekitar 4% dari seluruh orang yang hidup dengan HIV. HIV tidak terdiagnosis dan tidak diobati di kalangan remaja mengakibatkan risiko kematian yang besar.⁶

4.5 Pengaruh Era Digitalisasi Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja

Generasi muda, khususnya yang belum menikah, belum mendapatkan informasi yang cukup mengenai kesehatan reproduksi. Informasi mengenai pubertas dan kesehatan seksual, yang sebagian besar diperoleh dari teman, media massa, dan guru agama, kemungkinan besar tidak lengkap, tidak informatif, atau dikaburkan oleh pesan-pesan agama dan moral. Karena sebagian besar orang tua masih menganut norma konservatif, mereka merasa tidak nyaman membicarakan masalah seksual dengan anak remajanya. Pendidikan seks jarang ditemukan dalam kurikulum sekolah. Membicarakan seks di depan umum masih merupakan hal yang tabu, dan di tingkat negara terdapat keyakinan yang kuat bahwa seks harus diperlakukan sebagai urusan pribadi dan bukan urusan publik. Oleh karena itu, seksualitas masih terpinggirkan dalam agenda kesehatan dan pendidikan.

Media merupakan bagian penting dari program pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja. Media yang salah menyajikan informasi akan menimbulkan dampak negatif yang sangat buruk. Belum tersedianya informasi yang akurat dan benar mengenai kesehatan reproduksi memaksa remaja untuk mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri. Majalah, buku, film, atau internet berisi pornografi yang menggambarkan kenikmatan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi, menjadi rujukan utamanya. Kehadiran media sosial perlu mendapat perhatian khusus, mengingat perannya yang semakin signifikan. Pengguna media sosial berkembang sangat pesat. Riset data portal menunjukkan jumlah pengguna media sosial Indonesia mencapai

191,4 juta pada Januari 2022.¹⁵

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pertumbuhan teknologi berbentuk media sosial berpotensi digunakan sebagai perlengkapan promosi kesehatan reproduksi remaja. Penelitian oleh Harpeni Sisvatibud et al. (2016) mengulas pemakaian sistem jejaring sosial, khususnya Facebook, untuk mempromosikan kesehatan reproduksi remaja di Yogyakarta, Indonesia. Penelitian ini menggambarkan bahwa sistem media sosial berpotensi meningkatkan pengetahuan serta perilaku kesehatan reproduksi secara efisien.¹⁶ Penelitian lain oleh Fitia Adinda Nisaa & Izzatul Arifah (2019) menunjukkan bahwa remaja SMA biasanya memakai web serta platform media sosial, khususnya Instagram, untuk mengakses data komprehensif mengenai kesehatan intim serta reproduksi. Tetapi karena siapa saja dapat dengan bebas mengakses berbagai data platform media sosial, maka dibutuhkan tingkat pengetahuan dan pemahaman dalam memilah sumber data yang bisa dipercaya serta akurat.¹⁷

4.6 Menciptakan Remaja yang Sehat Reproduksi

Menurut BKKBN, untuk menjadi remaja yang sehat reproduksi wajib memperhatikan 3 hal yaitu: pertemanan yang sehat (*healthy friendship*), menolak pernikahan usia dini (*no child marriage*), serta segala sesuatu perlu perencanaan (*everything is planned*).¹⁸

1. *Healthy friendship:*

Toxic friendship merupakan istilah untuk pertemanan yang tidak saling mendukung dan lebih sering memberikan efek negatif. Beberapa contoh toxic friendship yaitu, tidak ada timbal balik karena selalu menceritakan dirinya sendiri,

merasa tidak nyaman saat bertemu, pertemuan selalu menimbulkan stres dan lelah karena situasi yang tidak baik, biasanya di anggap teman ketika ada maunya, merasa itu ketika kita sukses atau berhasil, dan menjerumuskan ke dalam hal buruk.

2. ***No child marriage:***

Telah dijelaskan di atas bahwa remaja yang menikah dini, baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Selain itu pernikahan usia dini dapat memicu KDT yang selanjutnya mendorong perbuatan aborsi.

3. ***Everything is planned:***

Menyiapkan pasangan usia subur baik secara biologis, psikologi dan ekonomi sangat penting di lakukan. Semua pasangan usia subur diharapkan dapat melakukan perencanaan kehamilan agar dapat melahirkan generasi penerus yang sehat. Perempuan yang pada masa remajanya tidak tercukupi kebutuhan gizinya dan hamil/melahirkan di usia muda memiliki potensi untuk melahirkan anak yang stunting (gagal tumbuh). Anak yang stunting bukan hanya terganggu pertumbuhan fisiknya, melainkan juga terganggu perkembangan otaknya, yang akan sangat mempengaruhi kemampuan dan prestasi disekolah, serta produktivitas dan kreativitas di usia-usia produktif.

4.7 **Pendidikan Seks Komprehensif**

Menjaga reproduksi dan seksualitas yang sehat adalah puncak

inti perkembangan kesehatan anak dan remaja. Remaja membutuhkan informasi yang sesuai dengan perkembangannya tentang seksualitas mereka dan kaitannya dengan tubuh, komunitas, budaya, masyarakat, kesehatan mental, dan hubungan dengan keluarga, teman sebaya, dan pasangan romantis. Tahun 2021, WHO dan UNESCO meluncurkan inisiatif baru yaitu "Menjadikan Setiap Sekolah sebagai Sekolah yang Mempromosikan Kesehatan". Hal ini dikarenakan sekolah sebagai tempat yang baik untuk intervensi pencegahan, dan masa sekolah merupakan periode penting untuk membentuk perilaku sehat yang akan berkontribusi pada promosi kesehatan seumur hidup.⁷

American Academic of Pediatric (AAP) mendukung akses luas terhadap pendidikan seks komprehensif, dimana semua anak dan remaja memiliki akses terhadap pendidikan berbasis bukti yang sesuai dengan perkembangannya, yang dapat memberikan pengetahuan yang mereka perlukan untuk mengembangkan pandangan yang aman dan positif tentang seksualitas, membangun hubungan yang sehat, dan membuat pilihan yang terinformasi, aman, dan positif tentang seksualitas dan kesehatan seksual mereka.⁸

Pendidikan seks yang komprehensif harus dilakukan pada seluruh spektrum perkembangan, dimulai pada usia dini dan berlanjut sepanjang masa kanak-kanak dan remaja sesuai dengan perkembangan anak usia dini, anak usia pertengahan, remaja, dan dewasa muda.^{8,19} Sebagian besar remaja melaporkan menerima beberapa jenis pendidikan seks formal sebelum usia 18 tahun. Meskipun pendidikan seks biasanya dikaitkan dengan sekolah, pendidikan seks komprehensif dapat disampaikan dalam beberapa lingkungan yang saling melengkapi:⁸

1. Sekolah.

Sekolah dapat menerapkan kurikulum pendidikan seks yang komprehensif di semua tingkatan kelas

2. Praktek klinis.

Dokter spesialis anak dan penyedia layanan kesehatan lainnya mempunyai tugas untuk memberikan pendidikan seks jangka panjang kepada anak-anak, remaja, dan dewasa muda.

3. Organisasi berbasis komunitas atau agama.

Penelitian menunjukkan bahwa organisasi berbasis komunitas harus dimasukkan sebagai sumber promosi kesehatan seksual yang komprehensif. Komunitas berbasis agama telah mengembangkan kurikulum pendidikan seks untuk jemaatnya atau cabang lokal yang menekankan aspek moral dan etika seksualitas.

4. Di rumah.

Orang tua dan pengasuh dapat berperan sebagai pendidik seks utama bagi anak-anak mereka, dengan mengajarkan pelajaran mendasar tentang tubuh, perkembangan, jenis kelamin, dan hubungan dengan pasangan. Banyak faktor yang mempengaruhi pendidikan seks yang diterima remaja di rumah, termasuk pengetahuan orang tua/pengasuh, keterampilan, kenyamanan, budaya, kepercayaan, dan norma sosial.

5. Online.

Pendidikan seks virtual dapat menghilangkan rasa malu atau stigma dan memungkinkan lebih banyak remaja mengakses pendidikan seks.

4.8 BULLYING

Bullying (baca: buliying, dalam bahasa Indonesia disebut perundungan) adalah bentuk kekerasan juga terhadap anak, namun pelakunya adalah anak juga. *Bullying* biasanya terjadi di lingkungan sekolah atau lingkungan bermain anak. Cirinya, yang pertama, pelakunya adalah anak yang “merasa” atau “dianggap” lebih kuat secara fisik atau sosial oleh korbannya, dan yang kedua, biasanya terjadi lebih dari sekali atau berulang. Tindakan agresif ini bisa bersifat fisik seperti memukul, menampar, menendang, mendorong, maupun non- fisik seperti menggunakan kata-kata yang mempermalukan, merendahkan, mengejek, memberi panggilan tak pantas, mengucilkan dari kelompok, dan menyebarkan cerita buruk tentang seorang anak.⁶

Studi PISA (Program Penilaian Pelajar Internasional) pada tahun 2018 melaporkan 41% pelajar berusia 15 tahun pernah mengalami perundungan setidaknya beberapa kali dalam satu bulan (Gambar 1).³ Sementara itu, Menteri Pendidikan, kebudayaan dan Pendidikan Tinggi menyatakan Indonesia sedang Darurat *Bullying* di Sekolah. Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) melaporkan hingga Agustus 2023 tercatat 810 kasus kekerasan anak di lingkungan sekolah dan lingkungan sosial anak.⁷

Selain secara offline seperti di lingkungan sekolah, terdapat juga *bullying* di dunia maya atau online, yang disebut *Cyberbullying*. yaitu tindakan *bullying* yang dilakukan melalui media sosial. Misalnya menyebar berita buruk atau gambar atau video untuk mempermalukan seseorang, mengirim ancaman-ancaman, ejekan, dan lainnya.⁸ Dalam sebuah survei baru-baru ini terhadap satu juta remaja, UNICEF menemukan bahwa lebih dari 70% remaja di

seluruh dunia menjadi korban kekerasan *online*, penindasan dunia maya dan pelecehan digital.⁹ Dampak *cyberbullying* sering kali lebih berat dan sangat berbahaya karena bisa terjadi sepanjang waktu, disebar tanpa diketahui pelakunya, bisa cepat menyebar, dan sulit dihapus ketika telah mulai tersebar.⁸



Gambar 4.3. Jenis dan proporsi pelajar berusia 15 tahun yang mengalami perundungan di Indonesia 3

Anak korban *cyberbullying* mengalami ketakutan untuk bertemu dengan teman, pergi ke sekolah, bahkan untuk membicarakan masalahnya dengan orang tua. Dampak jangka panjang cukup serius, antara lain depresi, menyakiti diri sendiri, menarik diri dari pertemanan, hingga bunuh diri. Dampak lain yang mungkin terjadi seperti seperti menurunnya percaya diri, kegagalan di sekolah, merusak emosi dan psikologis, kesedihan mendalam dan frustasi. Korban juga dapat mengalami gangguan tidur dan makan, menutup diri dari pergaulan, dan lainnya.⁹

Sebagai upaya pencegahan dampak negatif dunia digital,

sebaiknya usia minimal anak yang menggunakan atau memiliki akun di media sosial adalah 13 tahun. Didasarkan hasil dari *Congress in the Children's Online Privacy Protection Act (COPPA)* melarang website mendapatkan informasi anak usia di bawah 13 tahun tanpa izin orangtua.⁹

Kekerasan dalam Pacaran/ *Dating violence*

Perasaan romantis dan seksual berkembang selama masa remaja. Ketika remaja mengeksplorasi kencan, percintaan, dan seks, banyak remaja menjadi korban kekerasan. Kekerasan hubungan remaja dapat terjadi dalam beberapa bentuk yaitu:¹⁰

a. Kekerasan fisik,

ketika menyakiti atau mencoba menyakiti pasangan dengan memukul, menendang, atau menggunakan kekuatan fisik jenis lain.

b. Kekerasan seksual,

Pemaksaan atau upaya memaksa pasangannya melakukan suatu perbuatan seks dan atau sentuhan seksual padahal pasangannya tidak menyetujui atau tidak mampu menyetujui atau menolak. Mencakup perilaku seksual non-fisik seperti memposting atau berbagi foto seksual pasangannya tanpa persetujuannya atau melakukan hubungan seks dengan seseorang tanpa persetujuannya.

c. Agresi psikologis,

adalah penggunaan komunikasi verbal dan non-verbal dengan maksud untuk menyakiti pasangan secara mental atau emosional.

d. Penguntitan,

seperti memata-matai pasangan atau memantau aktivitas online pribadi tanpa izin.

Menurut data survei perilaku risiko remaja *Centers for Disease Control (CDC)* tahun 2019, sekitar 1 dari 12 remaja mengalami kekerasan fisik saat berpacaran dan jumlah yang hampir sama dengan kekerasan seksual. Dalam banyak kasus, kekerasan dterjadi ketika remaja belum memiliki keterampilan untuk mengelola konflik, mengatasi perasaan cemburu, dan menghadapi penolakan. Tantangan-tantangan tersebut semakin meningkat dengan munculnya media sosial. Banyak interaksi sosial remaja yang terjadi di ruang publik online, sehingga menambah perasaan malu dan takut akan penilaian. Kekerasan dalam pacaran menyebabkan kerugian yang signifikan baik jangka pendek maupun jangka panjang. Analisis terhadap hampir 10.000 remaja *Millennium Cohort Study* di Inggris, remaja mengalami kekerasan seksual antara usia 14 dan 17 tahun memiliki kesehatan mental lebih buruk usia 17 tahun.¹¹

Pada umumnya remaja berpacaran saat usia remaja pertengahan, sehingga penting bagi dokter anak untuk mewaspadai prekursor, gejala, dan perilaku yang terkait dengan kekerasan dalam pacaran remaja. Namun yang paling penting adalah peran dokter anak sebagai gudang informasi bagi orang tua dan keluarga. Panduan antisipatif dini tentang perkembangan kognitif dan sosial remaja, dinamika hubungan, dan risiko kekerasan dalam pacaran remaja sangat penting sebagai bagian dari strategi pencegahan primer.

4.9 Connected Kids: Safe, Strong, Secure

Connected Kids: Safe, Strong, Secure adalah program yang diluncurkan oleh AAP pada tahun 2005 yang membahas pencegahan kekerasan dalam konteks layanan rutin kesehatan anak. Pengembangan

Connected Kids melibatkan masukan lebih dari 100 ahli serta masukan dari orang tua dan remaja selama proses 3 tahun. Hasil akhir AAP terdiri dari panduan klinis 21 brosur informasi orang tua/pasien, dan materi pelatihan pendukung (Tabel 1). Ketersediaan protokol ini mempunyai potensi besar dan memberikan dampak yang sama terhadap anak-anak di seluruh negeri karena dokter anak dapat mengintegrasikan penggunaannya ke dalam praktik mereka.⁴

Tabel 4. 1 Materi pelatihan dari AAP : Connected Kids: Safe, Strong, Secure: Adolescence⁴

Masa Remaja		
Kunjungan	Memperkenalkan	Memperkuat
Awal	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu bersama keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi akses remaja terhadap senjata api - Menetapkan rutinitas dan menetapkan batasan
11 – 14 tahun	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan antar sejawat - <i>Support system</i> - Tetap Aman - Kesehatan mental remaja - Keterampilan menyelesaikan konflik - Kencan sehat - Mendapatkan kebebasan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan penyalahgunaan alkohol dan narkoba - Kinerja sekolah
Pertengahan :	<ul style="list-style-type: none"> - Rencana untuk masa depan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pencegahan penyalahgunaan alkohol dan narkoba
15 -17 tahun	<ul style="list-style-type: none"> - Senjata api dan pencegahan bunuh diri, termasuk mengurangi akses anak terhadap senjata api - Pencegahan depresi - Ketahanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan sejawat - Kencan sehat - Mendapatkan kebebasan
Akhir :	<ul style="list-style-type: none"> - Transisi menuju kebebasan 	<ul style="list-style-type: none"> - Hubungan antar sejawat
18 – 21 tahun	<ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan lingkungan baru (pasca sekolah menengah atas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencana untuk masa depan - Pencegahan depresi

4.10 Peran Dokter Spesialis Anak

Terdapat 4 bidang di mana dokter anak diharapkan menggunakan keterampilan dan pengaruhnya dalam penerapan strategi pencegahan kekerasan remaja: praktik klinis, advokasi, pendidikan, dan penelitian.^{4,8}

4.10.1 Praktek Klinis

Praktik klinis untuk intervensi, pengelolaan, dan pencegahan kekerasan remaja harus mencakup:

1. Menciptakan keakraban bekerja dengan anak-anak sesuai protokol *Connected Kids: Safe, Strong, Secure* dalam pencegahan kekerasan di layanan primer;
2. Pendekatan komprehensif untuk bimbingan antisipatif, skrining, dan konseling anak-anak dan keluarga selama pemeliharaan kesehatan rutin.
3. Pengobatan dan/atau rujukan yang tepat dan tepat waktu untuk permasalahan terkait kekerasan yang telah teridentifikasi, serta
4. Pemeliharaan database sumber daya konseling dan pengobatan berbasis komunitas.

4.10.2 Advokasi

Dokter anak harus menganjurkan:

1. Layanan kesehatan perilaku berbasis masyarakat yang didukung publik dan akses yang memadai;
2. Perlindungan anak dari paparan senjata api;
3. Kesadaran adanya intimidasi/*bullying* oleh guru, administrator pendidikan, orang tua;
4. Program media digital (televiisi, video, internet, sosial media, dan video game) yang bertanggung jawab pada format yang

meminimalkan paparan remaja terhadap gambar, pesan, dan tema kekerasan;

5. Peran tenaga kesehatan sebagai penyampai pesan kesehatan masyarakat yang tepat melalui media cetak, elektronik, atau online, serta
6. Dokter anak dapat melatih orang tua untuk :
 - a. Menjalin hubungan saling percaya dengan anak sehingga mereka merasa nyaman menceritakan masalahnya.
 - b. Carilah tanda-tanda bahwa anak mereka sedang ditindas: memar, tergores, perubahan perilaku, rasa cemas untuk bersekolah, dan lain-lain.
 - c. Segera beri tahu sekolah secara tertulis jika ada keluhan penindasan. Jangan pernah mengabaikan atau meremehkan pentingnya keluhan tersebut. Jangan mencoba untuk menghadapi pelaku intimidasi atau keluarganya secara langsung.
 - d. Catat insiden dan selalu tindak lanjuti dengan administrator sekolah.
 - e. Laporkan kepada pihak berwenang dan kelompok advokasi jika diperlukan untuk membantu navigasi.
 - f. Bantulah anak mereka untuk membentuk dan membina persahabatan yang kuat.
 - g. Diskusikan rencana keselamatan untuk anak mereka jika dia merasa tidak aman/dilecehkan.
 - h. Pastikan anak memahami bahwa itu bukan kesalahannya dan dia tidak perlu merasa malu.

4.10.3 Pendidikan

Dokter anak harus memanfaatkan setiap kesempatan yang ada untuk mempelajari lebih lanjut tentang pencegahan kekerasan melalui:

1. Pendidikan kedokteran berkelanjutan (PKB) formal atau program pengembangan profesional
2. Pembelajaran tentang sumber daya masyarakat untuk anak-anak dan remaja, serta
3. Kursus khusus atau *workshop*.

4.10.4 Penelitian

Dokter anak dapat memberikan kontribusi pada penelitian yang diperlukan dengan:

1. Berpartisipasi dalam penelitian berbasis praktik di bidang pencegahan kekerasan remaja
2. Remaja; program media digital (televisi, video, internet, sosial media, dan video game) yang bertanggung jawab pada format yang meminimalkan paparan remaja terhadap gambar, pesan, dan tema kekerasan
3. Menyumbangkan data ke sistem surveilans mengenai cedera yang disengaja

4.11 Kesimpulan

Remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menjadi dewasa, sehingga menjaga reproduksi dan seksualitas yang sehat adalah puncak inti perkembangan kesehatan remaja. Pengetahuan kesehatan reproduksi yang komprehensif dapat membantu remaja lebih bertanggung jawab dalam berbuat dan mengambil keputusan sehubungan dengan kesehatan reproduksinya, sehingga dapat mencegah terjadinya perilaku seksual pranikah.

4.12 DAFTAR PUSTAKA

1. Wardhani DT. Perkembangan dan Seksualitas Remaja (Development and Adolescent Sexuality). *Informasi*. 2012;17(03):184-191. Diakses 15 Mei, 2024. <https:///media.nelite.com/media/publications/52859-ID-perkembangan-dan-seksualitas-remaja.pdf>
2. Situmorang A. Adolescent Reproductive Health in Indonesia. A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/Center for Communication Program. Jakarta, Indonesia. September 2003. Diakses 15 Mei, 2024. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacw743.pdf
3. UNICEF. Profil Remaja 2021. Mei 2021. Diakses 19 Mei, 2024. https://www.unicef.org/indonesia/media/9546/file/Profil_Remaja.pdf.
4. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *J Hum Reprod Sci*. 2015;8(2):70-4. doi: 10.4103/0974-1208.158594.
5. Australian Medical Association. AMA Position Statement: Sexual and Reproductive Health. 17 Juli, 2014. Diakses 19 Mei, 2024. https://ama.com.au/sites/default/files/documents/position_statement_on_sexual_and_reproductive_health_2014_0.pdf
6. UNAIDS DATA 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 31 Oktober, 2023. Diakses 19 Mei 2024. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2023_en.pdf
7. World Health Organization. WHO guideline on school health services. Geneva: World Health Organization. 22 Juni, 2021. Diakses 17 Mei, 2024.
8. American Academy of Pediatrics. The Importance of Access to Comprehensive Sex Education. Update 15 Februari, 2024. Diakses 19 Mei, 2024.
9. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Aspek Sosial. 10 September, 2013. Diakses 19 Mei, 2024. <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-reproduksi-remaja-dalam-aspek-sosial>
10. Batubara Jose RL. Adolescent development (perkembangan remaja). *Sari Pediatri*. 2010;12(1):21-9. Diakses 15 Mei, 2024. <https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/view/540/476>

11. Wahyuni S, Fahmi I. Determinan Perilaku Seksual Pra Nikah Remaja Pria di Indonesia Hasil SDKI. *Euclid*. 2019;6(2):177-188. doi: 10.33603/e.v6i2.2201.
12. World Health Organization. Recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva: Switzerland. 10 Oktober, 2018. Diakses 17 Mei, 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275374/9789241514606-eng.pdf?sequence=1>
13. Fadlyana E, Larasaty S. Pernikahan usia dini dan permasalahannya. *Sari Pediatri*. 2009;11(2):136-41. Diakses 15 Mei, 2024. <https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/view/607>
14. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat: Pedoman Nasional Asuhan Pasca Keguguran yang Komprehensif. Kementerian Kesehatan RI; 2020. Diakses 19 Mei, 2024.
15. <https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/Pedoman%20Nasional%20APK%20Komprehensif.pdf>
16. Kemp S. Digital 2022: Indonesia. 15 Februari, 2022. Diakses 19 Mei 2024. <https://datareportal.com/reports/digital-2022-indonesia>
17. Siswatibudi H, Paramastri I, Lazuardi L. Facebook Messenger Sebagai Media Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja Studi Di SMP Muhammadiyah Depok Sleman Yogyakarta. *JurnalPermata Indonesia*. 2016;7(1):10-25. <https://doi.org/10.59737/jpi.v7i1.130>
18. Nisaa, Fitia Adinda & Izzatul Arifah. Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Komprehensif Melalui Internet Pada Remaja SMA. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2019:64-72. Diakses 19 Mei 2024. <https://www.researchgate.net/publication/340397671>
19. Wardoyo H. Kesehatan reproduksi remaja dalam hubungannya dengan stunting. 6 Oktober, 2020. Diakses 15 Mei 2024. https://stunting.go.id/sdm_downloads/kesehatan-reproduksi-remaja-dalam-hubungannya-dengan-stunting/
20. Position paper. Sexual and Reproductive Health Care: A Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(4):491-496. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.01.010>
21. World Health Organization. Youth Violence. 11 Oktober, 2023. Diakses 23 Mei, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>

22. Clayton HB, Klimer G, DeGue S, etc. Dating Violence, Sexual Violence, and Bullying Victimization Among High School Students- Youth Risk Behavior Survey, United States, 2021. *Supplement* 72(1):66-74. Publikasi 28 April, 2023. Diakses 23 Mei, 2024. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/su/su7201a8.htm>
23. UNICEF. Perundungan di Indonesia: Fakta-fakta Kunci, Solusi, dan Rekomendasi. Publikasi Februari 2020. Diakses 23 Mei, 2024. <https://www.unicef.org/indonesia/media/5691/file/Fact%20Sheet%20Perkawinan%20Anak%20di%20Indonesia.pdf>
24. UU Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak. Diakses tanggal 25 Mei, 2024. www.simkeu.kemdikbud.go.id.
25. American Academy of Pediatrics. Policy Statement—Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention. *Pediatrics* 2009;124(1):393-402. doi:10.1542/peds.2009-0943
26. Kementerian Sosial Republik Indonesia. Penguatan Kapabilitas Anak dan Keluarga: Pencegahan Kekerasan, Penelantaran, dan Eksplorasi terhadap Anak. 16 April, 2020. Diakses 23 Mei, 2024. <https://kemensos.go.id/pencegahan-penelantaran-dan-eksploitasi-terhadap-anak>
27. KPAI. Sejumlah kasus bullying sudah warnai catatan masalah anak di awal 2020. Diakses tanggal 23 Mei, 2024. www.kpai.go.id
28. Kim SK, Kim NS. The role of the pediatrician in youth violence prevention. *Korean Journal of Pediatrics* 2013;56(1):1-7. Publikasi online 29 Januari, 2013. Diakses 23 Mei, 2024. doi: <https://doi.org/10.3345/kjp.2013.56.1.1>
29. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Cyberbullying. 29 September, 2016. Diakses 25 Mei, 2024. <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/cyberbullying>
30. Centers for Disease Control. Intimate Partner Violence Prevention. 8 Februari, 2024. Diakses 28 Mei, 2024. https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/about-teen-dating-violence.html?CDC_AArefVal=https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/teendatingviolence/fastfact.html
31. Abrams Zara. Up to 19% of teens experience dating violence. Psychologists want to break the cycle. 1 Oktober, 2023. Diakses 25 Mei, 2024. <https://www.apa.org/monitor/2023/10/disrupting-teen-dating-violence>

BAB 5

KESEHATAN REPRODUKSI dan AKSES LAYANAN KESEHATAN BAGI REMAJA

Elita Vasra

5.1 LATAR BELAKANG

Menurut World Health Organization (WHO), yang termasuk kedalam kelompok remaja adalah mereka yang berusia 10-19 tahun, dan secara demografis kelompok remaja dibagi menjadi kelompok usia 10-14 tahun dan kelompok usia 15-19 tahun.

Di Internasional, secara umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menggunakan tiga istilah untuk membagi kelompok umur remaja yaitu adolescent (remaja), youth (pemuda) dan penggabungan keduanya yaitu young people (kaum muda). Istilah remaja adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun yang merupakan kelanjutan perubahan fisik, kognitif, perilaku dan psikososial. Periode ini ditandai dengan meningkatnya tingkat otonomi individu, tumbuhnya rasa identitas, harga diri dan kemandirian secara progresif menuju kedewasaan.

Sedangkan pemuda diartikan sebagai remaja yang lebih dewasa yang memiliki rentan usia antara 15-24 tahun. Mengacu pada penggabungan kedua kelompok tersebut terdapat istilah kaum muda yaitu remaja yang berusia 10-24 tahun. Kedua istilah tersebut mencerminkan perkembangan lebih lanjut dan pematangan individu selama periode di atas 18 tahun dan sebelum memasuki masa dewasa.⁶ Badan Pusat Statistik (BPS) berdasarkan hasil Sensus Penduduk Tahun 2010, mencatat remaja usia 10-19 tahun berjumlah 43.551.824 jiwa yang artinya jumlah remaja di Indonesia berjumlah sekitar 18,3% dari total

penduduk di Indonesia. Di Indonesia terdapat banyak definisi terkait dengan remaja, namun mengacu pada program pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014, definisi remaja yang digunakan dalam konteks ini adalah remaja usia 10-18 tahun.⁷¹

Sementara Undang-Undang No.23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak mengelompokkan setiap orang yang berusia sampai dengan 18 tahun sebagai ‘anak’, sehingga berdasarkan Undang-Undang ini sebagian besar remaja termasuk dalam kelompok anak. Berdasarkan data Proyeksi.⁷¹

Penduduk Indonesia 2000-2025, proporsi penduduk remaja berusia 10-19 tahun pada tahun 2010 adalah sekitar 18,3% dari total penduduk atau sekitar 43 juta jiwa. Besarnya populasi kelompok usia remaja dapat dimaknai sebagai aset dan potensi bangsa di masa depan. Namun demikian, untuk dapat mewujudkan harapan tersebut, Negara dan masyarakat harus dapat menjamin agar remaja Indonesia mampu tumbuh dan berkembang secara positif dan terbebas dari berbagai permasalahan yang mengancam. Upaya untuk dapat mewujudkan cita-cita tersebut tidaklah mudah. Pentingnya remaja sebagai aset masa depan peradaban manusia ditunjukkan dengan adanya beberapa indikator yang ditetapkan Persatuan Bangsa Bangsa sebagai Millenium Development Goals yang berkait langsung dengan remaja dan orang muda. Indikator tersebut adalah tingkat melek huruf pada penduduk usia 15-24 tahun, tingkat persalinan remaja, prevalensi HIV-AIDS pada penduduk usia 15-24 tahun, proporsi penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIVAIDS, dan rasio partisipasi sekolah anak usia 10-14 tahun yang tidak yatim piatu dibandingkan dengan yang yatim piatu.⁷¹

5.2 TINGKAT FERTILITAS REMAJA INDONESIA MENGALAMI PENURUNAN SIGNIFIKAN

Hingga saat ini, pembangunan kualitas remaja merupakan isu penting yang menjadi perhatian pemerintah. Hal ini karena masa remaja merupakan tahapan kunci untuk menentukan kehidupan ketika dewasa. Perkembangan pada masa remaja memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kehidupan remaja itu sendiri, keluarga, komunitas, dan lingkungannya. Remaja adalah penduduk laki-laki atau perempuan yang berusia 10–24 tahun dan belum menikah⁷², sedangkan menurut WHO dan UNICEF, remaja adalah penduduk laki-laki atau perempuan yang berusia 10–19 tahun⁹⁵. Dalam rentang usia tersebut, terjadi transisi dari masa anak-anak menjadi masa dewasa. Transisi yang terjadi merupakan perubahan dalam hal pubertas dan kemandirian.⁷³

Pubertas berkaitan dengan kematangan fungsi reproduksi (Graber & Brooks-Gunn, 1996), sedangkan kemandirian berkaitan dengan ketergantungan (dependency) terhadap orang tua. Pada fase ini akan terjadi berbagai perubahan dan pertumbuhan yang melibatkan emosi, psikologi, sosial, mental, dan fisik (Schulz dkk., 2009). Pada usia remaja, idealnya seseorang dalam proses menjalani pendidikan. Dengan kondisi tersebut, remaja dinilai belum siap untuk menikah, terlebih lagi memiliki anak. Oleh sebab itu, fertilitas pada remaja penting untuk diulas karena berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan perkembangan sosial ekonomi di masa selanjutnya. Secara psikologis, perempuan yang menikah muda belum memiliki pengetahuan yang cukup dalam membesarakan anak, yaitu dalam hal pengasuhan termasuk pemberian gizi. Hal ini dapat meningkatkan risiko stunting pada anak yang dilahirkan. Penurunan tingkat fertilitas remaja termasuk dalam agenda global pembangunan yang tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, atau dikenal

dengan Sustainable Development Goals (SDGs). Untuk memantau angka kelahiran pada usia remaja, SDGs mencantumkan indikator angka fertilitas remaja (ASFR) perempuan umur 10-14 tahun dan 15-19 tahun sebagai indikator evaluasi pembangunan (UN, 2023). Namun pada umumnya, negara-negara di dunia menggunakan usia 15-19 tahun karena kualitas dan ketersediaan data (Kisambira & Schmid, 2022). Dalam analisis ini, rentang umur perempuan yang digunakan untuk indikator ASFR juga 15-19 tahun. ASFR 15-19 tahun adalah banyaknya kelahiran hidup per 1.000 perempuan umur 15-19 tahun. ASFR 15-19 sangat bermanfaat sebagai indikator untuk memantau besarnya masalah kelahiran pada remaja ⁷⁴

5.3 POSISI TINGKAT FERTILITAS REMAJA INDONESIA DI TINGKAT GLOBAL

Berdasarkan data hasil Long Form SP2020, angka kelahiran remaja umur 15-19 tahun sebesar 26,64 kelahiran per 1.000 perempuan (umur 15-19 tahun). Angka fertilitas remaja telah mengalami penurunan yang signifikan dalam lima puluh tahun terakhir, dari 155 pada tahun 1971 menjadi 26,64 pada tahun 2020 (Gambar 1). Namun demikian, untuk dapat mencapai target angka kelahiran remaja dalam RPJMN 2020-2024 sebesar 18 kelahiran per 1.000 perempuan berumur 15-19 tahun, masih diperlukan upaya yang sangat keras dan berkesinambungan ⁷⁵.

Tingkat fertilitas remaja Indonesia berada di urutan ketujuh, hanya lebih rendah atau lebih baik dibandingkan dengan Vietnam, Kamboja, Filipina dan Laos. Jika dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya (Gambar 2), fertilitas remaja Indonesia masih tinggi, terutama dibandingkan dengan Malaysia dan Singapura. Berdasarkan hasil penghitungan UNDP, tingkat fertilitas remaja Indonesia berada di urutan ketujuh, hanya lebih rendah atau lebih baik dibandingkan dengan

Vietnam, Kamboja, Filipina dan Laos. Hal ini tidak jauh berbeda dengan data World Bank (2023). Namun apabila dilihat perkembangannya selama periode 1960-2020, penurunan angka kelahiran remaja 15-19 tahun Indonesia paling tinggi dari negara-negara tersebut⁷⁵.

Angka Kelahiran per 1.000 Perempuan Umur 15-19 Tahun (Adolescence Birth Rate) Negara Anggota ASEAN, 2021 : Indonesia berada di urutan ke 7 dengan 33,90 per 1.000⁷⁵

5.4 GAMBARAN FERTILITAS REMAJA ANTARWILAYAH

Tingkat fertilitas remaja perkotaan dan perdesaan, antarprovinsi, maupun antarkabupaten/ kota di Indonesia cukup beragam yang menunjukkan ketimpangan antarwilayah. Ketimpangan fertilitas remaja yang cukup signifikan terjadi antara perempuan yang tinggal di wilayah perkotaan dan perdesaan⁷⁵.

Hasil Long Form SP2020 menunjukkan bahwa persentase penduduk perempuan usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan dan tinggal di pedesaan ada sebanyak 3 dari 100 perempuan pada usia yang sama. Angka tersebut dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Hal ini sejalan dengan hasil berbagai kajian. Hampir di seluruh negara sedang berkembang, tingkat fertilitas remaja wilayah perdesaan lebih tinggi dibandingkan wilayah perkotaan (McDevitt et al., 2011). Selanjutnya, penelitian Raharja (2014) menggunakan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia menyimpulkan bahwa remaja perempuan yang tinggal di perdesaan memiliki persentase pernah melahirkan dan atau sedang hamil saat survei dua kali lebih tinggi (13 persen) dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perkotaan (6 persen)⁷⁵. Persentase Perempuan Umur 15-19 Tahun yang Pernah Melahirkan menurut Daerah Tempat Tinggal, 2022 1,2% Perkotaan dan 2,89 di Pedesaan⁷⁵

Angka fertilitas remaja di perkotaan yang lebih rendah dibandingkan perdesaan berkaitan dengan karakteristik wilayah dan penduduk. Wilayah perkotaan umumnya memiliki ketersediaan dan akses fasilitas pendidikan dan kesehatan yang lebih baik, lapangan kerja yang lebih luas, akses informasi yang lebih mudah dan cepat, serta kemudahan dalam memperoleh alat kontrasepsi yang aman. Kemudahan tersebut juga didukung dengan ketersediaan infrastruktur dan sarana transportasi yang lebih baik. Adanya perbedaan akses terhadap fasilitas tersebut menyebabkan perbedaan kesempatan dalam pendidikan dan pekerjaan. Kondisi ini mendorong perempuan di perkotaan memilih untuk melanjutkan pendidikan dan masuk dalam pasar kerja, sehingga cenderung tertunda dalam memiliki anak (Khan dan Misra, 2008). Gambar 5 menunjukkan bahwa perempuan umur 19-24 tahun yang pernah melahirkan dengan status pendidikan tidak/belum pernah bersekolah, belum tamat SD, dan tamat SD/sederajat lebih banyak tinggal di perdesaan, sementara perempuan dengan pendidikan yang lebih tinggi lebih banyak tinggal di perkotaan⁷⁵

Kelahiran per 1.000 Perempuan Umur 15-19 Tahun (Adolescence Birth Rate) menurut Provinsi di Indonesia, 2020 secara nasional; 26,64/1.000 perempuan umur 15-19 tahun. Perkembangan AKI Indonesia menunjukkan sebuah capaian yang luar biasa, dimana AKI turun cukup drastis dari 346 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010 (hasil SP2010), turun menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (hasil SUPAS 2015), dan kembali turun menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup (hasil Long Form SP2020). Selama sepuluh tahun terakhir, penurunan AKI Indonesia mencapai 45 persen⁷⁵.

5.5 GAMBARAN KETERSEDIAAN ATAU AKSES PELAYANAN KESEHATAN IBU DI INDONESIA

Pembangunan kesehatan tidak terlepas dari ketersediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan. Kematian ibu banyak terjadi di negara yang memiliki keterbatasan fasilitas kesehatan dan tingkat ketimpangan antara golongan mampu dan miskin sangat tinggi (WHO, 2023a).

5.5.1 PELAYANAN KESEHATAN REMAJA

Pemerintah Indonesia juga memberikan perhatian khusus terhadap hal ini, sebagaimana terlihat dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal-pasal yang berkaitan dengan pengaturan layanan pemeliharaan kesehatan remaja, sebagai berikut:

Pasal 71

- (1) Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.
- (2) Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. saat sebelum hamil, hamil, melahirkan, dan sesudah melahirkan;
 - b. pengaturan kehamilan, alat kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan
 - c. kesehatan sistem reproduksi.

- (3) Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pasal 73

Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.

Pasal 74

- (1) Setiap pelayanan kesehatan reproduksi yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan/atau rehabilitatif, termasuk reproduksi dengan bantuan dilakukan secara aman dan sehat dengan memperhatikan aspek-aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan.
- (2) Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tidak bertentangan dengan nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Ketentuan mengenai reproduksi dengan bantuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 136:

- (1) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja harus ditujukan untuk mempersiapkan menjadi orang dewasa yang sehat dan produktif baik sosial maupun ekonomi.
- (2) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) termasuk untuk reproduksi remaja dilakukan agar terbebas dari berbagai gangguan kesehatan yang dapat mengambat kemampuan menjalani kehidupan reproduksi secara sehat.

- (3) Upaya pemeliharaan kesehatan remaja sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.

Pasal 137:

- (1) Pemerintah berkewajiban menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan mengenai kesehatan remaja agar mampu hidup sehat dan bertanggung jawab.
- (2) Ketentuan mengenai kewajiban Pemerintah dalam menjamin agar remaja memperoleh edukasi, informasi dan layanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan pertimbangan moral nilai agama dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5.5.2 DOKUMEN KEBIJAKAN DAN DUKUNGAN STRATEGIS DARI PEMERINTAH

Selain itu, Pemerintah termasuk Kementerian Kesehatan juga telah mengeluarkan berbagai dokumen kebijakan dan strategi nasional yang mengatur pelayanan kesehatan terhadap remaja, di antaranya:

1. Strategi Nasional Kesehatan Remaja, Direktorat Kesehatan Keluarga, Departemen Kesehatan RI, 2005
2. Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas, Direktorat Kesehatan Keluarga, Departemen Kesehatan RI, 2005
3. Pedoman Perencanaan Program Kesehatan Remaja bagi Tim Kabupaten/Kota, Direktorat Kesehatan Keluarga, Departemen Kesehatan RI, 2005
4. Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja, Diknas, Depkes, Depsol, Depag, BKKBN, 2007

5. SK MENKES No 486/MENKES/SK/IV/2007 tentang Rencana Strategi dan Kebijakan untuk Penanggulangan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif.
6. Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS pada Anak dan Remaja 2007-2010, Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, 2008
7. Pedoman Perencanaan Pembentukan dan Pengembangan Puskesmas Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kabupaten/Kota, Direktorat Kesehatan Anak, Departemen Kesehatan RI, 2008
8. Panduan Supervisi Fasilitatif Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Direktorat Kesehatan Anak, Departemen Kesehatan RI, 2008
9. Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan Anak Sekolah lanjutan, Direktorat Kesehatan Anak⁷⁶

5.6 MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

1. Sepertiga perempuan diseluruh dunia melahirkan sebelum berusia 20 tahun, dengan jumlah persalinan dibawah usia 20 tahun sebesar 15 juta per tahun.
2. Remaja yang hamil mengalami peningkatan risiko kesakitan dan kematian akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, termasuk persalinan macet, prematur dan keguguran.
3. Sekitar lima juta remaja berusia antara 15-18 tahun melakukan aborsi yang tidak aman setiap tahunnya dan 70.000 kematian terkait aborsi terjadi di antara kelompok usia ini setiap setengah tahun.
4. Remaja masih menghadapi hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi.

- 1) Hambatan yang dihadapi diantaranya adalah pelayanan yang kurang ramah remaja, sehingga remaja menjadi malu, takut atau cemas dengan masalah yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi, dan khawatir kerahasiaannya kurang terjaga.
- 2) Hambatan sosial budaya seperti norma sosial yang berlaku di masyarakat terkait dengan masalah kesehatan seksual dan reproduksi yang membatasi remaja untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi.
- 3) Hambatan Struktural, seperti jarak yang jauh ke fasilitas kesehatan, kurangnya fasilitas untuk klien penyandang disabilitas, jam buka fasilitas, waktu tunggu yang lama, biaya pelayanan dan kurangnya privasi yang membuat remaja enggan mengakses fasilitas pelayanan tersebut⁷¹.

5.7 TANTANGAN REMAJA INDONESIA

Beberapa fakta berikut ini menunjukkan bahwa saat ini remaja Indonesia menghadapi berbagai tantangan.

1. Perilaku berisiko

- 1) Data SDKI tahun 2012 menunjukkan bahwa 28% remaja perempuan dan 24% remaja laki-laki meminum minuman beralkohol pada usia sebelum 15 tahun. Sekitar 2,8% remaja 15-19 tahun terlibat penyalahgunaan NAPZA, dan 0,7% perempuan dan 4,5% laki-laki umur 15-19 tahun melakukan hubungan seks pra-nikah."
- 2) Data Riskesdas 2013, menunjukkan bahwa sebanyak 1,4% remaja umur 10-14 tahun dan 18,3% remaja umur 15-19 tahun saat ini merokok. Selain itu diketahui bahwa 56% perokok laki-laki dan

59% perokok wanita mulai merokok sebelum mereka berumur 15 tahun.

- 3) Sekitar 32,1% remaja perempuan dan 36,5 remaja laki-laki yang berumur 15-19 tahun mulai berpacaran pada saat mereka belum berusia 15 tahun (SDKI 2012). Jika para remaja tersebut tidak memiliki keterampilan hidup (life skills) yang memadai, mereka berisiko memiliki perilaku pacaran yang tidak sehat. Indikasi mengenai hal ini terlihat dari fakta bahwa 0,7% perempuan umur 15-19 tahun dan 4,5% laki-laki umur 15-19 tahun pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Alasan hubungan seksual pranikah tersebut sebagian besar karena penasaran/ ingin tahu (57,5% pria), terjadi begitu saja (38% perempuan) dan dipaksa oleh pasangan (12,6% perempuan) (SDKI 2012). Bukti ini mencerminkan bahwa kurangnya pemahaman remaja tentang keterampilan hidup sehat, risiko hubungan seksual dan kemampuan untuk menolak hubungan yang tidak mereka inginkan.
- 4) Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa 7% remaja perempuan 15-19 tahun pernah melahirkan. Hal ini sungguh memprihatinkan karena kehamilan dan persalinan pada remaja di bawah 19 tahun meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi. Hal ini dapat dibuktikan dari hasil SDKI yang menunjukkan angka fertilitas pada remaja umur 15-19 tahun adalah 48/1000 perempuan di kelompok umur tersebut. Persalinan pada ibu di bawah umur 20 tahun memiliki kontribusi dalam tingginya Angka Kematian Neonatal (34/1000), kematian bayi (50/ 1000), dan kematian balita (61/1000).

2. Data Pengetahuan Hasil SDKI tahun 2012 menunjukan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai. Hanya 35,3% remaja perempuan dan 31,2% remaja laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual. Sebanyak 41,2% perempuan dan 55,3% laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa cara penularan HIV-AIDS dapat dikurangi jika berhubungan seks hanya dengan seseorang yang tidak memiliki pasangan lain. 46% perempuan dan 60,8 % laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa penularan HIV-AIDS dapat dikurangi dengan menggunakan kondom. Hanya 9,9% perempuan dan 10,6% laki-laki umur 15-19 tahun memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV-AIDS.
3. Akses terhadap informasi Remaja umur 15-19 tahun lebih suka berdiskusi/curhat mengenai masalah kesehatan reproduksi kepada teman sebayanya, seperti yang ditunjukan SDKI 2012, dimana sebesar 57,1% laki-laki dan 57,6% perempuan berdiskusi/curhat mengenai kesehatan reproduksi dengan temannya. Sementara itu, remaja umur 15-19 tahun menyukai bila sumber informasi kesehatan reproduksi diperoleh dari teman sebaya (33,3% laki-laki dan 19,9% perempuan), guru (29,6% laki-laki dan 31,2% perempuan), ibu (12,7% laki-laki dan 40% perempuan), dan tenaga kesehatan (2,6% laki-laki dan 35,7% perempuan). Jenis informasi yang sering diperoleh remaja adalah bahaya penyalahgunaan NAPZA, bahaya minum minuman beralkohol dan tentang HIV-AIDS termasuk penggunaan kondom untuk pencegahan penularannya.⁷⁶

5.8 RUANG LINGKUP PEDULI KESEHATAN REMAJA SEHAT

Berdasarkan Undang-undang No.23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak bahwa sasaran pengguna layanan PKPR adalah kelompok remaja usia 10-18 tahun. Walaupun demikian, mengingat batasan usia remaja menurut WHO adalah 10-19 tahun, maka Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran pengguna layanan PKPR meliputi remaja berusia 10 sampai 19 tahun, tanpa memandang status pernikahan ⁷⁷

5.8.1 Pengguna layanan

Fokus sasaran layanan puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja, antara lain:

1. Remaja di sekolah: sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa.
2. Remaja di luar sekolah: karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu/rehabilitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan.
3. Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa mempermasalahkan status pernikahan.
4. Remaja yang rentan terhadap penularan HIV, remaja yang sudah terinfeksi HIV, remaja yang terkena dampak HIV dan AIDS, remaja yang menjadi yatim/piatu karena AIDS
5. Remaja berkebutuhan khusus, yang meliputi kelompok remaja sebagai berikut:
 - a. Korban kekerasan, korban traficking, korban eksplorasi seksual
 - b. Penyandang cacat, di lembaga pemasyarakatan (LAPAS), anak jalanan, dan remaja pekerja

- c. Di daerah konflik (pengungsian), dan di daerah terpencil

5.8.2 PAKET LAYANAN

Meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus diberikan secara komprehensif di semua tempat yang akan melakukan pelayanan remaja dengan pendekatan PKPR.

Intervensi PKR meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi infeksi menular seksual/IMS, HIV&AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas
- b. Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja " Pelayanan gizi (anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi " Tumbuh kembang remaja " Skrining status TT pada remaja
- c. Pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi: masalah psikososial, gangguan jiwa, dan kualitas hidup " Pencegahan dan penanggulangan NAPZA
- d. Deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja
- e. Deteksi dan penanganan tuberkulosis Deteksi dan penanganan kecacingan ⁷⁷.

5.8.3 MODEL LAYANAN

1. Kementerian Kesehatan RI sejak tahun 2003,

Telah mengembangkan program kesehatan remaja dengan menggunakan pendekatan khusus yang dikenal sebagai Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Sejak tahun 2003, hingga akhir tahun 2013, dilaporkan bahwa dari 497 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia, sebanyak 406 (81,69%) kabupaten/kota telah memiliki minimal 4 Puskesmas mampu laksana PKPR ⁷⁷

Selain itu, pengembangan PKPR di tingkat Rumah Sakit sebagai layanan rujukan juga telah dilakukan. Berbagai upaya kerjasama lintas sektor instansi terkait juga dilakukan seperti BKBP3A, Dinas Pendidikan, Departemen Agama, dan lain-lain⁷⁷

Kolaborasi kegiatan yaitu Saka Bhakti Husada, Usaha Kesehatan Sekolah, Pelayanan informasi Komunikasi KRR dan PKPR yang dikembangkan dan diterapkan kepada remaja putri di beberapa sekolah, di luar sekolah, SLB, remaja calon ibu, korban kekerasan perempuan dan anak, serta dilakukan di daerah bencana dan konflik, namun pelaksanaannya masih belum maksimal dilihat dari data cakupan PKPR yang masih rendah (73%) Belum terpenuhinya hak-hak reproduksi itu mengakibatkan timbulnya masalah dan bahkan kematian bagi remaja putri. Hasil konferensi ICPD dan MDG's, mengharapkan di akhir tahun 2015, minimal 90% dari seluruh jumlah remaja sudah harus mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan seksual serta hak-hak yang menyertainya. Namun sampai saat MDGs berakhir dan berlanjut pada program SDGs cakupan tersebut belum tercapai⁷⁷.

2. Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah (KRBm) lebih terfokus kepada masalah utama yang sedang dialami remaja putri melalui pelayanan di sekolah bekerjasama dengan keluarga, lingkungan dan kebijakan, untuk hasil yang efektif dapat meningkatkan perilaku remaja, khususnya perilaku pacaran yang sehat, perilaku mengatakan tidak untuk seks pranikah dan perilaku pengambilan keputusan remaja untuk mencegah seks pranikah, dalam upaya pendidikan KRR. Model ini dapat menjadi

model bagi puskesmas untuk menghidupkan program pelayanan kesehatan di sekolah (5,10,16) ⁷⁸

3. Paket Pelayanan Awal Minimum(PPAM)

Kesehatan Reproduksi dilakukan pada tanggap darurat krisis Kesehatan, Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi yang telah di terbitkan di tahun 2015 lalu. Buku pedoman PPAM kesehatan reproduksi remaja perlu disusun karena komponen kesehatan reproduksi remaja secara komprehensif belum masuk ke dalam komponen PPAM di Buku Pedoman PPAM kesehatan reproduksi tahun 2015. Dengan adanya komponen khusus untuk remaja seperti Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial, diperlukan pendekatan khusus dalam melakukan intervensi melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), serta penggunaan alat bantu penilaian kebutuhan (assessment tools) yang berbeda dengan PPAM secara umum. Pedoman kesehatan reproduksi dapat digunakan untuk mengkaji permasalahan kesehatan reproduksi remaja pada situasi krisis kesehatan sehingga program intervensi kesehatan reproduksi remaja yang akan dilakukan pada situasi krisis kesehatan dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang ada di lapangan ⁷¹

PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja harus melibatkan lintas sektor terkait untuk memastikan bahwa tenaga kesehatan, remaja, anggota masyarakat dan para pelaku program kemanusiaan lainnya sadar akan hak-hak remaja terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Semua upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa remaja memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja ⁷¹

Melalui Program BERANI, UNFPA mempromosikan layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang universal dan adil melalui model waralaba sosial inovatif yang dipimpin oleh sektor swasta yang disebut UNALA. Model ini bekerja untuk memenuhi permintaan kaum muda akan informasi yang akurat tentang kesehatan reproduksi dan memenuhi kesenjangan akses kesehatan reproduksi yang sangat besar dengan menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas tinggi dan ramah bagi kaum muda. Dengan adanya ruang untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi secara aman, kaum muda akan lebih siap untuk mengambil keputusan yang tepat untuk kesehatan mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan masalah kesehatan lainnya. Layanan berkualitas tinggi dan pembentukan jaringan rujukan dengan titik layanan kesehatan pemerintah akan memfasilitasi kaum muda untuk mendapatkan layanan kesehatan reproduksi dan seksual yang mereka butuhkan ⁷⁹

4. Melihat kesenjangan yang sangat besar, sebuah model layanan kesehatan reproduksi yang dipimpin oleh sektor swasta untuk remaja di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), yang diberi nama UNALA, dikembangkan.

Nama 'UNALA' berasal dari bahasa Sansekerta, yang berarti 'kemampuan Anda untuk mengambil keputusan'. Nama ini mencerminkan tujuan untuk memberdayakan kaum muda. Model ini memanfaatkan aspek-aspek pengembangan kaum muda untuk menghasilkan permintaan yang lebih besar akan layanan dan mendapatkan dukungan masyarakat untuk penyediaan layanan HSKR bagi kaum muda. Saat ini, proyek UNALA dilaksanakan

melalui kemitraan dengan Yayasan Siklus Sehat Indonesia (YSSI), sebuah LSM lokal yang berbasis di Jakarta dan Yogyakarta.⁷⁹

Para peserta mendapatkan pelatihan langsung dari penyedia layanan kesehatan yang berafiliasi dengan UNALA dan menggunakan pelatihan tersebut untuk mengarusutamakan HKSR ke dalam pekerjaan dan advokasi organisasi mereka. UNALA menyelenggarakan pelatihan bagi 91 pemimpin muda, dimana 7 di antaranya berasal dari organisasi yang mengadvokasi penyandang disabilitas muda."Pelatihan ini sangat membantu, ada kebutuhan yang besar untuk perawatan SRH bagi penyandang disabilitas dan ini membantu saya untuk membuat strategi advokasi," kata Lia, seorang pemimpin muda berusia 21 tahun dari organisasi SABDA, sebuah organisasi yang bekerja untuk kaum muda dengan disabilitas ⁷⁹

Pendidikan Seksualitas Komprehensif (PKRS) di luar sekolah dan peningkatan permintaan di tempat nongkrong anak muda UNALA melakukan penjangkauan dan memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual kepada anak muda di tempat nongkrong di luar sekolah. Remaja di tempat-tempat nongkrong di luar sekolah. Ini termasuk kafe, pusat kebugaran, dan tempat berkumpulnya anak muda lainnya. Penyedia layanan kesehatan UNALA memberikan informasi di tempat-tempat tersebut dengan cara yang ramah dan tidak menghakimi yang memungkinkan interaksi dan keterlibatan interaktif oleh kaum muda. Di tempat-tempat ini, program UNALA mendistribusikan voucher untuk konsultasi klinik UNALA ⁷⁹

5.9 KARAKTER REMAJA SAATINI

Remaja saat ini merupakan Generation, generasi net atau generasi internet. Generasi ini lahir dan dibesarkan telah dengan perkembangan dan penggunaan teknologi internet yang sangat pesat. Kehidupan mereka sudah hampir tidak dapat dipisahkan dari penggunaan teknologi internet dan digital.

Karakteristik Generasi Net secara umum adalah sebagai berikut:



Gambar 5. 1 Modul Kespro Remaja Luar Sekolah, Kemkes RI, 2021

1. Rentang perhatian singkat Fasih Teknologi.

Mereka menggunakan teknologi internet dalam kehidupan sehari-harinya. Baik dalam hal pendidikan, mendapatkan hiburan, dan berbagai hal lainnya. Menjauhkan mereka dari internet akan sulit untuk dilakukan. Yang penting adalah membantu mereka belajar bertanggung jawab dan mampu menggunakan internet secara aman, bijak dan sehat.

2. Berpikiran/berwawasan luas dan global.

Akses internet yang mudah membantu mereka untuk mendapatkan informasi apapun yang berasal dari manapun di dunia ini. Hal ini membuat mereka dapat mengikuti trend yang terjadi secara global. Dorong mereka untuk memanfaatkan pengetahuan tersebut dengan

baik serta kritis dalam memilih informasi yang diterima. Fasilitator juga perlu terbuka untuk berdiskusi karena dapat saja mereka memiliki pengetahuan yang lebih luas mengenai suatu hal dibandingkan fasilitatornya.

3. Optimis.

Mereka cenderung memiliki keyakinan yang tinggi akan masa depannya.

4. Lebih berfokus pada dirinya sendiri.

Akses dunia maya yang luas terkadang membuat interaksi mereka dengan dunia nyata dan orang-orang di sekelilingnya berkurang. Hal ini dapat menyebabkan mereka cenderung untuk lebih berfokus pada dirinya sendiri. Hal ini tidak buruk. Bantu mereka untuk tetap memiliki empati sosial.

5. Merasa kemampuan diri kurang.

Walaupun optimis, namun mereka butuh dorongan dan dukungan dari lingkungan untuk dapat meyakinkan diri mereka akan kemampuannya.

6. Daya tahan kurang.

Terbiasa dengan kemudahan, terkadang membuat mereka kurang dapat bertahan pada situasi yang kurang nyaman. Hal ini dapat menyebabkan munculnya stress. Orang-orang di sekitar remaja perlu membantu mereka mengelola emosi dan mengatasi stress tersebut.

7. Cara belajar visual dan aktif.

Mereka akan lebih mudah belajar dengan bantuan gambar, video dan kegiatan-kegiatan yang dapat mereka lakukan sendiri. Oleh karena itu pengembangan bahan ajar pun perlu dilakukan dengan menyesuaikan dengan karakteristik ini.

8. Rentang perhatian yang singkat.

Terbiasa dengan dunia yang serba cepat berubah membuat mereka tidak mudah bertahan untuk berkonsentrasi hanya pada satu hal pada satu waktu tertentu. Perlu dikembangkan cara-cara yang beragam dan interaktif untuk dapat terus menarik perhatian mereka.

9. Ekspresif.

Mereka senang menunjukkan dirinya dan butuh ruang untuk mengekspresikan diri dan eksistensinya. Proses pembelajaran diharapkan dapat menghargai dan memberikan kesempatan bagi mereka untuk menyalurkan kebutuhannya ini.

10. Instan.

Terkadang mereka ingin cepat memperoleh hasil tanpa memperhatikan proses yang perlu dijalani untuk mendapatkan hasil tersebut. Fasilitator dan orang-orang di sekitar mereka perlu mendampingi dan membantu melihat proses sebagai sarana untuk belajar.⁷⁶

Karakteristik-karakteristik ini tentu saja tidak berlaku mutlak pada setiap individu remaja. Ini adalah gambaran secara umum. Informasi mengenai karakteristik ini diharapkan dapat membantu fasilitator dalam memahami remaja sehingga dapat melakukan penyesuaian dalam mempersiapkan metode belajar ataupun dalam melakukan pendekatan kepada remaja.

5.10 Mengapa remaja rentan?

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak ke dewasa yang sering diwarnai dengan perilaku berisiko. Sebagian orang dewasa melihat ini sebagai masalah, padahal masa ini merupakan bagian

proses perkembangan yang membutuhkan dukungan agar tumbuh kembang remaja dapat berjalan dengan optimal.⁷⁶

Perilaku berisiko pada remaja dipengaruhi perkembangan otaknya. Pada masa remaja otak berkembang dengan pesat. Bagian otak yang berkembang terutama adalah bagian lobus frontal (bagian yang mengatur proses pengambilan keputusan, pertimbangan nilai dan norma, perencanaan, spontanitas, konsekuensi dan perilaku sosial) dan bagian limbik (pusat yang mengatur emosi, motivasi dan perilaku). Namun perkembangan lobus frontal lebih lambat dibandingkan perkembangan bagian limbik sehingga remaja cenderung untuk mencoba sesuatu yang baru, mudah merasa senang, menyukai sesuatu, tetapi juga mudah merasa kecewa, sedih dan emosi lainnya.⁷⁶

Jika diibaratkan dengan mobil, maka limbik adalah gas, sedangkan lobus frontal adalah rem nya. Jadi pada remaja, perkembangan gas lebih cepat daripada rem. Hal ini menyebabkan remaja cenderung lebih emosional, menyukai tantangan dan rentan melakukan hal-hal yang berisiko karena belum mampu memikirkan konsekuensi dari perilakunya tersebut. Pendidik dan orang dewasa di sekitar remaja perlu menyikapi perkembangan otak ini dengan membantu mengarahkan remaja dalam proses pengambilan keputusan atau mengarahkan dorongan dan kebutuhannya akan tantangan kepada hal-hal yang lebih aman misalnya berolahraga.⁷⁶

Salah satu kerentanan yang dapat terjadi pada remaja adalah melakukan atau menghadapi perilaku berisiko. Perilaku berisiko adalah bentuk perilaku yang dapat membahayakan kesehatan dan kesejahteraan (well being) remaja, bahkan beberapa bentuk perilaku dapat merugikan orang lain. Perilaku berisiko remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor dari dalam diri remaja (internal: kepribadian, proses

tumbuh kembang yang terjadi) maupun faktor dari luar diri (eksternal: keluarga, sekolah, teman dan lingkungan sekitar serta pengaruh dunia digital). Maka penting kita pahami bahwa penanganan masalah remaja perlu dilakukan secara menyeluruh yang menyasar pada faktor internal dan eksternal. Terkait perilaku berisiko yang dapat terjadi pada remaja, terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatannya, maka pemerintah Indonesia memfokuskan penyelesaian masalah kesehatan pada remaja dengan mengkategorikannya dalam 8 isu kesehatan remaja, yaitu:

5.11 Isu Kesehatan Remaja ⁷⁶

1. Kesehatan Seksual dan Reproduksi:

Pubertas, menstruasi, mimpi basah, kehamilan, pernikahan anak, perilaku seksual berisiko, dan lain lain.

2. HIV AIDS:

Perilaku berisiko tertular HIV, remaja HIV positif, dan lain lain.

3. Gizi:

Anemia, pola makan, menu makanan, dan lain lain.

4. Penggunaan Zat Adiktif:

Merokok, alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan lain lain.

5. Kekerasan dan Cidera:

Kekerasan seksual, perundungan, perkelahian, tawuran, kecelakaan lalu lintas, dan lain lain.

6. Kesehatan Mental:

Kesulitan belajar, kenakalan remaja, penyalahgunaan Napza, ketergantungan terhadap internet, masalah perilaku seksual, gangguan emosional, gangguan psikotik.

7. Kebersihan Diri dan Sanitasi:

Mandi, sikat gigi, kebersihan menstruasi, dan lain lain.

8. Penyakit Tidak Menular:

Penyakit kardiovaskular, diabetes, kanker, gangguan pernapasan kronis, ginjal, gangguan mental.

Salah satu permasalahan yang paling banyak mendapatkan perhatian pada remaja adalah tentang kesehatan reproduksi. Hal ini berkaitan dengan perubahan biologis dan pematangan organ reproduksi pada remaja, serta mempersiapkan remaja menghadapi proses perkembangan berikutnya yaitu berkembang biak (bereproduksi). Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi adalah hal yang penting untuk diberikan kepada para remaja. Remaja perlu dibekali dengan berbagai pengetahuan, pengembangan sikap dan keterampilan diri yang terkait kesehatan reproduksi untuk mendukung perkembangan yang positif

5.12 HAK ANAK DAN HAK KESEHATAN REPRODUKSI

UU RI No. 35 tahun 2014 tentang perubahan atas UU No. 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, dijelaskan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945. Pengertian anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Berdasarkan hal tersebut, maka remaja masih masuk dalam kategori anak. Hak anak tersebut adalah bagian dari hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi, dan dipenuhi oleh orangtua, keluarga, masyarakat, pemerintah, dan negara. Hal ini didukung pula oleh Permenkes No. 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak⁷⁶.

Hak Anak menurut konvensi atau perjanjian internasional^{76,80} :

1. Hak memperoleh dan mempertahankan identitas.

2. Hak untuk bebas berekspresi.
3. Hak bebas berpikir, beragama dan berhati nurani.
4. Hak untuk mendapatkan perlindungan atas kehidupan pribadi.
5. Hak untuk memperoleh informasi secara layak.
6. Hak mendapatkan pendidikan.
7. Hak mendapatkan kesehatan yang layak

Hak kesehatan reproduksi mengacu pada konvensi ICPD di Kairo tahun 1994 yang mencakup 12 **hak reproduksi**, yaitu⁷⁶:

1. Hak untuk hidup

Merupakan hak paling mendasar bagi manusia dan berarti juga bahwa setiap individu dibebaskan dari resiko kematian.

Contohnya jika ada perempuan remaja hamil atau melahirkan, berhak mendapatkan layanan kesehatan agar terhindar dari kematian.

2. Hak atas kebebasan dan keamanan

Remaja berhak mengatur kehidupan reproduksinya dan seksualnya sehingga tidak seorang pun dapat memaksakan untuk menjalani sunat, hamil, KB dan sterilisasi tanpa persetujuan.

3. Hak atas kesetaraan dan bebas atas segala bentuk diskriminasi

Setiap remaja berhak bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan.

4. Hak atas kerahasiaan pribadi

Remaja berhak untuk menentukan pilihan terhadap layanan kesehatan reproduksi dan dilakukan dengan menghormati kerahasiaan.

5. Hak untuk kebebasan berpikir

Remaja berhak berpendapat, terbebas dari penafsiran ajaran yang sempit, kepercayaan, tradisi, mitos yang membatasi kebebasan menyatakan pendapat dan mendapatkan informasi yang benar dan pemahaman tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi.

6. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan

Remaja berhak untuk mendapatkan informasi tentang seksualitas, alat kontrasepsi, Infeksi Menular Seksual (IMS), dan HIV serta informasi lainnya yang membantu mereka untuk membuat keputusan sendiri tentang kesehatan reproduksi dan seksual dengan mengedepankan aspek gender sensitif, tanpa stereotip.

7. Hak memilih bentuk keluarga dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga

Remaja berhak merencanakan, membangun, dan memilih bentuk keluarga. Kasus pernikahan anak merupakan bentuk pelanggaran hak, karena usia anak belum memiliki kedewasaan yang memadai untuk mengambil keputusan secara merdeka, selain itu pernikahan melanggar ketentuan UU Perlindungan Anak.

8. Hak untuk memutuskan kapan dan akankah mempunyai anak

Tidak seorang pun boleh memaksa perempuan untuk hamil dan mempunyai anak. Keputusan ini harus diambil secara sadar dan merdeka. Karena itu perempuan berhak mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kesehatan reproduksi dan alat kontrasepsi yang aman.

9. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan

Remaja berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang menjamin kerahasiaan, terjangkau, dapat diakses, berkualitas dan

menghargai pasien, baik dalam kondisi sehat, sakit ataupun sebagai korban kekerasan seksual.

10. Hak mendapatkan hasil dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi

Remaja berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaru, aman, dan dapat diterima.

11. Hak atas kebebasan berkumpul

Hal ini termasuk mendesak pemerintah agar menempatkan masalah kesehatan reproduksi menjadi prioritas kebijakan negara. Termasuk juga berhak membentuk organisasi yang khusus memperjuangkan agar semua remaja mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi.

12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk

Remaja mendapatkan perlindungan dari negara untuk terbebas dari eksploitasi, pelecehan, perkosaan, dan kekerasan seksual, sebagaimana disebutkan dalam PP No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

ICPD juga menekankan pentingnya pendidikan kesehatan reproduksi. Perhatian utama pendidikan ini adalah pada pemberdayaan perempuan dan remaja dengan juga menciptakan lingkungan yang lebih kondusif dan mendukung baik dalam bentuk kebijakan maupun sarana dan prasarana lainnya. Penyediaan informasi terkait kesehatan reproduksi adalah bagian dari pemenuhan hak anak dan hak kesehatan reproduksi, dengan berprinsip pada perlindungan anak, baik dalam hal penyampaian informasi maupun penerapannya. Dengan kata lain, melaksanakan pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja adalah bagian dari pemenuhan hak anak dan merupakan

kewajiban bagi negara dan orang dewasa di lingkungan anak/remaja tersebut

5.13 PENDIDIKAN SEKSUAL KOMPREHENSIF

Berdasarkan sumber dari IFMSA (*International Federation Of Medical Student Association*) tentang *Policy Document Comprehensive Sexuality Education*

"IFMSA mengakui relevansi Pendidikan Seksualitas Komprehensif untuk memastikan penghormatan terhadap hak-hak seksual dan reproduksi dalam berbagai tahap siklus kehidupan. IFMSA percaya bahwa penyertaan CSE dalam kurikulum nasional akan membantu kaum muda untuk memiliki kehidupan seksual dan reproduksi yang lebih sehat, bebas dari stigma dan diskriminasi. Selain itu, IFMSA mengutuk kekerasan berbasis gender (KBG), karena hal itu merupakan ancaman serius bagi semua jenis kelamin; jadi kami mempromosikan CSE sebagai alat yang ampuh untuk menyerang akar-akar KBG sejak awal kehidupan"⁸¹

Dalam dokumen kebijakan IFSMSA, 2019 disebutkan CSE sepenuhnya didasarkan pada pendidikan non-formal, CSE dapat disampaikan baik dalam konteks formal maupun non-formal. Di mana pun, dan siapa pun yang menyampikannya, CSE harus mematuhi prinsip-prinsip yang diuraikan dalam "Panduan Teknis Internasional tentang Pendidikan Seksualitas: Pendekatan Berbasis Bukti" :

- a. akurat secara ilmiah, dibangun di atas pengetahuan berbasis bukti tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, dan perilaku.
- b. Bersifat inkremental, yang berarti bahwa hal ini harus dilihat sebagai proses pendidikan yang berkelanjutan yang dimulai

- sejak usia dini, dan di mana informasi baru dibangun di atas pengetahuan sebelumnya.
- c. Sesuai dengan usia dan perkembangan, karena isi CSE selalu harus selaras dengan perubahan kebutuhan dan keterampilan yang biasanya terjadi sepanjang hidup dan pertumbuhan.
 - d. CSE membahas topik-topik yang relevan dengan perkembangan dan mencakup keragaman perkembangan.
 - e. Berbasis kurikulum, yang berarti bahwa para pendidik dilatih dengan baik dengan kurikulum yang mencakup tujuan pengajaran utama, pengembangan tujuan pembelajaran, penyajian konsep, dan penyampaian pesan-pesan utama yang jelas dengan cara yang terstruktur.
 - f. Bersifat komprehensif. CSE memberikan kesempatan untuk memperoleh informasi yang komprehensif, akurat, berbasis bukti dan sesuai dengan usia tentang kesehatan seksual dan reproduksi. Istilah "komprehensif" juga mengacu pada fakta bahwa konten disampaikan secara konsisten di sepanjang pendidikan siswa dari waktu ke waktu dan bukan dengan satu pelajaran atau intervensi.
 - g. Didasarkan pada hak asasi manusia
 - h. Didasarkan pada kesetaraan gender, baik dengan mengeksplorasi cara-cara norma norma sosial yang dapat mempengaruhi kesetaraan dan memberdayakan kaum muda dan mendidik mereka menuju budaya non-diskriminasi, berdasarkan penciptaan hubungan yang saling menghormati dan setara yang dibangun di atas empati dan pengertian.
 - i. Jenis kelamin positif

- j. Secara budaya relevan dan sesuai dengan konteksnya: CSE mempromosikan rasa hormat dan tanggung jawab dalam hubungan dan memberi peserta didik alat untuk memeriksa, memahami, dan menantang cara-cara di mana norma-norma dan perilaku budaya memengaruhi pilihan dan hubungan orang dalam lingkungan tertentu.
- k. Program ini bersifat transformatif, karena memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk mengembangkan nilai dan sikap positif terhadap hksr, hak asasi manusia, dan kesetaraan gender dalam rangka mengembangkan masyarakat yang adil dan penuh kasih.
- l. Mendorong pemikiran kritis dan mendorong kaum muda untuk bertanggung jawab atas keputusan dan perilaku mereka sendiri, serta mempertimbangkan bagaimana hal tersebut dapat memengaruhi orang lain. Program ini bertujuan untuk mengembangkan keterampilan hidup yang diperlukan untuk mendukung pilihan yang sehat, seperti kemampuan untuk merefleksikan dan membuat keputusan yang tepat, berkomunikasi dan bernegosiasi secara efektif, serta menunjukkan

Pendekatan seks positif berusaha untuk mencapai pengalaman yang ideal, bukan semata-mata bekerja untuk mencegah pengalaman negatif, bukan berarti SPA menghindari pembicaraan tentang berbagai risiko yang terkait dengan seksualitas; semua risiko tersebut diakui dan ditangani dengan baik oleh pendekatan seks positif, tetapi tidak dengan cara yang dapat memperkuat rasa takut, rasa malu, atau tabu. IFSMA, 2019)

5.14 PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI

Pendidikan kesehatan reproduksi di luar sekolah adalah proses yang mencakup aspek fisik, psikologis dan sosial dari kesehatan reproduksi. Proses pembelajaran berfokus pada penyampaian informasi, pemahaman dan penanaman nilai serta melatihkan keterampilan terkait kesehatan reproduksi⁸⁰.

Tujuan Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Komprehensif bagi Remaja Menurut UNESCO (2017), membekali anak-anak dan remaja dengan pengetahuan, keterampilan, sikap dan nilai-nilai yang akan memberdayakan mereka untuk⁸⁰.

1. Mewujudkan kesehatan, kesejahteraan, dan martabat mereka;
2. Mengembangkan hubungan sosial dan seksual yang penuh penghormatan;
3. Mempertimbangkan bagaimana pilihan mereka mempengaruhi kesejahteraan mereka dan orang lain;
4. Memahami dan memastikan perlindungan atas hak mereka sepanjang hidup mereka

Menurut UNIESCO tahun 2017 materi-materi dalam pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif hendaknya meliputi hal-hal dibawah ini⁸²:

1. Relasi;
hubungan dengan orang lain, keluarga, pertemanan dan persahabatan, cinta dan hubungan romantis, toleransi, inklusi dan saling menghargai, komitmen jangka panjang dan persiapan menjadi orangtua.
2. Nilai, Hak dan Budaya;
Terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi.

3. Pemahaman Gender;

Konstruksi gender, norma gender, kesetaraan gender, stereotip dan bias gender, kekerasan berbasis gender.

4. Kekerasan dan Cara Menjaga Diri;

Pencegahan kekerasan, persetujuan, privasi dan hak atas tubuh, penggunaan teknologi informasi dan komunikasi yang aman

5. Keterampilan dan Kemampuan terkait

Menjaga Kesehatan dan Kesejahteraan; norma dan pengaruh teman terkait perilaku seksual, pengambilan keputusan, komunikasi, keterampilan menolak dan negosiasi, literasi media dan seksualitas, mengidentifikasi bantuan dan layanan.

6. Tubuh dan Perkembangannya;

Tumbuh kembang remaja, organ reproduksi dan fungsinya, pubertas dan citra diri.

7. Perilaku dan Seksualitas;

Mengelola dorongan seksual dan perilaku seksual.

8. Kesehatan Reproduksi;

Kehamilan dan pencegahan kehamilan, HIV dan AIDS, stigma, penanganan, pengobatan dan menunjukkan dukungan terkait HIV dan AIDS, memahami dan mengurangi risiko IMS.

5.15 PENDIDIKAN KETERAMPILAN HIDUP SEHAT (PKHS)

Mendukung remaja agar mampu dan berdaya, mereka harus memiliki keterampilan hidup baik secara personal maupun sosial. Dalam pendidikan kesehatan reproduksi, keterampilan hidup penting untuk diajarkan kepada remaja. Keterampilan hidup adalah kemampuan untuk beradaptasi dan perilaku positif yang diperlukan seseorang dalam mengatasi tantangan dan kebutuhan hidup sehari-

hari secara efektif (World Health Organization, 1997). Keterampilan yang dibutuhkan seperti yang dimaksudkan diatas termasuk dalam Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS) ⁷⁶

5.15.1 Keterampilan Hidup Sehat

Keterampilan hidup sehat adalah merupakan suatu pendekatan dalam meningkatkan kemampuan psikososial seseorang untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah dalam kehidupan sehari hari secara efektif yang meliputi ⁷⁶:

1. Keterampilan sosial:
 - a. Kesadaran diri
 - b. Hubungan interpersonal
 - c. Empati dan
 - d. Komunikasi efektif
2. Keterampilan berpikir
 - a. Berpikir kreatif
 - b. Berpikir kritis
 - c. Pemecahan masalah dan,
3. Pengambilan keputusan
4. Keterampilan emosional:
5. Mengatasi stres dan
6. Mengendalikan emosi
7. Penerapan keterampilan hidup sangat dibutuhkan untuk dapat mencapai kondisi kesehatan reproduksi yang baik



Gambar 5.2 Modul Kespro Remaja Luar Sekolah, Kemkes RI, 2021

KONSEP DAN TEORI REMAJA

A. Perkembangan sosial berdasarkan aspek Biologis

Setelah lahir perkembangan seksual terus berlanjut, jika pada fase prenatal yang dominan terperan adalah genetik, maka ketika telah lahir, faktor lingkungan mulai berpengaruh dalam perkembangan seksual seseorang. Perlakuan orangtua kepada anak, pemberian nama, lingkungan dimana seseorang itu tinggal juga mempengaruhi perkembangan seksualnya. Perkembangan seksual mengalami puncaknya pada awal usia remaja yang sering dikenal dengan istilah pubertas. Pubertas sendiri bermakna proses terjadinya kematangan seksual. Dengan kata lain organ-organ reproduksi sudah matang dan siap

untuk bereproduksi. Proses kematangan seksual ini terjadi akibat kerja dari kelenjar gonad yang menghasilkan hormon-hormon seksual, pada laki-laki dikenal dengan hormon testosteron dan pada perempuan hormon ektrogen. Selain itu hormon pertumbuhan (growth hormone) juga dilepaskan sehingga tak heran pada fase pubertas ini juga biasanya disertai dengan pertumbuhan fisik yang signifikan pada usia remaja. Reproduksi sendiri secara sederhana adalah kemampuan menghasilkan keturunan.

a. Perilaku seksual Remaja

Perubahan-perubahan secara biologis yang terjadi pada remaja yang mengarah kepada kematangan seksual, merubah pula pola perilaku seksual pada remaja. Pemikiran persepsi remaja, begitu pula respon-respon remaja diwarnai oleh seksualitas. Masa remaja juga merupakan masa untuk mengeksplorasi dan memahami seksualitas. Rasa penasaran terhadap seksualitas mengarahkan remaja mengakses pornografi, melakukan aktivitas seksual dan juga meningkatkan kerentanan terkena pelecehan seksual.

Bentuk-bentuk perilaku seksual pada remaja:

- **Masturbasi.**

Masturbasi merupakan aktivitas memanipulasi alat genital dengan sentuhan yang berulang-ulang untuk memperoleh kenikmatan seksual. Selama periode remaja terjadi peningkatan baik dari frekuensi maupun jumlah dari perilaku masturbasi. Pada akhir masa remaja, hampir seluruh remaja laki-laki dan $\frac{3}{4}$ remaja perempuan telah melakukan masturbasi. Aktivitas masturbasi bagi remaja merupakan cara melepaskan harsat seksual secara aman, dan terdapat kesempatan untuk lebih mengenali diri sendiri secara seksual

- **Noncoital sexual expressions.**

Contoh: Perilaku berciuman, menyentuh organ seksual, stimulasi manual dan atau oral-genital. Berdasarkan penelitian, perilaku oral-genital pada remaja dilaporkan meningkat. Dengan aktivitas seksual seperti ini remaja sedang “belajar” mengenai intimasi seksual, namun seberapa jauh kemudian aktivitas ini dilakukan merupakan isu tersendiri, terutama di budaya timur. Secara teknis noncoital sexual expression merupakan “upaya” remaja untuk tetap mempertahankan keperawanannya.

- **Berpacaran**

Sebetulnya tidak semua bentuk berpacaran pada remaja melibatkan aktivitas seksual, namun secara umum, aktivitas seksual seringkali dilakukan pada remaja yang berpacaran. Remaja-remaja di Asia biasanya berpacaran lebih lambat dibandingkan remaja-remaja di Barat. Pacaran jika dilakukan terlalu dini pada remaja berkaitan dengan penyalahgunaan obat terlarang, kenakalan remaja dan prestasi akademik yang buruk (Brown, Fiering, Furman, 1999; Zimmer-Gembeck, Siebenbruner, Collins, 2001). Selama tidak dilakukan terlalu dini, pacaran dapat memberikan “pelajaran” tentang bekerja sama,

- **Sexual intercourse/premarital sex**

Menurut Ali & Sclefo, 2002; Cope-Faral & Kunkel, 2002 dalam Berk, 2005, aktivitas seksual seperti yang dilakukan pasangan suami isteri (coitus/senggama). Hasil penelitian di Amerika, prosentase remaja melakukan hubungan suami isteri dari tahun 1991 – 2005 terjadi trend penurunan. Hal ini sebagian besar diakibatkan adanya resiko untuk tertular penyakit seksual, khususnya AIDS dan juga diakibatkan maraknya program-program edukasi bagi remaja agar pantang melakukan premarital sex, yang dilakukan oleh sekolah-sekolah dan

kelompok religious ⁸³. Alasan-alasan remaja melakukan premarital sex peringkat pertama adalah karena rasa ingin tahu, diikuti oleh ingin merasakan afeksi dari pasangan di peringkat kedua, dan yang ketiga adalah untuk mendapatkan kenikmatan fisik. Penelitian-penelitian terkait Perilaku seksual remaja

b. Metode Pendidikan Seks Pada Remaja

Anak-anak dan remaja adalah pelajar yang hebat. Namun, apa yang mereka pelajari mungkin tidak selalu apa yang kita maksud untuk diajarkan. Begitu pula dengan pendidikan terkait seks. Pendidikan seks sangatlah penting untuk diberikan kepada para remaja, bahkan sejak masih kanak-kanak. Anak-anak dan remaja rentan terhadap informasi yang salah mengenai seks.

Teknik Pengajaran : Agar pembelajaran dapat dilakukan secara efektif maka perlu dipahami proses individu dalam mengolah informasi. Agar informasi dapat masuk ke dalam memori maka individu harus memberikan perhatian pada informasi yang disampaikan (Slavin, 2008). Siswa akan memberikan perhatian pada informasi yang dirasa penting oleh mereka. Selain perhatian, strategi pengajaran dengan aktif melibatkan individu dalam materi berperan dalam ingatan jangka panjang. Terdapat beberapa teknik daya ingat yang dapat digunakan seperti penggunaan visual atau gambar serta menggunakan informasi yang bermakna. Pembelajaran bermakna tidak bersifat sewenang-wenang, dan hal itu terkait dengan informasi atau konsep yang telah dimiliki individu (Slavin, 2008). Untuk membantu individu belajar, individu dapat dilatih untuk mengorganisir informasi baru dan informasi yang telah dimiliki sebelumnya. Hal ini juga melatih individu untuk memahami konsep analogi dan sebab akibat. Terdapat strategi yang digunakan untuk

memindahkan informasi kepada individu dengan cara yang paling memungkinkan membantu individu memahami, menyatukan dan menggunakan konsep dan kemampuan baru ⁷⁶.

1. Menurut Slavin dalam Kemenkes RI tahun 2021 Pengajaran langsung Pengajaran langsung adalah pendekatan pengajaran di mana pengajar menyampaikan informasi langsung kepada individu, dengan menata waktu pengajaran untuk mencapai beberapa sasaran yang telah ditentukan dengan jelas seefisien mungkin .
2. Menurut Slavin dalam Kemenkes RI tahun 2021, Diskusi Teknik diskusi digunakan karena beberapa alasan, salah satunya ketika materi yang diberikan merupakan materi yang subjektif dan kontroversial. Pada materi yang tidak memiliki jawaban yang pasti, maka penting bagi siswa untuk mendiskusikan dan memahami masalah-masalah ini alih-alih hanya menerima dan melatih informasi atau kemampuan. Dan menurut Santrock, 2011 dalam Kementerian Kesehatan RI, 2021 Guru juga dapat menggunakan diskusi ketika sasaran afektif (sasaran yang berkaitan dengan sikap dan nilai siswa) yang dipentingkan .

B. Pendidikan Seks

Menurut Stefanus M. Marbun & Kalis Stevanus, 2019, zaman sekarang orang dewasa sudah semakin sadar bahwa pentingnya untuk memberikan pendidikan yang baik bagi anak-anak mereka. Namun pendidikan seks seakan luput dari perhatian, baik oleh orang tua dan sekolah. Tidak adanya perhatian terhadap pendidikan seks bagi remaja memungkinkan adanya anggapan bahwa membicarakan seks adalah hal yang tabu bahkan yang paling ekstrim adalah berpendapat bahwa hal tersebut mendorong anak remaja untuk melakukan

hubungan seks. Sebagian besar masyarakat masih memiliki paradigma pendidikan seks adalah sesuatu yang vulgar dan sepatutnya remaja harus belajar dari lingkungannya. Masa remaja adalah masa yang paling signifikan untuk mendapatkan pendidikan seks. Sedini mungkin orang dewasa dan orang tua harus preventif untuk mengantisipasi hal-hal yang tidak diinginkan terjadi pada diri anak tersebut⁷⁶

Pendidikan seks bertujuan untuk mengembangkan kemampuan anak dan remaja untuk membuat keputusan secara sadar, memuaskan, sehat dan bermakna terkait hubungan, seksualitas serta kesehatan fisik dan mental. Pendidikan seks bukan untuk mendorong anak dan remaja untuk melakukan hubungan seksual⁸⁰. Pendidikan seks jangka panjang dapat menurunkan tingkat kehamilan dan aborsi remaja. Pendidikan seks juga menurunkan tingkat penyakit menular seksual seperti HIV pada usia muda (15-24 tahun) (Ingela Lundin) Orang tua, saudara, teman dan pihak lainnya merupakan sumber penting dalam mempelajari hubungan manusia dan seksualitas. Namun, sumber informal ini seringkali tidak efisien, karena rumitnya pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk membicarakan terkait kontrasepsi, HIV, perkembangan emosi dan komunikasi. Banyak orang tua merasa tidak nyaman untuk menerapkan pendidikan seks. Lebih lanjut anak muda lebih nyaman untuk mendapatkan informasi tersebut dari orang lain daripada guru atau orang tua karena merasa tidak dekat (Tanton, 2015) Merujuk pada UNICEF dan WHO terdapat 8 topik dapat diterapkan dalam pendidikan seks⁸². Topik-topik tersebut kemudian diturunkan menjadi beberapa subtopic dan ide pada berbagai rentang usia:

1. Relationship (hubungan)

(1) Keluarga

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Menumbuhkan rasa tanggung jawab pada masing-masing anggota keluarga
 - Memahami konflik yang terjadi antar anggota keluarga
 - Memahami pentingnya mencintai, bekerja sama dan kesetaraan gender pada keluarga.
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Menyadari bahwa hubungan seksual dapat mempengaruhi hubungan keluarga
 - Menyadari adanya sistem dukungan untuk anak muda dan keluarga terkait hubungan seksual

(2) Pertemanan, Cinta dan Hubungan romantik

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Menyadari bahwa teman dapat mempengaruhi secara positif maupun negatif
 - Menyadari perbedaan hubungan
 - Menyadari bahwa hubungan romantic dapat dipengaruhi banyak hal seperti gender, usia, status ekonomi dll
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Menyadari bahwa hubungan seksual ada yang sehat dan tidak sehat
 - Mengetahui terdapat banyak cara mengekspresikan afeksi dan cinta

(3) Toleransi dan Menghargai

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Memahami konsep stigma dan diskriminasi berdasarkan perilaku seksual
- Remaja usia 15- >18 tahun

- Memahami pentingnya menolak stigma dan diskriminasi

(4) Komitmen jangka panjang dan pengasuhan

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Memahami banyaknya tanggung jawab dalam pernikahan
 - Memahami bahwa menjadi orang tua memiliki banyak tanggung jawab yang berbeda-beda
 - Memahami bahwa memiliki anak usia muda, melahirkan tanpa pernikahan dan pemaksaan pernikahan memiliki konsekuensi negative di masyarakat.
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Memahami bahwa menikah dapat memberikan keuntungan dan kerugian
 - Mengetahui bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi keputusan memiliki keturunan
 - Memahami bahwa anak memiliki banyak kebutuhan yang harus dipenuhi oleh orang tua ⁸⁰

2. Values, Rights, Culture and Sexuality

(1) Nilai dan Seksualitas ⁸⁰ dan ⁷⁶

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Menyadari pentingnya mengetahui nilai, keyakinan dan sikap yang dimiliki diri sendiri
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Memahami pentingnya mengetahui nilai, keyakinan dan sikap orang lain dengan tujuan mengetahui perilaku seksual yang konsisten dengan orang tersebut
 - Mengetahui bahwa sebagai individu mungkin mengembangkan nilai yang berbeda dengan orang tua

(2) Hak asasi dan seksualitas

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui bahwa setiap orang memiliki hak termasuk berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seks
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui terdapat hukum yang mengatur perilaku seksual
 - Mengetahui pentingnya hak yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual

(3) Budaya, Masyarakat dan Seksualitas^{80 76}

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui bahwa budaya, social dan agama dapat mempengaruhi perilaku seksual yang diterima dan tidak diterima di Masyarakat
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui pentingnya menyadari bagaimana normal social dan budaya mempengaruhi perilaku seksual

3. Understanding gender

(1) Kontruksi social mengenai gender dan norma gender

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Peran gender dan norma yang mempengaruhi hidup manusia
 - Hubungan romantic dapat berpengaruh negative terkait peran gender
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Penting untuk menentang bias gender

(2) Kesetaraan gender, stereotype dan bias

- Remaja usia 12-15 tahun

- Stereotype dan bias gender dapat mempengaruhi bagaimana orientasi pria dan wanita.
- Kesetaraan gender dan meningkatkan kesetaraan dalam mengambil keputusan terkait perilaku seksual dan perencanaan kehidupan
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Ketidaksetaraan gender dapat meningkatkan resiko kekerasan.

(3) Kekerasan akibat bias gender

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui bahwa kekerasan akibat bias gender merupakan kejahatan
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui bahwa pasangan yang menyakiti itu bias terjadi
 - Setiap individu memiliki tanggung jawab untuk kesetaraan gender

4. Violence and Staying Safe

(1) Kekerasan

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Kekerasan seksual, dan perundungan merupakan kejahatan
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Setiap orang memiliki tanggung jawab untuk memastikan tidak ada kekerasan

(2) Sumber Informasi ⁸⁰ dan ⁷⁶

- Remaja usia 12-15 tahun

- Mengetahui bahwa internet, telepon selular dan media social merupakan sumber informasi seksual yang tidak sesuai
- Gambar dan media yang mengandung unsur seksual dapat membahayakan
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui bahwa media social dapat memberikan keuntungan tapi juga perlu dibarengi dengan penggunaan yang bertanggung jawab
 - Mengetahui bahwa perilaku seksual di media merupakan ekspektasi perilaku seksual yang tidak realistik

5. Skills for health and well being^{80, 76}

(1) Norma dan pengaruh teman pada perilaku seksual

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui norma social, gender dan teman dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dan perilaku seksual
 - Teman dapat mempengaruhi pengambilan keputusan dan perilaku seksual
 - Terdapat strategi untuk mengurangi pengaruh negative dari pengambilan keputusan dan perilaku seksual
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Menyadari bahwa memungkinkan untuk mengambil keputusan yang rasional terkait perilaku seksual

(2) Pengambilan Keputusan^{80 76}

- Remaja usia 12-15 tahun

- Mengetahui bahwa proses mengambil keputusan harus mempertimbangkan konsekuensi positif dan negatifnya
 - Terdapat beberapa faktor yang membuat sulit mengambil keputusan secara rasional terkait perilaku seksual
 - Remaja usia 15- >18 tahun
 - Pengambilan keputusan terkait seksual dapat mempengaruhi diri dan orang lain termasuk konsekuensi kesehatan dan sosial
 - Pengambilan keputusan terkait seksual dapat memiliki konsekuensi hukum
- (3) Literasi media
- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui bahwa beberapa media menghadirkan gambaran yang tidak realistik terkait perilaku seksual yang dapat mempengaruhi pemahaman terkait gender dan *self esteem*
 - Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui bahwa gambaran tidak realistik dari media terkait pria dan wanita merupakan hal yang sulit untuk mencapai kesetaraan gender

(4) Menemukan bantuan dan dukungan

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Penting untuk mengetahui akses bantuan dan dukungan termasuk sumber dari media.
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Menyadari bahwa setiap orang berhak mendapatkan bantuan dan terjamin kerahasiaannya.

6. The human body and development ^{80 76}

(1) Anatomi dan fisiologis organ reproduksi

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Menjelang pubertas, hormone mempengaruhi berbagai proses tubuh termasuk kematangan pada organ reproduksi
 - Setiap budaya memiliki cara yang berbeda untuk memahami skes, gender dan reproduksi dan kapan usia dinyatakan dewasa
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui bahwa tubuh pria dan wanita berubah termasuk fungsi organ reproduksi dan seksual.

(2) Reproduksi

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Terdapat perbedaan antara fungsi reproduksi dan rasa seksual.
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui tidak semua orang dapat memiliki keturunan

(3) Pubertas

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui bahwa pubertas merupakan kematangan seksual yang mengarah pada perubahan fisik, emosi dan kognitif dan berpotensi menyebabkan stress
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Mengetahui hormone memegang peran penting dalam perubahan fisik dan emosional seseorang.

(4) Body Image^{80 76 84}

- Remaja usia 12-15 tahun

- Perasaan seseorang terkait bentuk tubuhnya dapat mempengaruhi kesehatan, perilaku dan pandangan dirinya.
- Remaja usia 15- >18 tahun
- Mengetahui bahwa terdapat standar yang tidak realistik terkait bentuk tubuh.

7. Sexuality and sexual behavior

(1) Seks, seksualitas dan kehidupan seks ^{80 84}

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Perasaan seksual, fantasi dan keinginan adalah normal dan dapat muncul walaupun individu tidak menampilkannya dalam perilaku.
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Seksualitas adalah hal yang rumit termasuk dimensi biologis, social, psikologis, spiritual, etika, dan budaya.

(2) Perilaku seksual dan respon seksual ^{80 84}

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Respon seksual mengenai bagaimana tubuh bereaksi atas stimulasi seksual
 - Setiap masyarakat, budaya dan generasi memiliki mitos terkait perilaku seksual dan penting untuk mengetahui faktanya.
 - Penting untuk mampu membuat keputusan terkait perilaku seksual.
 - Terdapat banyak cara untuk menghindari atau meminimalisir resiko perilaku seksual yang dapat berpengaruh negative pada kesehatan dan kesejahteraan individu.

- Aktivitas transeksual seperti menukar uang dengan kesenangan seksual dapat beresiko pada kesehatan dan kesejahteraan diri
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Perilaku seksual dapat memberikan rasa puas dan berkaitan dengan tanggung jawab atas kesehatan dan kesejahteraan seseorang.
 - Pengambilan keputusan dibutuhkan dengan memperhatikan resiko kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit seksual.

8. Sexual and reproductive health^{80 84}

(1) Kehamilan dan pencegahan kehamilan

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Mengetahui berbagai tipe kontrasepsi
 - Anak muda perlu mendapatkan akses informasi terkait kontrasepsi
 - Mengetahui resiko kehamilan di usia muda dan jarak antar kehamilan
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Kontrasepsi dapat membantu individu yang aktif secara seksual untuk mencegah kehamilan.
 - Ketika kehamilan yang tidak diinginkan muncul makan individu harus dapat mengakses pelayanan perlindungan.

(2) HIV dan aids: stigma, pengobatan dan dukungan

- Remaja usia 12-15 tahun

- Penyandang hiv dapat hidup secara produktif dan tanpa diskriminasi dengan dukungan dari lingkungan
- Penyandang HIV memiliki hak untuk mengekspresikan perasaannya termasuk terkait hubungan.
- Kelompok dan program pendukung dapat membantu penyangan HIV
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Dengan dukungan dan penghargaan penyandang HIV dapat hidup produktif.

(3) Memahami, mengenali dan mengurangi penyakit menular seksual

- Remaja usia 12-15 tahun
 - Penyakit menular seksual dapat dihindari dan dihadapi.
 - Pelayanan kesehatan memiliki informasi terkait pencegahan penyakit menular seksual
- Remaja usia 15- >18 tahun
 - Komunikasi, negosiasi dan keterampilan menolak dapat membantu individu menolak tekanan seksual
 - Keputusan individu untuk mengurangi kemungkinan terjangkit penyakit menular seksual dipengaruhi efikasi diri, peran gender, budaya dan norma lingkungan
 - Pelayanan kesehatan memiliki informasi terkait pencegahan penyakit menular seksual.

SIMPULAN :

Pembangunan kualitas remaja merupakan isu penting yang menjadi perhatian pemerintah. Hal ini karena masa remaja merupakan tahapan kunci untuk menentukan kehidupan ketika dewasa. Perkembangan pada masa remaja memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kehidupan remaja itu sendiri, keluarga, komunitas, dan lingkungannya. Remaja adalah penduduk laki-laki atau perempuan yang berusia 10–24 tahun dan belum menikah ⁷², sedangkan menurut WHO dan UNICEF, remaja adalah penduduk laki-laki atau perempuan yang berusia 10–19 tahun ⁹⁵.

Dalam rentang usia tersebut, terjadi transisi dari masa anak-anak menjadi masa dewasa. Transisi yang terjadi merupakan perubahan dalam hal pubertas dan kemandirian. ⁷³

Pubertas berbagai perubahan dan pertumbuhan yang melibatkan emosi, psikologi, sosial, mental, dan fisik (Schulz dkk., 2009). Pada usia remaja, idealnya seseorang dalam proses menjalani pendidikan. Dengan kondisi tersebut, remaja dinilai belum siap untuk menikah, terlebih lagi memiliki anak. Oleh sebab itu, fertilitas pada remaja penting untuk diulas karena berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan perkembangan sosial ekonomi di masa selanjutnya. Secara psikologis, perempuan yang menikah muda belum memiliki pengetahuan yang cukup dalam membesarkan anak, yaitu dalam hal pengasuhan termasuk pemberian gizi. Hal ini dapat meningkatkan risiko stunting pada anak yang dilahirkan. Penurunan tingkat fertilitas remaja termasuk dalam agenda global pembangunan yang tertuang dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, atau dikenal dengan Sustainable Development Goals (SDGs). Untuk memantau angka kelahiran pada usia remaja, SDGs mencantumkan indikator

angka fertilitas remaja (ASFR) perempuan umur 10-14 tahun dan 15-19 tahun sebagai indikator evaluasi pembangunan (UN, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

1. UNICEF. Child protection from violence, exploitation and abuse thematic report. *The United Nations Children's Fund*. 2011;1(2000):8-9.
2. World Health Organization. Ending violence against children is priority. *INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children*. Published online 2016:10-20.
3. Nation A, Pacella R, Monks C, Mathews B, Meinck F. Prevalence of violence against children in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2023;146(October):106518. doi:10.1016/j.chab.2023.106518
4. Andini TM. Identifikasi Kejadian Kekerasan Pada Anak Di Kota Malang. *Jurnal Perempuan dan Anak*. 2019;2(1):13. doi:10.22219/jpa.v2i1.5636
5. Rissa Indrasty, Darajat Wibawa & R. Gender dalam Kasus Kekerasan terhadap Perempuan di Media Online. *Jurnal Komunikasi Jurnalistik*. 2018;3:90-112.
6. Purwanti A, Zalianti M. Strategi Penyelesaian Tindak Kekerasan Seksual Terhadap Perempuan Dan Anak Melalui Ruu Kekerasan Seksual. *Masalah-Masalah Hukum*. 2018;47(2):138. doi:10.14710/mmh.47.2.2018.138-148
7. Van Berlo W, Ploem R. Sexual violence Knowledge file. *Rutgers*. 2018;(October).
8. Sururin. Kekerasan Pada Anak (Perspektif Psikologi). *Institutional Repository UIN Syarif Hidayatullah Jakarta*. Published online 2016:3.
9. Barry M, Pearce J. Preventing sexual violence: *Preventing violence against women and girls*. Published online 2017:163-180. doi:10.2307/j.ctt1t88x7x.15
10. M. JM. *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused, WHO Clinical Guidelines*. Vol 2018.; 2018. doi:10.1016/s1773-035x(18)30043-1
11. Use D, Consequences H. *Drug Use and Health Consequences*; 2020. doi:10.18356/025e247e-en
12. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. *World Health*

Organization.2014;WHO/RHR/14:1-88. <https://www.who.int/publications/item/WHO-RHR-14.26>

13. Tamburlini G. *Nurturing Care for Early Child Development*. Vol 37.; 2018.
14. MacPherson S. The Convention on the Rights of the Child. *Social Policy & Administration*. 1989;23(1):99-101. doi:10.1111/j.1467-9515.1989.tb00500.x
15. Peraturan Pemerintah RI. *Undang - Undang Perlindungan Anak*. (2014).
16. World Health Organization. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): early childhood development. *World Health Organization*. 2019;(03 de mar de 2023):1-9.
17. Soetjiningsih, Gde Ranuh IN. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC; 2013.
18. Assembly G, Parties TS, Nations U, et al. Convention on the Rights of the Child. *Concluding Observations of the UN Committee on the Rights of the Child*. 2023;(November 1989):559-583. doi:10.1163/9789004482456_090
19. Chamidah AN. Pentingnya Stimulasi Dini Bagi Tumbuh Kembang Otak Anak. *Tumbuh Kembang dan Kesehatan Anak*. Published online 2009:1-7.
20. Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA, et al. Adult consequences of growth failure in early childhood. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2013;98(5):1170-1178. doi:10.3945/ajcn.113.064584
21. Sugawara E, Nikaido H. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Antimicrobial agents and chemotherapy*. 2014;58(12):7250-7257.
22. UNICEF. Situasi Anak di Indonesia - Tren, peluang, dan Tantangan dalam Memenuhi Hak-Hak Anak. *Unicef Indonesia*. Published online 2020:8-38.
23. World Health O. *Global Status Report on Preventing Violence against Children 2020*; 2020.
24. Expert I, Secretary-general UN. *WORLD REPORT ON VIOLENCE AGAINST CHILDREN WORLD REPORT ON*.
25. Kemensos RI & UNICEF. Pencegahan Kekerasan, Penelantaran, dan Eksploitasi Terhadap Anak Penguatan Kapabilitas Anak dan Keluarga. *Kementerian Sosial Republik Indonesia*. 2020;1(1):7.
26. Griffiths LJ, Johnson RD, Broadhurst K, et al. Maternal health, pregnancy and birth outcomes for women involved in care

- proceedings in Wales: a linked data study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12884-020-03370-4
- 27. Lachman JM, Juhari R, Stuer F, et al. "Before I was like a Tarzan. But now, I take a pause": mixed methods feasibility study of the Naungan Kasih parenting program to prevent violence against children in Malaysia. *BMC Public Health*. 2023;23(1).doi:10.1186/s12889-023-15065-4
 - 28. Humas KPAI. KPAI bersama HIMPSI Sepakati Sinergitas dalam Perlindungan Anak melalui Pendekatan Psikologi. In: ; 2024.
 - 29. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:409-438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
 - 30. Figueiró A. 濟無 No Title No Title No Title. *Biogeografia*. 1967;(September):5-24.
 - 31. Lansford JE, Dodge KA. Societal Rates of Endorsement and Use of Violence. 2009;8(3):1-11. doi:10.1080/15295190802204843. Cultural
 - 32. Stith SM, Liu T, Davies LC, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009;14(1):13-29. doi:10.1016/j.avb.2006.03.006
 - 33. Ho SY, Bodoff D. T He E Ffects of. 2014;38(2):497-520. doi:10.1002/fut
 - 34. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse and Neglect*. 2005;29(2):107-133. doi:10.1016/j.chab.2004.02.006
 - 35. Spatz Widom C. The Cycle of Violence model. *Science*. 1989;244:160-165.
 - 36. Karraker KH, Coleman PK. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*. 1998;18(1):47-85.
 - 37. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1992;16(4):475-483. doi:10.1016/0145-2134(92)90064-X
 - 38. Holden GW, Ritchie KL. Linking Extreme Marital Discord, Child Rearing, and Child Behavior Problems: Evidence from Battered Women. *Child Development*. 1991;62(2):311. doi:10.2307/1131005
 - 39. Berger LM, Waldfogel J. Economic determinants and consequences of child maltreatment. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*. 2011;(No. 111):1-31.
 - 40. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse

- exposure in a national sample of children and youth an update. *JAMA Pediatrics*. 2013;167(7):614-621. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.42
41. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2007;48(3-4):355-391. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x
 42. Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. *Physiology & behavior*. 2017;176(5):139-148. doi:10.1016/j.jacap.2012.03.005.The
 43. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, Krug EG. Global status report on violence prevention 2014. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016;50(5):652-659. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.007
 44. Children's Bureau. Child Maltreatment 2018. *Child Welfare Information Gateway*. Published online 2020:39.
 45. Mhatre V, Ho, Ji-Ann Lee and KCM, Craik C. 基因的改变NIH Public Access. *Bone*. 2012;23(1):1-7. doi:10.1007/s10896-012-9474-9.Developmental
 46. Nicole Jung-Eun Kim Elizabeth Torrese, R. M., Bud Nicola, and Catherine Karr. VBV, Katrachanca SM, Koleske AJ. 乳鼠心肌提取HHS Public Access. *Physiology & behavior*. 2017;176:139-148.
 47. van der Put CE, Assink M, Boekhout van Solinge NF. Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse and Neglect*. 2017;73(September):71-88. doi:10.1016/j.chabu.2017.09.016
 48. Kohl PL, Jonson-reid M, Drake B. Findings From A National Probability Study " S. Health (San Francisco). Published online 2009:17-26.
 49. Nuzulia A. 濟無No Title No Title No Title. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952. Published online 1967:5-24.
 50. WHO. *Child Maltreatment*. (2022).
 51. Llanaj E, Vincze F, Kósa Z, Sándor J, Diószegi J, Ádány R. Dietary profile and nutritional status of the roma population living in segregated colonies in Northeast Hungary. *Nutrients*. 2020;12(9):1-21. doi:10.3390/nu12092836
 52. Maulia TYA, Saptatiningsih RI. Implementasi Undang-Undang No. 35 Tahun 2014 Tentang Perlindungan Anak. *Jurnal Kewarganegaraan*. 2020;4(1):10-16. doi:10.31316/jk.v4i1.877
 53. Nation M, Crusto C, Wandersman A, et al. What Works in Prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*.

- 2003;58(6-7):449-456. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.449
54. Mendelson T, Turner AK, Tandon SD. Social Class As Moderator of the Relationship Between (Dis)Empowering Processes and Psychological Empowerment. *Journal of Community Psychology*. 2010;38(5):607-621. doi:10.1002/jcop
 55. Tharp AT, DeGue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. A Systematic Qualitative Review of Risk and Protective Factors for Sexual Violence Perpetration. Vol 14; 2013. doi:10.1177/1524838012470031
 56. Walley J, Lawn JE, Tinker A, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*. 2008;372(9642):1001-1007. doi:10.1016/S0140-6736(08)61409-9
 57. bidin A. Опыт аудита обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации по разделу «Эпидемиологическая безопасность». *Вестник Росздравнадзора*. 2017;4(1):9-15.
 58. UNICEF. *Child Protection*. (2019).
 59. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;52:58-66. doi:10.1016/j.jsat.2014.12.004
 60. Fletcher J. Positive parenting, not physical punishment. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(12):1339. doi:10.1503/cmaj.121070
 61. Haughton SA. *Global Report on Trafficking in Persons*.; 2023. doi:10.1007/978-3-319-74319-6_221
 62. WHO. World Health Organization. INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children. Uptake between 2016 and 2021. *World Health Organization Licence: CC BY-NC-SA 30 IGO* . Published online 2022.
 63. Grainne Walshe. No Title. *הנוטע עלון. מצב תמונה: הקיווי ענפתי*. 2012;66(1):37-39.
 64. Lembaran T, Republik N. 2014 244., Published online 2018.
 65. 2020 PSN 4, Kemenpppa. Jdih kemenpppa. Published online 2019:1-65.
 66. 2002 URN 28 T. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 1979 Tentang Kesejahteraan Anak Dengan. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 1985*. 2004;(1):1-5.
 67. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992

- Tentang Kesehatan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan. *Sekretaris Negara Republik Indonesia*. 1992;3(1):1-53.
68. Frug GE, Time F, Hm Y, et al. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Material Safety Data Sheet*. 1999;33(1):1-12.
 69. Presiden Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. *Direktorat Utama Pembinaan dan Pengembangan Hukum Pemeriksaan Keuangan Negara Badan Pemeriksa Keuangan*. 2023;(16100):1-345.
 70. UU RI No 29 Pasal 47. Presiden Republik Indonesia Peraturan Presiden Republik Indonesia. *Demographic Research*. 2004;(1):4-7.
 71. Remaja PK. *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (Ppam) Kesehatan Reproduksi Remaja Kementerian Kesehatan Tahun 2017*; 2017.
 72. BKKBN. *Panduan Pelaksanaan Proyek Prioritas Nasional Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Bagi Remaja Melalui Penguatan Peran PIK Remaja Dan BKR Tahun Anggaran 2022*; 2022.
 73. Casey BJ, Duhoux S, Cohen MM. Adolescence: What Do Transmission, Transition, and Translation Have to Do with it? *Neuron*. 2010;67(5):749-760. doi:10.1016/j.neuron.2010.08.033
 74. Bappenas. Laporan Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. 2023. 2023;01:221.
 75. Badan Pusat Statistik. Mortalitas di Indonesia Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020. Published online 2020:78. <https://indonesia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalitas-di-indonesia-hasil-long-form-sensus-penduduk-2020.pdf>
 76. Kesehatan, Kementerian R. *Modul Kesehatan Reproduksi Luar Sekolah*; 2021.
 77. Kesehatan, Kementerian R. *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Buku Ajar*; 2014.
 78. Lestyoningsih IH. Implementasi Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah Pada Remaja Putri Di Indonesia Tahun 2018. *Jurnal Berkala Kesehatan*. 2018;4(2):47. doi:10.20527/jbk.v4i2.5659
 79. Bappenas, UNICEF, UNFPA, Global Affairs Canada. BERANI Empowering Lives. Published online 2023:30. <https://www.unicef.org/indonesia/media/18791/file/BERANI Booklet - BERANI Empowering Lives.pdf>

80. Statement P. IFMSA Policy Document Comprehensive Sexuality Education. Published online 2019.
81. Pejabat T, Umum R, Umum M. Dokumen Kebijakan IFMSA Pendidikan Seksualitas Komprehensif. Published online 2019.
82. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *International Technical Guidance on Sexuality Education*; 2018. <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>
83. Maryam S. Strategi Coping: Teori Dan Sumberdayanya. *JURKAM: Jurnal Konseling Andi Matappa*. 2017;1(2):101. doi:10.31100/jurkam.v1i2.12
84. Yudistira C, Jenderal U, Yani A. *Modul Pendidikan Seks Pada Remaja*; 2022. <https://www.researchgate.net/publication/366633688>

BAB 6

SKRINING MASALAH SEKSUALITAS PADA REMAJA

Neng Kurniati, S.ST.,S.KM.,M.Tr.Keb

ABSTRAK

Isu mengenai permasalahan seksualitas remaja saat ini cukup menyita perhatian publik dan menimbulkan kekhawatiran yang besar. Perlu upaya yang serius dalam menikapinya agar remaja sebagai

generasi harapan bangsa nantinya dapat melindungi dirinya dari pengaruh - pengaruh negatif yang akan membahayakan kesehatan seksualitasnya. Tujuan dari pengabdian masyarakat ini adalah untuk meningkatkan kepedulian dan keterampilan remaja dalam melakukan skrining masalah seksualitas dalam komunitasnya di tingkat Sekolah Menengah Atas. Peserta direkrut langsung dari dua Sekolah Menengah Atas terdekat dari Kampus IV Universitas Bengkulu. Metode yang digunakan adalah edukasi tentang kesehatan reproduksi dan memberikan pelatihan *peer counselor* sebagai agen skrining masalah seksualitas. Hasil pengabdian masyarakat ini adalah meningkatnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan mampu melakukan skrining awal masalah seksualitas pada remaja.

6.1 Potensi Masalah dan Studi Awal Permasalahan Remaja di Kabupaten Gading Cempaka Kota Bengkulu

Pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, dan intelektual sangat pesat pada masa remaja. Rasa ingin tahu yang tinggi dan berani mengambil risiko atas apa yang mereka lakukan tanpa memikirkan terlebih dahulu dampaknya ke depan menjadi hal yang biasa pada masa ini¹. Berbagai dampak buruk dari perilaku tersebut termasuk masalah seksualitas, terjadi dan merusak masa depannya sebagai generasi harapan Bangsa. Seksualitas menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan ciri, sifat, atau peranan, dorongan dan kehidupan seks. Masalah seksualitas remaja saat ini bukan saja soal kehamilan dini, *unsafe abortion* tetapi juga pada isu kekerasan dan Penyakit Menular Seksual. Kehamilan dini adalah kehamilan pada remaja putri berusia 13-19 tahun yang berisiko tinggi. Kehamilan di bawah usia 20 tahun berkaitan erat dengan preeklampsia, anemia, persalinan bedah,

endometritis nifas, perdarahan postpartum, Berat Badan Lahir Rendah, persalinan prematur, perinatal dan kematian kehamilan yang merugikan lainnya². Anak perempuan berusia 10-14 dikatakan memiliki risiko lima kali lipat meninggal selama kehamilan atau persalinan dibandingkan dengan kelompok usia 20-35, dan risiko dua kali lipat pada kelompok usia 15-19. Angka Kematian Ibu (AKI) di bawah usia 16 tahun bahkan lebih tinggi, hingga enam kali lebih tinggi, di negara berpenghasilan rendah dan menengah ³.

Kehamilan dini juga meningkatkan risiko kematian anak, bayi cacat atau lahir cacat, tekanan darah tinggi dan kelahiran prematur, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), penyakit menular seksual dan depresi pasca persalinan ¹. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pada tahun 2018 sebanyak 12,8 juta ibu usia 15-19 melahirkan setiap tahunnya, atau 44 kelahiran per 1.000 Remaja putri. Tingkat kesuburan Remaja terendah di negara berpenghasilan tinggi (12 per 1000) dan tertinggi di negara berpenghasilan rendah (97 per 1000). Hampir 650 juta wanita yang hidup saat ini telah menikah sebelum usia 18 tahun, beberapa bahkan sebelum usia 10 tahun⁴.

Data UNICEF menunjukkan bahwa, Secara global satu dari lima anak perempuan menikah sebelum usia 18 tahun⁵. Di Indonesia, 1 dari 9 anak perempuan menikah pada tahun 2018. Pada tahun 2018, diperkirakan 1.220.900 perempuan usia 20-24 menikah sebelum usia 18 tahun, suatu angka yang menempatkan Indonesia di antara 10 negara teratas di dunia dengan jumlah perkawinan anak absolut tertinggi⁶. Baru-baru ini, dipublikasikan di media televisi bahwa ribuan anak usia SMP dan SMA di Jawa Barat, meminta persetujuan pernikahan ke kantor Agama dikarenakan sudah hamil. Sementara itu, data statistik kesehatan tahun 2021 menunjukkan bahwa kejadian perkawinan dibawah umur 19

tahun di Provinsi Bengkulu sebesar 26,52% dengan kejadian di kota Bengkulu sebesar 13,51%⁷. Beberapa kejadian kekerasan seksual pada anak di Provinsi Bengkulu menjadi *trending topic* Nasional.

Anak-anak yang dipaksa menikah atau dalam kondisi tertentu harus dinikahkan sebelum berusia 18 tahun lebih rentan dalam hal akses pendidikan, kualitas kesehatan, paparan kekerasan dan hidup dalam kemiskinan. Temuan dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa perkawinan anak telah terbukti menjadi faktor risiko masalah kesehatan dan gizi ibu dan anak serta rendahnya tingkat pendidikan dan kekerasan dalam rumah tangga^{8,9}. Dampak perkawinan anak tidak hanya menimpa anak-anak yang menikah, tetapi juga anak-anak yang lahir dan berpotensi menimbulkan kemiskinan antar generasi¹⁰. Namun, dengan nilai-nilai keagamaan dan budaya timur yang dianut di Indonesia, tentunya menjadi aib bila seorang perempuan hamil tanpa suami, sehingga anak-anak yang terlanjur hamil karena pergaulan bebas umumnya dinikahkan. Sebagian lagi, remaja yang hamil berusaha melakukan aborsi dengan segala cara dan tentunya sangat membahayakan nyawanya sendiri.

Pemerintah melakukan banyak program untuk mengurangi kejadian kehamilan Remaja, seperti program yang dilakukan oleh BKKBN, program GenRe (Generasi Muda) yang dikembangkan dalam rangka mempersiapkan dan merencanakan kehidupan keluarga bagi Remaja. Rencana selanjutnya akan dibentuk Pusat Informasi dan Konsultasi Kepemudaan (PIK-R) sebagai wadah kegiatan yang diselenggarakan oleh, dari dan untuk Remaja guna memberikan informasi, pelatihan dan penyuluhan Program Kehidupan Keluarga Untuk Remaja (PKBR) Kemenko PMK, 2021). Selain BKKBN, Kementerian Kesehatan memiliki kebijakan program kesehatan reproduksi remaja,

antara lain pendirian Pusat Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Posyandu Remaja, dan layanan konseling tatap muka dan daring. Untuk menekan penyebaran penyakit HIV/AIDS Kemenkes memiliki gerakan STOP (Suluh, Temukan, Obati, Pertahankan) HIV/AIDS dan bekerjasama dengan Direktorat Pembinaan Guru Kemendikbud dengan pemberian materi kesehatan reproduksi yang sudah diintegrasikan ke dalam mata pelajaran, serta penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan untuk melakukan penemuan dini dari penyakit tersebut hingga dapat ditangani secara optimal¹¹.

Remaja umumnya memiliki ketertarikan serta ikatan pertemanan dengan lingkaran atau komunitas yang sangat kuat. Di Indonesia kelompok atau komunitas Remaja dengan aktivitasnya terkait kesehatan reproduksi adalah PIK-R/M, namun beberapa studi menunjukkan bahwa efektivitasnya masih sangat rendah¹². Berbagai kendala teknis seperti fasilitas, pendanaan dan kurangnya pembinaan menjadikan alasan ketidakefektifan ini. Sementara itu, program PKPR dan UKS menitikberatkan peran pelayanan oleh tenaga kesehatan dan kurangnya peran remaja di dalamnya. Banyak penelitian yang juga membuktikan bahwa peran PKPR belum optimal dengan berbagai faktor penghambat, diantaranya masih adanya Puskesmas yang belum melakukan pelatihan konselor sebaya^{13,14}. Perlunya langkah-langkah pendampingan yang kongkrit untuk menghidupkan dan atau memodifikasi program terkait komunitas remaja di bidang kesehatan reproduksi.

Sasaran kegiatan ini adalah SMA terdekat dengan kampus 4 UNIB, yaitu SMA Negeri 1 dan SMK Negeri 2 Kota Bengkulu sebagai pemberi dampak positif atas adanya kampus kesehatan bagi wilayah terdekat di

sekelilingnya. Selain itu, adalah bagian dari tanggung jawab utama bidang kesehatan dan konseling dalam merespon masalah besar terkait kehamilan dan pernikahan remaja yang akan berdampak pada permasalahan lanjutan di bidang kesehatan terkait maternal dan neonatal yang tentunya juga menjadi permasalahan besar Negara Indonesia. Selain itu, kawasan Sekolah yang dekat dengan kawasan wisata, banyak *club* malam dan hiburan serta penduduk lokal yang sebagian besar nelayan dengan strata ekonomi menengah ke bawah merupakan faktor yang juga dapat mempengaruhi perkembangan remaja yang masih rentan. Masalah remaja, semakin diperberat karena mudahnya akses internet dengan konten negatif yang berbau pornografi, penyimpangan dan kekerasan seksual.

SMA N 1 Kota Bengkulu terdiri dari 1249 siswa, 63 Guru, 3 Jurusan, 27 Kelas, 18 Mata Pelajaran, terletak di jl. Kuala Lempuing, Kelurahan Lempuing, Kecamatan Ratu Agung dan belum memiliki program ekstrakurikuler aktif di bidang kesehatan. Sementara itu, SMK N 2 Kota Bengkulu terdiri dari 1659 Siswa, 157 guru, 16 Jurusan, 61 kelas. 1789 Mata Pelajaran, terletak di Jl. Batanghari No. 2, Kelurahan Tanah Fatah, Kecamatan Gading Cempaka dan memiliki 5 ekstrakurikuler tetapi belum ada yang berkaitan dengan program kesehatan reproduksi. Masing-masing sekolah berjarak 1400 m dan 600 m ke kampus 4 UNIB di Jl. Indragiri No.4 Padang Harapan Kota Bengkulu. Puskesmas terdekat diwilayah tersebut adalah puskesmas Lempuing. Kedua sekolah mempunyai UKS dan guru BK. Diketahui dari survey awal dan data temuan terkini bahwa ada beberapa siswa terlibat masalah *bullying*, *clubing* di jam sekolah dan tindak kriminalitas.

Pengabdian ini dilaksanakan pada bulan Juli- Agustus 2023 di 3 lokasi dengan rincian proses awal edukasi melalui penyuluhan di SMA

Negeri 1 dan SMK Negeri 2 Kota Bengkulu serta terakhir memberikan pelatihan *peer counselor* di Kampus 4 Universitas Bengkulu. Setiap tahap kegiatan dilakukan proses evaluasi pre dan post test melalui *electronic form* dan lembar kuesioner secara *offline* yang kemudian hasilnya dianalisis menggunakan persentase pencapaian minimal dan analisis lanjut menggunakan wilcoxon.

6.2 Temuan dan Upaya Pengentasan Masalah Seksualitas pada Remaja dengan Skrining Oleh Teman Sebaya dan Tatalaksana Tenaga Kesehatan di FKTP

Edukasi melalui penyuluhan dan pelatihan ini dapat meningkatkan pengetahuan peserta secara signifikan. Berdasarkan penghitungan persentase nilai pada tahap edukasi, tidak ada penurunan nilai dan nilai meningkat $> 75\%$. Pada pelatihan juga menunjukkan tidak ada penurunan nilai dan persentase kenaikan nilai $> 75\%$. Analisis menggunakan wilcoxon $p = 0,000$. Peningkatan pengetahuan peserta merupakan tahap awal yang dapat mendorong motivasi dalam bersikap dan menerapkan upaya-upaya skrining awal oleh remaja kepada komunitasnya.

Komunitas remaja yang kegiatannya positif khususnya berkaitan dengan peran sertanya dalam membantu dan mendorong teratasnya masalah pada remaja itu sendiri merupakan harapan ke depan. Remaja dengan tahap perkembangan yang progresif sebagai salah satu dampak fisiologi sistem endokrin yang memproduksi lebih banyak hormon progesteron pada remaja laki-laki dan estrogen pada remaja perempuan, menjadikan mereka bersifat impulsif sehingga dengan keingintahuan yang besar, remaja sering melakukan sesuatu tanpa difikir terlebih dahulu bahkan pada hal-hal yang bisa jadi bersifat negatif

atau merugikan kehidupannya. Lonjakan energi dan pengaruh hormonal menjadikan remaja ingin menunjukkan sisi maskulin bagi laki-laki dan sisi feminim bagi perempuan sehingga meningkatkan rasa ketertarikan dengan lawan jenis. Disamping itu, faktor lingkungan dan pola didik orang tua yang kurang mendukung tahap perkembangan tersebut menjadikan remaja melakukan eksplorasi seksual secara mandiri. Hal inilah yang menimbulkan akibat buruk seperti kehamilan dini, *unsafe abortion* bahkan kekerasan dan PMS. Dari studi *cross sectional* yang telah kami lakukan sebelumnya mengenai peran guru dan teman sebaya dalam memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi menunjukkan hubungan yang signifikan¹⁵.

Dari karakteristik peserta penyuluhan yang kami lakukan sebelum pelatihan dengan peserta sebanyak 84 orang, diketahui bahwa persentase peserta yang belum pernah mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi masih tinggi (61,9%). Selain itu tingkat pendidikan orang tua peserta sebagian besar rendah¹⁶. Edukasi berkelanjutan kepada remaja dengan berbagai pendekatan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pemahaman mereka khususnya mengenai seksualitas.

Penelitian yang menyelidiki sikap 43 guru dan administrator sekolah terhadap pendidikan seks, seksualitas remaja dan komunitas mereka di 19 sekolah menengah di pedesaan KwaZulu-Natal, Afrika Selatan, dan bagaimana sikap-sikap ini mempengaruhi pencegahan HIV dan pendidikan seks berbasis sekolah diketahui bahwa, para guru menyatakan sikap mereka yang menghakimi terhadap seksualitas remaja dan siswa yang sedang hamil, dan fokus pada perilaku anak perempuan yang dianggap tidak bertanggung jawab dibandingkan strategi untuk meminimalkan risiko HIV. Peluang untuk menciptakan

lingkungan pendidikan yang mendukung bagi siswa dan guru perempuan sering kali terlewatkan. Meningkatkan efektivitas guru dalam menyampaikan informasi yang tidak memihak, tidak menghakimi, dan akurat tentang seks dan HIV sangatlah penting, begitu pula upaya untuk mengakui dan mengatasi risiko HIV yang mereka alami¹⁷. Guru dan staf sekolah termasuk Unit Kesehatan Sekolah (UKS) adalah bagian yang penting dalam mendukung upaya meningkatkan kesehatan reproduksi bagi remaja yang nantinya sebagai tempat agen konselor merujuk kasus yang ditemukan melalui skriningnya.

Pelatihan bagi peserta yang direkrut dari sekolah mitra pengabdian dilaksanakan dengan tujuan membekali peserta sebagai *agen peer counselor* dengan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan keterampilan dalam melakukan skrining masalah seksualitas. Saat ini telah diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan peduli remaja di fasilitas kesehatan. Pelayanan ini mencakup 3 klasifikasi berdasarkan algoritma Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja (MTPKR) yang terdiri dari: 1) Merah yaitu penanganan kondisi gawat darurat yang harus dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL); 2) Kuning artinya masalah dapat ditangani oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan observasi dan atau tindak lanjut; dan 3) Hijau yaitu tergolong kondisi normal atau masalah dapat diselesaikan secara tuntas di FKTP¹⁸ .

Remaja sebagai agen konselor bagi teman di komunitasnya diedukasi dan mulai disosialisasikan pola skrining masalah seksualitas dengan mengadopsi skema skrining masalah kesehatan metode *HEEADSSS* dalam menggali masalah psikososial remaja. Ada 3 algoritma yang terkait erat dengan seksualitas ini yaitu algoritma kesehatan reproduksi, algoritma genetalia dan algoritma infeksi. *HEEADSSS*

adalah singkatan dari *Home* (rumah), *Education* (pendidikan), *Eating* (pola makan), *Activity* (aktivitas), *Drugs* (obat-obatan), *Sexuality* (aktivitas seksual), *Safety* (keselamatan) dan *Suicide* (bunuh diri/depresi). *HEEADSSS* dari WHO adalah alat untuk memahami perilaku remaja dan menilai perilaku berisiko untuk memberikan intervensi yang tepat. Menggunakan tinjauan sistem *HEEADSSS* adalah cara yang efektif untuk terlibat dalam dialog dengan remaja dan

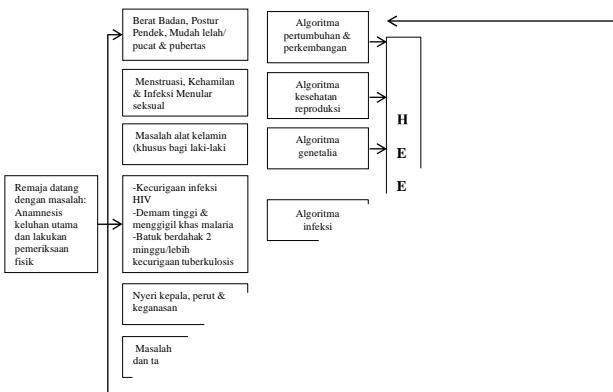
Keterampilan dalam melakukan skrining awal ini memerlukan pemahaman bahwa remaja merupakan masa yang penuh energi, suka mengeksplorasi dan memendam banyak pertanyaan yang memerlukan jawaban yang tentunya dari orang-orang yang kompeten agar tidak salah dalam menginterpretasikan dalam sikap dan perilakunya. Pendekatan persuasif dan penuh empati dengan masalah yang mereka ungkapkan. Sikap yang sama harus ditunjukkan oleh remaja sebagai agen pelaksana yang berkomitmen berpartisipasi dalam komunitas. Peran ini sangatlah besar manfaatnya dan berdampak positif bagi masyarakat. Hal ini juga mencerminkan pendidikan moral dan karakter pada remaja yang seyogyanya merupakan penerapan undang – undang No 23 Tahun pasal 3 tentang Sistem Pendidikan Nasional, yang menyebutkan bahwa: Pendidikan Nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab”²⁰.

Remaja pada masa awal dan pertengahan umumnya belum “siap secara kognitif” untuk interaksi seksual yang aman dan suka sama suka. Selain itu, remaja yang lebih muda umumnya lebih impulsif dan lebih sensitif terhadap tekanan sosial. Mereka juga seringkali kurang memiliki pengetahuan tentang risiko seksual, dan cenderung kurang percaya diri dan asertif saat berinteraksi dengan pasangannya. Akibatnya, mereka lebih cenderung melakukan hubungan seks tanpa kondom, memiliki lebih banyak pasangan seksual selama masa remaja, memiliki pengalaman seksual non-konsensual, tertular infeksi menular seksual, hamil saat remaja, dan untuk bereksperimen dengan peningkatan perilaku eksternalisasi, meskipun hanya di kalangan perempuan²¹.

Prekosisitas seksual sering kali menjadi komorbiditas dengan gejala eksternal, terutama di kalangan anak laki-laki dan masalah internal, seperti rendahnya harga diri di kalangan anak perempuan. Mengingat potensi risiko tersebut, penelitian tentang faktor-faktor yang menunda atau mendorong dimulainya hubungan seks adalah hal yang sangat penting. Namun, perhatian para ilmuwan telah dicurahkan pada korelasi hubungan seksual dini pada masa remaja, mengabaikan individu yang tetap berpantang hubungan seksual hingga dewasa. Selain faktor individu remaja itu sendiri, beberapa penelitian juga mengidentifikasi faktor interpersonal yang berhubungan dengan keperawanan remaja, sebagian besar berkaitan dengan struktur keluarga dan pendidikan serta pengaruh teman sebaya. Untuk pengaruh keluarga, tinggal bersama kedua orang tua kandung, memiliki ibu yang berpendidikan tinggi, dan percaya bahwa orang dewasa dan orang tua memiliki standar prestasi yang tinggi terhadap

mereka terkait dengan keterlambatan permulaan seksual di masa muda. Berkenaan dengan hubungan teman sebaya, banyak penelitian menunjukkan bahwa remaja yang menunda hubungan seksual pertama mereka hingga usia lanjut lebih cenderung memiliki teman yang juga percaya untuk menunda hubungan seksual dan terlibat dalam kegiatan keagamaan. Temuan ini sejalan dengan penelitian ekstensif selama 40 tahun terakhir yang mendukung homofilia dalam pemilihan teman di kalangan remaja, termasuk di antara mereka yang baru mulai melakukan hubungan seksual yang cenderung bergaul dengan teman sebaya dalam kelompok yang melakukan hubungan seksual²¹.

Tantangan berat ketika mengkader remaja berpartisipasi aktif sebagai konselor dan agen skrining masalah seksualitas di kalangannya, tentu saja selain mereka sendiri sedang berada pada tahap yang sama dan memerlukan pendampingan yang tinggi untuk dapat melalui hal yang belum seharusnya mereka lakukan, mereka masih cenderung labil dan mudah terpengaruh teman atau lingkungan. Pengkaderan ini mengajarkan bagaimana komunikasi yang efektif dan dapat meyakinkan teman sasarnya bahwa ia dapat dipercaya untuk membantu masalahnya, menjamin kerahasiaannya (bukan untuk disebarluaskan) yang selanjutnya dapat mendampingi jika diperlukan. Peran dimulai dengan memantau sikap dan perilaku teman yang tidak biasa, berjenis kelamin sama, melakukan pendekatan, meminimalisir stigmatisasi dan memulai skrining berdasarkan algoritma yang disederhanakan. Tujuan akhir peran ini adalah membantu masalah seksualitas remaja mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat melalui rujukan kepada tenaga kesehatan di FKTP atau minimal ke UKS.



Gambar 6. 1 Skema Ilustrasi Penggunaan Algoritma dengan Penilaian HEEADSSS. Sumber:¹⁸

Tujuan preventif yang diharapkan dalam mengedukasi remaja jauh sebelum terjadi adanya masalah seksualitas pada mereka. Sebuah proses yang ideal dari siklus hidup remaja, tentunya menjadi poin penting meskipun tantangannya sangat berat. Generasi Z saat ini dikenal dengan istilah generasi stroberi, yang dimaknai bagus tampilan fisik, namun lemah secara mental atau kejiwaannya. Generasi ini sangat mudah terpengaruh isu-isu negatif dan terbawa arusnya. Memulai upaya pendampingan dengan edukasi dan peran teman sebaya dalam komunitasnya adalah salah satu strategi. Agen konselor sebaya akan dilatih bagaimana cara melakukan skrining masalah yang mereka hadapi termasuk masalah seksualitas.

Berikut ini adalah pertanyaan HEEADSSS pada masalah aktivitas seksual¹⁸: 1) Biasanya remaja seusiamu sudah mulai tertarik dengan pacaran dan hubungan seksual, apakah teman-teman di sekitarmu sudah ada yang pacaran?; 2) Menurut yang kamu sadari hingga saat ini apakah kamu tertarik dengan lawan jenis, sesama jenis atau keduanya?; 3)

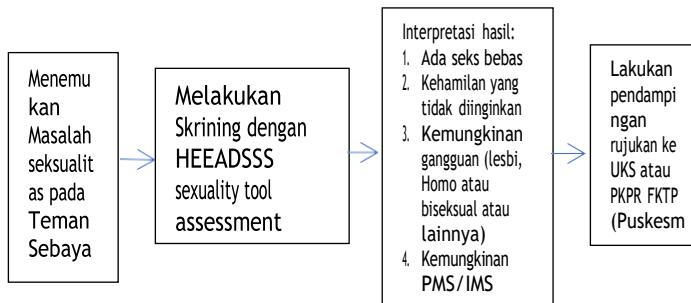
Apakah kamu pernah pacaran?; 4) apakah kamu pernah berhubungan seksual dengan laki-laki atau perempuan atau keduanya?, bila jawabannya TIDAK, lanjutkan pertanyaan ke poin selanjutnya (keamanan atau *safety*); 5) ketika kamu berhubungan seksual, apakah kamu menggunakan pengaman? (kondom atau kontrasepsi lainnya); 6) Bagaimana pendapatmu tentang kontrasepsi dan penyakit menular seksual?; 7) Apakah kamu pernah mengalami infeksi menular seksual?; 8) Apakah kamu pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan?; 9) Bila kamu pernah berhubungan seksual, apakah kamu tertekan saat melakukan berhubungan seksual?; 9) apakah kamu pernah mengalami kekerasan seksual?; 10) Identifikasi mengenai kemungkinan remaja pernah menjadi korban kekerasan seksual. Instrumentasi ini kemudian kami sederhanakan menggunakan pendekatan teman sebaya sebagai berikut:

Tabel 6. 1 Daftar Pertanyaan yang Disederhanakan Bagi Agen Skiring Teman Sebaya Masalah Seksualitas dari HEEADSSS Assesment Tool (Modifikasi Penulis)

No	Seksualitas assesment tool of HEEADSSS	Penyederhanaan untuk Teman Sebaya
1.	Biasanya remaja seusiamu sudah mulai tertarik dengan pacaran dan hubungan seksual, apakah teman-teman di sekitarmu sudah ada yang pacaran?	Banyak remaja sudah pacaran, apakah di sirkelmu juga?
2.	Menurut yang kamu sadari hingga saat ini apakah kamu tertarik dengan lawan jenis, sesama jenis atau keduanya?	Apakah saat ini kamu menyadari suka dengan lawan jenis, sejenis atau keduanya?
3.	Apakah kamu pernah pacaran?	Apakah kamu pernah punya pacar?
4.	apakah kamu pernah berhubungan seksual dengan laki-laki atau perempuan atau keduanya?, bila jawabannya TIDAK, lanjutkan pertanyaan ke poin selanjutnya (keamanan atau <i>safety</i>)	Apakah kamu pernah berhubungan seksual dengan laki-laki/perempuan atau keduanya?

5.	ketika kamu berhubungan seksual, apakah kamu menggunakan pengaman? (kondom atau kontrasepsi lainnya)	Apakah kamu menyimpan kondom buat persiapan?
6.	Bagaimana pendapatmu tentang kontrasepsi dan penyakit menular seksual?	Bagaimana pendapatmu tentang kontrasepsi dan penyakit menular seksual?
7.	Apakah kamu pernah mengalami infeksi menular seksual?	Apakah kamu pernah mengalami keluhan atau penyakit seputar kelamin (infeksi menular seksual)?
8.	Apakah kamu pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan?	Apakah kamu pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan?
9.	Bila kamu pernah berhubungan seksual, apakah kamu tertekan saat melakukan berhubungan seksual?	Apakah kamu tertekan/dipaksa saat melakukan berhubungan seksual?
10.	Identifikasi mengenai kemungkinan remaja pernah menjadi korban kekerasan seksual.	Identifikasi mengenai kemungkinan teman pernah menjadi korban kekerasan seksual.

Remaja akan berkomunikasi dengan gayanya dan bahasa mereka sendiri atau yang dipahami komunitasnya. Hasil skrining yang diperolah kemudian diinterpretasikan oleh agen skrining sebaya sebagai masalah kesehatan reproduksi yaitu, seks bebas, kehamilan yang tidak diinginkan, ada kemungkinan gangguan orientasi seks (lesbi, Homo atau biseksual atau lainnya), ada kemungkinan PMS/IMS dan kemungkinan kekerasan seksual. Agen skrining sebaya memotivasi teman yang bermasalah untuk didampingi pemeriksaan lebih lanjut ke UKS atau FKTP agar masalah dapat diatasi dengan segera dan tepat. Skema alur kerja skrining masalah seksual pada remaja oleh teman sebaya kami gambarkan sebagai berikut:



Gambar 6.1 Skema Ilustrasi Penggunaan Algoritma dengan Penilaian HEEADSSS

Di FKTP skrining masalah seksualitas dilaksanakan lebih komprehensif dengan alur algoritma kesehatan reproduksi, genetalia dan infeksi. Tenaga kesehatan harus melakukan *informed consent* sesuai dengan standar perundangan yang berlaku, memberikan pendekatan dengan komunikasi yang efektif dan meminimalisir stigmatisasi. Skrining dilanjutkan secara bertahap dan lebih detail dengan anamnesa, pemeriksaan fisik dan penunjang. Berdasarkan algoritma kesehatan reproduksi, masalah yang pertama diskriining adalah mesntruasi. Tenaga Kesehatan (Nakes) yang bertugas melakukan anamnesa terkait gangguan siklus haid apakah remaja mengalami ketidakteraturan haid atau berhenti haid. Selanjutnya daftar pertanyaan terkait ketidak teraturan haid diajukan seputar usia menarche (usia pertama kali haid), kapan haid berhenti, berapa lama dan banyaknya haid, riwayat penggunaan kontrasepsi untuk mengatur haid. Nakes juga menanyakan perihal penyakit kronis yang diderita, selanjutnya menghubungkan berhentinya haid dengan kemungkinan hamil, menanyakan status keaktifan seksualnya dan riwayat penggunaan kontrasepsi. Selanjutnya Nakes fokus pada tahap pengumpulan data objektif melalui pemeriksaan fisik umum, menghitung

IMT berdasarkan Berat Badan dan Tinggi Badan, melakukan pemeriksaan fisik melalui inspeksi, palpasi, dan auskultasi (lihat, raba dengar) utamanya memastikan kondisi uterus dan melakukan tes kehamilan dan periksa tanda-tanda IMS. Hasil anamnesa dan pemeriksaan diklasifikasikan dalam beberapa kategori yaitu: 1) Hamil atau kemungkinan hamil; 2) Haid tidak teratur atau perdarahan di antara dua haid; 3) Mungkin disebabkan oleh malnutrisi atau penyakit penyerta yang tidak ada hubungannya dengan kontrasepsi hormonal; 4) Haid tidak teratur atau perdarahan di antara dua haid yang berhubungan dengan penggunaan kontrasepsi hormonal; 5) Ketidakteraturan haid pada awal usia remaja; dan 5) Haid normal. Penatalaksanaan disesuaikan dengan klasifikasi dan dilakukan pemantauan¹⁸.

Pada Masalah nyeri, Nakes memulai anamnesa dengan pertanyaan: 1) apakah anda nyeri perut saat haid; 2) kapankah nyeri perut datang apakah sebelum, saat, pada pertengahan atau diluar siklus haid; 3) apakah anda sedang haid atau perdarahan sekarang?, jika jawaban ya, maka lanjutkan pertanyaan terkait aktivitas seksual, kontrasepsi, dan kehamilan dan melakukan penilaian kesehatan seksual dan reproduksi, gejala kehamilan dan lakukan penilaian kesehatan seksual dan reproduksi. Selanjutnya Nakes melakukan pemeriksaan fisik pada abdomen (adanya nyeri tekan, massa/benjolan, pemeriksaan uterus, tes kehamilan dan memastikan tanda-tanda sindrom IMS). Klasifikasi analisa dari data yang sudah dikaji tersebut adalah: 1) kemungkinan kemungkinan kondisi yang memerlukan pembedahan atau berhubungan dengan kehamilan; 2) Dismenore (nyeri haid/nyeri pertengahan siklus haid). Pada Masalah perdarahan maka Nakes melakukan anamnesa terkait jadwal haid, obat-obatan untuk memperlancar haid, metode kontrasepsi, anemia, kontrasepsi dan kehamilan, gejala kehamilan dan terakhir melakukan penilaian kesehatan seksual dan reproduksi. Nakes

melengkapi data dengan pemeriksaan fisik umum,tanda anemia,jika remaja aktif secara seksual maka melakukan pemeriksaan kehamilan, dan memeriksa tanda-tanda sindrom IMS. Klasifikasi analisa yang dapat ditegakkan adalah: 1) Kemungkinan perdarahan akibat kehamilan; 2) Menorrhagia disertai anemia; 3) Menorrhagia tanpa anemia; 4) Menorrhagia yang mungkin berhubungan dengan metode kontrasepsi AKDR atau DMPA; dan 5) perdarahan haid normal¹⁸.



Gambar 6. 2 Siswa Sedang di Rawat di UKS
Sumber: <https://kalsel.kemenag.go.id/files/fotoberita/502455.jpg>

Pada masalah dengan kehamilan maka Nakes harus memastikan apakah remaja perempuan memiliki masalah/ kekhawatiran terkait kehamilan. Lakukan anamnesa mendalam terkait kemungkinan hamil, aktivitas seksual dan kontrasepsi, ketidaknyamanan kehamilan, menentukan derajat nyeri dengan *Visual Analog Scale (VAS)* jika ada nyeri dan melakukan penilaian kesehatan reproduksi seksual. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, Nakes harus memastikan privasi terjamin, pendampingan petugas atau konselor sebaya perempuan dan bangun rapport. Klasifikasi analisa pada masalah ini adalah: 1) Kemungkinan komplikasi kehamilan; 2) Mengarah pada kehamilan namun masih terlalu

dini untuk dipastikan; 3) Hamil; 4) Hubungan seksual tanpa pelindung dalam lima hari terakhir; 5) Kemungkinan hamil; 6) Sepertinya tidak hamil; dan 7) Tidak hamil. Pada algoritma genetalia masalah IMS pada remaja laki-laki, Nakes melakukan anamnesa terkait aktivitas seksual yaitu apakah sudah pernah berhubungan seks?, dengan siapa, perempuan atau laki-laki?, apakah memakai pelindung (kondom) atau alat kontrasepsi?, apakah melakukan seks oral? dan apakah melakukan hubungan seksual melalui anus?. Selanjutnya menanyakan keluhan pada alat kelamin dan anus, gejala sindrom IMS lainnya dan melakukan penilaian kesehatan reproduksi dan seksual. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk memeriksa duh tubuh uretra, cairan atau bahan yang keluar dari bawah preputium atau jika tidak keluar maka tanyakan kapan miksi terakhir, lalu minta pasien masase penis ke arah ujung dan perhatikan tanda sindrom IMS lain seperti ulkus pada genital atau sekitar anus, bengkak di pangkal paha, bengkak dan nyeri di skrotum dan tonjolan kutil di penis/ anus. Klasifikasi analisa dari hasil pengkajian tersebut adalah: 1) Kemungkinan IMS (Gonore dan/atau Klamidia); 2) Normal jika tidak ada cairan yang keluar dari uretra dan tidak nyeri saat Buang Air Kecil atau bila hanya terdapat cairan yang keluar dari bawah kulit preputium¹⁸.



*Gambar 6.3 Tanda Cairan Bernanah pada Sindrom IMS Jenis Gonore
Sumber: <https://asset-a.grid.id/crop/0x0:0x0/700x0/photo/2020/08/06/2556640320.jpg>*

Dalam Algoritma kasus IMS pada remaja perempuan untuk memeriksa apakah remaja perempuan mengalami cairan abnormal dari vagina atau rasa terbakar atau gatal di vagina (khusus remaja tidak hamil). Langkah awal yaitu anamnesa dengan meminta remaja perempuan menjelaskan mengenai cairan yang keluar dari vagina (warna, konsistensi, disertai gatal/ terasa panas), anamnesa nyeri perut bawah, risiko gonore/ klamidia, apakah ada tonjolan semacam kutil/ jengger ayam di kelamin atau anus, adakah rasa gatal atau nyeri di daerah kutil dan gejala sindrom IMS lainnya serta lakukan penilaian kesehatan reproduksi dan seksual. Selanjutnya pemeriksaan fisik, perhatikan mulut vagina dan sekitarnya (vulva) untuk memastikan adanya nyeri tekan perut bawah, adanya tahanan, nyeri lepas atau massa di abdomen, perhatikan vesikel/lenting dan luka di area genetalia. Perhatikan tanda-tanda sindrom IMS lainnya (ulkus genitalis, pembengkakan di pangkal paha) dan jika sudah aktif secara seksual, bila diperlukan rujuk ke poli IMS untuk pemeriksaan dalam.

Klasifikasi analisa dari hasil pengkajian adalah: 1) Kemungkinan gawat darurat akibat kehamilan; 2) Penyakit radang panggul (PRP/ Pelvic Implamatory Disease) kemungkinan karena gonore, klamidia dan/atau bakteri anaerobik; 3) Servisitis kemungkinan gonore atau klamidia mirip vaginosis bakterial dan trikomoniasis; 4) Vaginitis kemungkinan kandidiasis vaginalis, mirip vaginosis bakterial dan trikomoniasis; 5) Vaginitis, kemungkinan vaginosis bakterial dan/atau trikomoniasis; 6) Kemungkinan kutil kelamin atau kondiloma akuminata; 7) Duh tubuh vagina normal/fisiologis¹⁸.



Gambar 6.4 Kutil Kelamin

Sumber: <https://doktersehat.com/wp-content/uploads/2017/12/kutil-doktersehat.jpg>

Pada Algoritma IMS remaja perempuan dan laki-laki, Nakes melakukan anamnesa apakah ada vesikel (gelembung/lenting), apakah ada ulkus/lecet, apakah lukanya berulang. Nakes juga mengkaji gejala sindrom IMS lain dan penilaian kesehatan reproduksi dan seksual. Selanjutnya melakukan pemeriksaan fisik suhu tubuh, perhatikan bengkak dipangkal paha (inflamasi inguinal), tanda-tanda infeksi di pangkal paha yang bengkak, perhatikan infeksi kulit setempat (lokal) dan perhatikan tanda sindrom IMS lainnya (ulkus genital, duh tubuh genital dari vagina/uretra) serta pembengkakan skrotum. Klasifikasi analisanya adalah: 1) Kelenjar getah bening yang terinfeksi (bubo): kemungkinan limfogranuloma venerium (LGV) atau kemungkinan chancroid; 2) Infeksi kelenjar getah bening (limfe), trauma kulit lokal (setempat atau infeksi kulit lokal; 3) Normal atau limfadenopati reaktif¹⁸.

Remaja secara persuasif diberi penjelasan mengenai tahapan pemeriksaan yang menyeluruh dan ketat. Pemahaman mengenai bahaya komplikasi yang sangat serius diperlukan agar kondisi awal

dapat dikendalikan. Terapi dapat diberikan oleh Puskesmas yang memiliki tenaga terlatih IMS dan obat tersedia. Berikut ini daftar terapi yang diberikan pada kasus IMS sebagai panduan khusus bagi Puskesmas yang memiliki tenaga terlatih IMS:

Tabel 6. 2 Terapi Infeksi Menular Seksual Bagi Puskesmas yang Memiliki Tenaga Terlatih IMS Berdasarkan Panduan Nasional Penanganan IMS 2015

IMS	Pilihan pertama (Pilih satu dari pilihan yang ada)	Alternatif (Pilih satu dari pilihan yang ada)	Bila pasien hamil, menyusui atau di bawah 12 tahun
1. Gonore	Sefiksim 400 mg per oral, dosis tunggal	Seftriakson 250 mg, injeksi intramuskular, dosis tunggal	Dapat dipilih salah satu dari 2 pilihan tersebut
2. Klamidia	Azitromisin 1 g per oral, dosis tunggal	Doksiklizin 2 x 100 mg /hari selama tujuh hari	
3. Sifilis Stadium Primer	Benzatin penisilin Injeksi intramuskular, dosis tunggal, 2,4 juta unit catatan : Lakukan uji kulit lebih dulu untuk memastikan adakah alergi terhadap bahan injeksi Siapkan alat terhadap kemungkinan syok anafilaktik	Penisilin – prokain injeksi IM 600.000U/hari selama 10 hari, Doksiklizin 2x100 mg/hari selama 14-30 hari atau Eritromisin 4x500 mg /hari selama 30 hari	Benzatin penisilin 2,4 juta unit melalui suntikan intramuskular dosis tunggal atau Eritromisin 500 mg oral empat kali sehari selama 15 hari
4. Chancroid (ulkus mole)	Siprofeksin* 2 x 500 mg/hari, per oral selama tiga hari Eritromisin base , 4x500 mg/hari, per oral selama tujuh hari Azitromisin 1 g, per oral, dosis tunggal	Seftriakson 250 mg , injeksi intramuskular, dosis tunggal	Eritromisin base , 4x500 mg/hari, per oral selama tujuh hari Azitromisin 1 g per oral, dosis tunggal
5. Herpes genitalis	Lesi Inisial, Infeksi primer Asiklovir 5x200 mg, per oral, selama tiga hari Asiklovir 3x400 mg, per oral , selama tujuh hari Lesi berrulang/rekurens	Valasiklovir 2x500 mg/hari selama tujuh hari	Dapat dipilih salah satu dari obat yang ada, perhatikan apakah lesi inisial, infeksi primer atau infeksi rekurens
6. Limfogranuloma venereum	Asiklovir 5x200 mg/hari, per oral selama lima hari atau Asiklovir 3x400 mg/hari, per oral selama lima hari	2x500 mg/hari selama tujuh hari	
7. Trikomoniasis	Doksiklizin* 2x100 mg/hari, per oral selama 14 hari	Eritromisin base 4x500 mg, per oral , selama 14 hari	Eritromisin base 4x500 mg, per oral , selama 14 hari
8. Vaginosis Bakterial	Metronidazol 2 gr dosis tunggal per oral	Metronidazol 2x500 mg/hari per oral selama 7 hari Klindamisin 2x500 mg/hari per oral selama 7 hari	

Sumber:¹⁸

Pada algoritma genetalia remaja laki-laki dengan masalah kulit luar penis, anamnesa dimulai dengan menanyakan: apakah preputium kamu berubah warna?, apakah preputiumnya bengkak?, apakah pernah ada cairan yang keluar dari preputium, bisakah kamu menarik preputium sampai ujung penis terlihat penuh?, dan dapatkah kamu mengembalikan preputium ke posisi semula?. Selanjutnya tanyakan apakah kamu memiliki kelainan genetalia lain? (ulkus/luka pada genetalia, pembengkakan di pangkal paha, nyeri saat BAK, Nyeri/pembengkakan skrotum) serta lakukan penilaian kesehatan reproduksi dan seksual. Pada pemeriksaan fisik, perhatikan kepala penis dan kulit yang menutupinya (preputium) untuk tanda-tanda peradangan dan infeksi yang mungkin (pembengkakan, kemerahan dan cairan yang menyerupai air/darah/nanah), perhatikan tanda sindrom IMS lain dan lakukan pemeriksaan fisik umum. Klasifikasi analisa dari hasil pengkajian ini adalah: 1) Parafimosis jika preputium dapat ditarik menjauhi ujung penis, preputium tidak dapat kembali ke posisi normal, kepala penis terlihat dan kepala penis serta preputium diluar area yang ketat mengalami pembengkakan; 2) Fimosisi jika preputium tidak dapat ditarik sempurna yaitu kepala penis tidak dapat dibuka penuh dan tidak ada tanda peradangan/infeksi; 3) Balanitis/Balanopostisis jika dijumpai tanda-tanda inflamasi/ infeksi pada kepala penis dan/atau preputium, keluar cairan (keputihan/kekuningan) dari bawah preputium dan disekitar glan penis¹⁸.

Pada Masalah skrotum (nyeri/luka) maka Nakes melakukan anamnesa dengan pertanyaan: apakah nyeri dimulai setelah kamu cedera?, bagaimana kamu bisa cedera?, apakah nyeri pada 2 sisi

atau hanya 1 sisi?, apakah skrotum membengkak?, setelah mengalami cedera, apakah warna skrotum berubah, dan apakah kamu aktif secara seksual. Selanjutnya kajigejala sindrom IMS dan lakukan penilaian kesehatan reproduksi serta seksual. Selanjutnya Nakes melakukan pemeriksaan fisik dengan melihat tanda-tanda peradangan, tanda-tanda retraksi, ada/tidaknya cairan, periksa tanda sindrom IMS lain dan lakukan pemeriksaan fisik umum. Klasifikasi analisa adalah: 1) Kemungkinan besar torsio testis, jika nyeri dan pembengkakan pada skrotum, tidak ada riwayat trauma yang nyata, nyeri bersifat unilateral, keadaan bersamaam dengan torsio berupa testis sangat lunak, testis biasanya tertarik, skrotum biasanya bengkak dan berubah warna pada pria berkulit pucat; 2) Kemungkinan besar terjadi cedera, jika nyeri dan pembengkakan pada skrotum, pembengkakan testis dan penumpukan cairan di skrotum (haematocele); 3) kemungkinan kecil terjadi cedera, jika pembengkakan pada skrotum dan awal mula nyeri disertai trauma, testis tidak membengkak dan tidak ada penumpukan cairan di skrotum; 4) Kemungkinan IMS (orkitis/epididimitis/uretritis mungkin atau tidak mungkin dijumpai), jika nyeri atau pembengkakan pada skrotum, tidak ada riwayat trauma, testis tidak membengkak, testis tidak tertarik dan terdapat perilaku seksual berisiko tinggi atau terdapat cairan dari uretra; 5) Orkitis/epididimitis (bukan IMS), jika nyeri atau pembengkakan di skrotum, tidak ada riwayat trauma, testis tidak bengkak, tidak aktif secara seksual dan tidak ada cairan keluar dari uretra¹⁸.

Algoritma HIV dilaksanakan dengan remaja didampingi orang tuanya. Anamnesa dimulai dengan menanyakan apakah kamu mengalami gejala-gejala (penurunan Berat Badan yang nyata, diare

kronis, batuk lama, demam lama, benjolan/jerawat ungu yang tidak nyeri di kulit atau mulut, bercak putih di mulut dan pembengkakan yang tidak nyeri di kelenjar), menanyakan penyakit yang berhubungan dengan HIV (pernahkah anda didiagnosis tuberculosis), faktor risiko HIV (apakah kamu memiliki riwayat saudara kandung/ orang tua yang meninggal tanpa sebab yang tidak diketahui atau penyakit terkait HIV?, apakah kamu memiliki riwayat transfusi darah?, apakah remaja aktif secara seksual? (bilaya, apakah remaja menggunakan kondom setiap kali berhubungan seksual), apakah remaja memiliki pasangan seksual yang lebih dari satu?, apakah pasangan seksual kamu memiliki pasangan lain?, apakah kamu melakukan hubungan seksual tanpa pelindung dalam

72 jam terakhir?, apakah remaja laki-laki melakukan hubungan seksual dengan sesama jenis?, apakah kamu/ pernahkah kamu menggunakan obat-obatan suntikan?, selanjutnya lakukan penilaian kesehatan reproduksi dan seksual. Nakes melakukan pemeriksaan fisik dengan menghitung IMT (kategorikan wasting, iga gambang, IMT < -3 SD menurut jenis kelamin dan usia), demam > 1 bulan, infeksi jamur mulut, limfadenopati generalisata, diare kronis > 2 minggu, riwayat pruritic popular eruption (PPE), lesi kaposi (benjolan ungu pada kulit atau palatum mulut yang tidak nyeri), dijumpai adanya infeksi berat (contohnya pneumonia, sepsis), rujuk ke petugas laboratorium/ petugas HIV. Klasifikasi analisa adalah: 1) kemungkinan infeksi HIV menyebabkan gejala, tanda atau penyakit yang sering berhubungan dengan infeksi HIV; 2) Berisiko terinfeksi HIV; 3) tidak berisiko terinfeksi HIV¹⁸.

Perlu digaris-bawahi oleh Nakes bahwa, ketika remaja datang dan meminta bantuan untuk mengatasi masalah atau

kekhawatirannya, maka saat itulah kecenderungan mereka untuk menerima informasi dan nasihat cukup tinggi, sehingga seyogyanya petugas memanfaatkannya semaksimal mungkin dalam memberikan informasi dan mengedukasi remaja ataupun keluarganya. Pastikan bahwa keinginan- pasien untuk melibatkan orang tuanya dapat difasilitasi dan koreksi pemahaman mereka terhadap masalah yang sedang mereka hadapi. Remaja adalah generasi masa depan yang seyogyanya memiliki kesehatan yang optimal.

6.3 Peran Penting Konselor Sebaya dan PKPR

Upaya dalam meningkatkan status kesehatan reproduksi dimulai dari masa remaja adalah tanggung jawab semua lini, termasuk lingkungan pendidikan khususnya pihak sekolah dan pendidikan kesehatan. Konselor sebaya merupakan Sumber Daya yang sangat potensial dalam membantu optimalisasi peran PKPR dalam memberikan pelayanan mengatasi permasalahan seksualitas remaja. Kemampuan dan keterampilan dalam melaksanakan skrining bagi Nakes sebagai tenaga PKPR di Puskesmas, juga konselor sebaya dapat menentukan keberhasilan program ini. Skrining masalah seksualitas pada remaja dapat diterapkan dan terus dikembangkan sebagai langkah awal mengentaskan permasalahan seksualitas remaja.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hayati SH, Widyana R, Purnamasari SE. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Untuk Penurunan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja. Jurnal Psikologi. 2021.

2. Pulungan PW, Sitorus S, Amalia R, et al. Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan: Yayasan Kita Menulis 2020.
3. SM SN, Putri P. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kehamilan Usia Remaja Di Wilayah Kerja Puskesmas Rantau Pandan. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*. 2022;8(1):100-110.
4. Puspasari HW, Pawitaningtyas I. Masalah Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Pernikahan Usia Dini Di Beberapa Etnis Indonesia; Dampak Dan Pencegahannya. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 2020;23(4):275-283.
5. Soleman N, Elindawati R. Pernikahan Dini di Indonesia. *AL-WARDAH: Jurnal Kajian Perempuan, Gender dan Agama*. 2019;12(2):142-149.
6. (BPS) BPS. Pencegahan Perkawinan Anak. Jakarta: Pusaka 2020:44.
7. Bengkulu BPSK. Persentase Penduduk Laki-laki dan Perempuan Berumur 15-49 Tahun menurut Kabupaten/Kota dan Status Perkawinan, 2021 Available: <https://bengkulukota.bps.go.id/statictable/2022/01/13/64/persentase-penduduk-berumur-15-49-tahun-menurut-kabupaten-kota-dan-status-perkawinan-2021.html>. Accessed 10 Februari, 2023.
8. Efevbera Y, Bhabha J, Farmer PE, et al. Girl child marriage as a risk factor for early childhood development and stunting. *Social Science & Medicine*. 2017;185:91-101.
9. Sethuraman K, Lansdown R, Sullivan K. Women's empowerment and domestic violence: the role of sociocultural determinants in maternal and child undernutrition in tribal and rural communities in South India. *Food and nutrition bulletin*. 2006;27(2):128-143.
10. PPPA K. Profil Anak Indonesia 2020. Jakarta: Kementerian PPPA 2020:708.
11. Harbowo Y. Analisis Penerapan Dan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten Malang Tahun 2009–2012. Universitas Brawijaya 2014.
12. Ramadhan MSN, Salehudin M, Kusuma RH. Trik Konselor Sebaya dalam Upaya Mencegah Perilaku Seks Pranikah di Kalangan

Remaja. Journal of Instructional and Development Researches. 2021;1(1):30-40.

13. Sari ND, Musthofa SB, Widjanarko B. Hubungan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dengan Pengetahuan dan Persepsi Mengenai Kesehatan Reproduksi di Sekolah Menengah Pertama Wilayah Kerja Puskesmas Lebdosari. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2017;5(5):1072-1080.
14. Shaluhiyah Z, Suryawati C. Analisis Implementasi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas. Jurnal Kesmas (Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa. 2020;7(3):98-108.
15. Ramadhaniati F, Kurniati N, Asmariyah A, et al. The Involvement Of Teachers And Peers In Providing Knowledge On Adolescent Reproductive Health At State Vocational High School 2 Bengkulu City In 2023. Jurnal EduHealth. 2023;14(02):916-920.
16. Kurniati N, Saputra AJ, Ramadhaniati F, et al. Pembentukan Komunitas Remaja Peduli Kesehatan reproduksi (RPKS-Pro) TERintegrasi di Universitas Bengkulu. GANESHA: Jurnal Pengabdian Masyarakat. 2024;4(1):71-82.
17. Smith KA, Harrison A. Teachers' attitudes towards adolescent sexuality and life skills education in rural South Africa. Sex education. 2013;13(1):68-81.
18. Kemenkes. Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Kemenkes 2018.
19. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent psychosocial assessment: the HEEADSSS. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 2017;55(5):24-27.
20. Hermawan D. Dampak Globalisasi terhadap Moralitas Remaja (Studi SMK Swasta Putra Bunda Tanjung Pura) Tahun Pelajaran 2018/2019. Jurnal Serunai Pancasila Dan Kewarganegaraan. 2019;8(1):88-93.
21. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. Journal of human reproductive sciences. 2015;8(2):70-74.

Profil Penulis

Prof. DR. Meita Dhamayati, dr., SPA., Subsp.TKPS., M.Kes



Penulis Lahir di Bandung, 19 Mei 1963. Penulis memulai karir dokter umum melalui tahapan pendidikan formal yang diselesaikan melalui pendidikan Profesi Kedokteran lulus Tahun 1987 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung, melanjutkan Sp1 Kesehatan Anak tahun 1999, selanjutnya melalui Kolegium IKA Dokter Spesialis Konsultan Tumbuh Kembang-Pediatri sosial tahun 2002. Pada tahun 2010 penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan Minat Kesehatan Anak dan pada Tahun 2013 menyelesaikan Program Pendidikan Doktor di Universitas Padjadjaran BAndung. Penulis merupakan Dosen Tetap pada Program Studi Pendidikan Dokter FK UNPAD Bandung. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui email : meita.dhamayanti@unpad.ac.id .

Flora Niu, SST., M. Keb



Penulis Lahir di Pasi 18 November 1976. Penulis memulai karir menjadi seorang bidan melalui tahapan pendidikan formal yang diselesaikan melalui pendidikan Diploma III Kebidanan lulus Tahun 2005 di Poltekkes Kemenkes Jayapura, penulis melanjutkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik lulus Tahun 2007 pada Poltekkes Kemenkes Bandung dan melanjutkan Pendidikan Magister Kebidanan lulus Tahun 2015 di Universitas

Hasanuddin Makassar. Dan penulis sementara melanjutkan pendidikan Doktoral di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan Dosen Tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis juga merupakan anggota Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Prov Papua. Penulis dapat dihubungi melalui email : niuflora@yahoo.co.id.

Profil Penulis

Ns. Nurmukaromatis Saleha, S.Kep, M.Kep



Penulis Lahir di Rejang Lebong Bengkulu 18 Juli 1978. Penulis memulai karir sebagai seorang perawat meyelesaikan Pendidikan Sarjanan keperawatan dan profesi tahun 2004 di Univeristas Muhammadiyah Jakarta kemudian melanjutkan pendidikan magister keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Dan penulis sekarang sedang melanjutkan program Pendidikan Doktor di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan Dosen Tetap di Fakultas keparawatan Uniersitas Bengkulu. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis juga merupakan anggota Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia wilayah Bengkulu. Penulis dapat dihubungi melalui email : Nurmukaromatis.saleha@gmail.com.

Dr. James Thimoty, SpA(K), M.Kes



Penulis Lahir di Bandung 30 Agustus 1975. Penulis memulai karir sebagai seroang dokter melalui tahapan pendidikan formal yang diselesaikan melalui kedokteran tamat tahun 2000, tahun 2009 menyelesaikan Magister Kesehatan + Spesialis Anak di Universitas Padjadaran Bandung, dan tahun 2017 menyelesaikan Pendidikan Konsultan neonatologi di Univeristas Indonesia. Dan penulis sekarang sedang melanjutkan program Pendidikan Doktor

di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan Dosen Tetap Department of Child and Health, Faculty of Medicine, University of Cenderawasih. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis juga merupakan ketua Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Cabang Papua mulai sampai 2021 sampai sekarang. Penulis dapat dihubungi melalui email : jamesthimoty@gmail.com.

ELITA VASRA, SST., M. Keb



Penulis Lahir di Palembang 19 Mei 1973. Penulis memulai karir menjadi seorang bidan melalui tahapan pendidikan formal yang diselesaikan melalui pendidikan Diploma III Kebidanan lulus Tahun 2000 di Poltekkes Kemenkes Palembang, penulis melanjutkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik lulus Tahun 2004 dan Tahun 2013 S-2 Kebidanan di FK UNPAD Bandung. Dan penulis sekarang sedang melanjutkan program Pendidikan Doktor di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis merupakan Dosen Tetap pada Program Studi Sarjana Terapan dan Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Palembang. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis juga merupakan anggota Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Kota Palembang. Penulis dapat dihubungi melalui email : elita@poltekespalembang.ac.id, elita23001@mail.unpad.ac.id

Neng Kurniati, S.ST.,S.KM.,M.Tr.Keb



Dosen Prodi D3 Kebidanan Universitas Bengkulu
Korespondensi:nkurniati@unib.ac.id atau
neng.nuha1@gmail.com

Penulis lahir di Cawang Lama (Dempo Utara) Sumatera Selatan tanggal 23 Februari 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Universitas Bengkulu. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan D4 Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tri Mandiri Sakti Bengkulu, pernah mengambil S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas

Muhammadiyah Bengkulu dan terakhir melanjutkan S2 Kebidanan Terapan di Poltekkes Kemenkes Semarang Jawa Tengah. Penulis menekuni bidang kebidanan pengalaman kerja di RSUD dr. M. Yunus sebagai Bidan pelaksana perawatan anak dan penyakit dalam pada tahun 2005 hingga 2010, menjadi tenaga pendidik di Poltekkes Provinsi Bengkulu hingga tahun 2016, terakhir tahun 2017 hingga sekarang di prodi D3 Kebidanan Universitas Bengkulu. Penulis adalah peneliti pertama senam Maryam pada Ibu hamil dan aktif menjadi pembicara mengenai Senam Maryam dan komplementar berbasis Islam. Aktif melaksanakan Tri darma Perguruan Tinggi hingga sekarang baik tingkat nasional maupun internasional dengan roadmap penelitian dan pengabdian berfokus pada tumbuh kembang Anak.

PEMBERDAYAAN DAN CITRA HIDUP REMAJA INDONESIA DI MASA DEPAN

Studi Komprehensif Analisis kekerasan pada Anak



Kekerasan terhadap perempuan ialah kekerasan yang secara spesifik menjadikan perempuan sebagai subjek kekerasan yang memberikan dampak kesengsaraan, penderitaan fisik, psikologis, seksual, sosial dan ancaman atau perebutan hak kebebasan perempuan di ranah publik atau ranah rumah tangga.

Pada ranah publik maupun ranah rumah tangga, remaja rentan mengalami kejadian kekerasan, kekerasan yang sering terjadi yaitu pelonco termasuk bullying dan serangan fisik dengan atau tanpa senjata seperti pisau atau senjata lainnya, dan mungkin kekerasan dapat terjadi antar kelompok. Kekerasan terhadap anak adalah isu krusial yang berdampak besar pada perkembangan fisik, mental, dan emosional anak-anak. Bentuk kekerasan ini bervariasi, mulai dari kekerasan fisik, emosional, seksual, hingga penelantaran. Berdasarkan data dari UNICEF, jutaan anak di seluruh dunia menjadi korban kekerasan setiap tahun, seringkali oleh individu terdekat dalam keluarga atau komunitas mereka.

1.

Upaya-upaya yang dilakukan untuk melakukan pencegahan harus mencakup pengembangan program-program pendidikan yang mengajarkan keterampilan pengasuhan positif, penegakan hukum yang ketat terhadap pelaku kekerasan, dan penyediaan layanan dukungan serta rehabilitasi bagi korban. Dengan menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi anak-anak, kita dapat mencegah terjadinya kekerasan dan memastikan mereka dapat tumbuh dan berkembang dengan baik..

salah satu strategi pencegahan yang efektif adalah meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu kekerasan terhadap anak. Edukasi dan kampanye publik yang intensif dapat berperan penting dalam mengurangi stigma serta meningkatkan pemahaman mengenai tanda-tanda kekerasan dan pentingnya pelaporan kasus. 1. selain itu, diperlukan penguatan sistem perlindungan anak, seperti dengan memperbaiki kebijakan dan mekanisme pelaporan. untuk mencegah dan merespons kekerasan secara efektif.