



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KELUARGA
MERAWAT ANAK REMAJA DENGAN
KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN (KTD)
DI KABUPATEN CILACAP, PROVINSI JAWA TENGAH:
STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

**WIDYONINGSIH
0906595030**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KELUARGA
MERAWAT ANAK REMAJA DENGAN
KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN (KTD)
DI KABUPATEN CILACAP, PROVINSI JAWA TENGAH:
STUDI FENOMENOLOGI**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Komunitas

**WIDYONINGSIH
0906595030**


**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Widyoningsih

NPM : 0906595,030

Tanda Tangan : 

Tanggal : ... Juli 2011




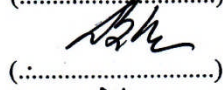
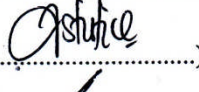

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Widyoningsih
NPM : 0906595030
Program Studi : Magister Keperawatan Komunitas
Judul Tesis : Pengalaman Keluarga Merawat Anak Remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah; Studi Fenomenologi.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Sigit Mulyono, S.Kp., MN. 
Pembimbing : Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN. 
Penguji : Ns. Nawang P. A, M.Kep., Sp. Kom. 
Penguji : Henny Permatasari, M.Kep., Sp.Kom. 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal :Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi karunia dan hidayahNya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Pengalaman Keluarga Merawat Anak Remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di wilayah Kabupaten Cilacap, Provinsi Jawa Tengah: Studi Fenomenologi”. Penyusunan tesis ini dimaksudkan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, saya banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat ;

1. Ibu Dewi Irawaty, PhD sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan koordinator mata ajaran Tesis.
3. Bapak Sigit Mulyono, MN sebagai pembimbing I yang telah membimbing, memotivasi, dengan penuh kesabaran, ketulusan dan meluangkan waktu untuk memberikan masukan selama menyusun tesis ini.
4. Ibu Wiwin Wiarsih, MN sebagai Pembimbing II yang telah membimbing, memotivasi, dengan penuh kesabaran, ketulusan dan meluangkan waktu untuk memberikan masukan selama menyusun tesis ini.
5. Ibu Nawang Puji Astuti, M.Kep., Sp.Kom., telah dengan sabar, pengertian dan ketulusan serta meluangkan waktu untuk memberikan masukan yang sangat bermakna kepada penulis selama menyusun tesis.
6. Ibu Henny Permatasari, S.Kp.,M.Kep., Sp.Kom. sebagai Penguji yang telah dengan sabar, pengertian dan ketulusan serta meluangkan waktu untuk memberikan masukan yang sangat bermakna kepada penulis selama menyusun tesis.

7. Seluruh dosen dan civitas akademik Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia
8. Rekan-rekan bidan desa dan kader yang dengan ikhlas meluangkan waktu mendampingi peneliti berinteraksi dengan partisipan
9. Para partisipan yang dengan ikhlas meluangkan waktu dan bersedia menceritakan pengalamannya demi kelancaran penelitian ini
10. Rekan-rekan dari STIKES Al-Irsyad Cilacap yang telah membantu baik materi maupun support dari jauh
11. Dirjen DIKTI yang melalui beasiswa BPPS-nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.
12. Suamiku tercinta, dan anak-anakku tersayang, Daffa dan Syaamil, yang selalu menjadi motivator selamanya.
13. Dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-per satu yang telah membantu terselesaikannya tesis ini.

Penulis menyadari tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu saya sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan dibawah ini.

Nama : Widyoningsih
NPM : 0906595030
Peminatan : Kekhususan Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “ Pengalaman Keluarga Merawat Anak Remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), di Kabupaten Cilacap, Provinsi Jawa Tengah: Studi Fenomenologi ” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 7 Juli 2011

Yang menyatakan



Widyoningsih

Nama : Widyoningsih
Program Studi : Magister Keperawatan Komunitas
Judul : Pengalaman Keluarga Merawat Anak Remaja dengan Kehamilan Tidak diinginkan (KTD) di Kabupaten Cilacap, Provinsi Jawa Tengah: Studi Fenomenologi

ABSTRAK

Remaja dengan KTD berisiko mengalami stress baik bio, psiko, social cultural maupun spiritual. Penelitian ini bertujuan untuk memahami arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD. Desain penelitian fenomenologi diskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam pada 8 partisipan. Data dianalisis dengan teknik Colaizzi. Penelitian menghasilkan 8 tema: faktor yang mendukung terjadinya KTD, stress yang dirasakan keluarga, mempersiapkan perkawinan, mencegah terulangnya KTD, kualitas layanan, dukungan sosial, mencari bantuan, dan *unavoidable acceptance*.

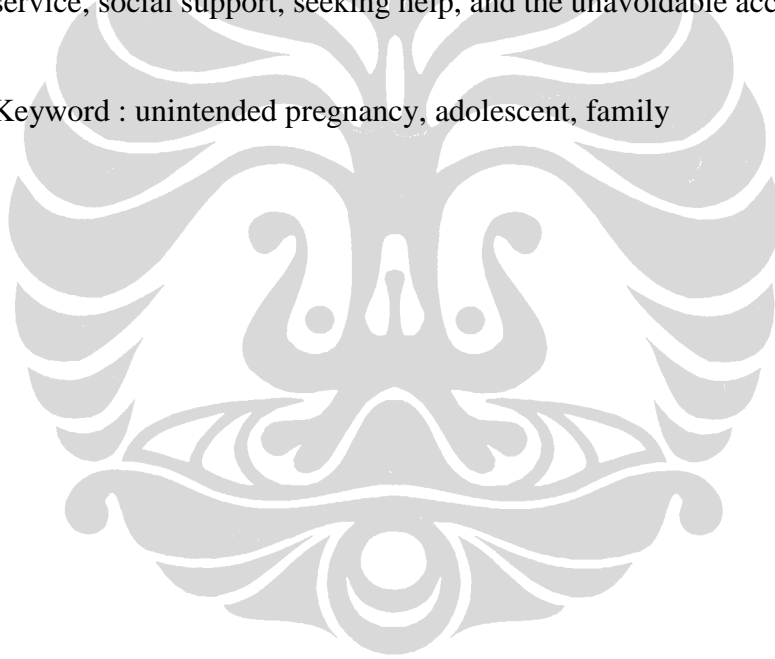
Kata kunci: Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), Remaja, Keluarga

Nama : Widyoningsih
Program Studi : Magistry of Community Nursing
Judul : Family Experience in caring for adolescent with unintended pregnancy in Cilacap regency, Central Java Province: Phenomenology Study

ABSTRACT

Adolescent with unintended pregnancy have physical stress, psychological stress, social stress, and financial stress. This study aims to understand the meaning of family experience in caring adolescents with unintended pregnancy. This study used descriptive phenomenology research design. Data was collected through in-depth interview on the 8 participants. Data were analyzed by Colaizzi techniques. The study produced eight themes: the factors that contribute to KTD, perceived family stress, preparing for marriage, prevent recurrence of KTD, quality of service, social support, seeking help, and the unavoidable acceptance.

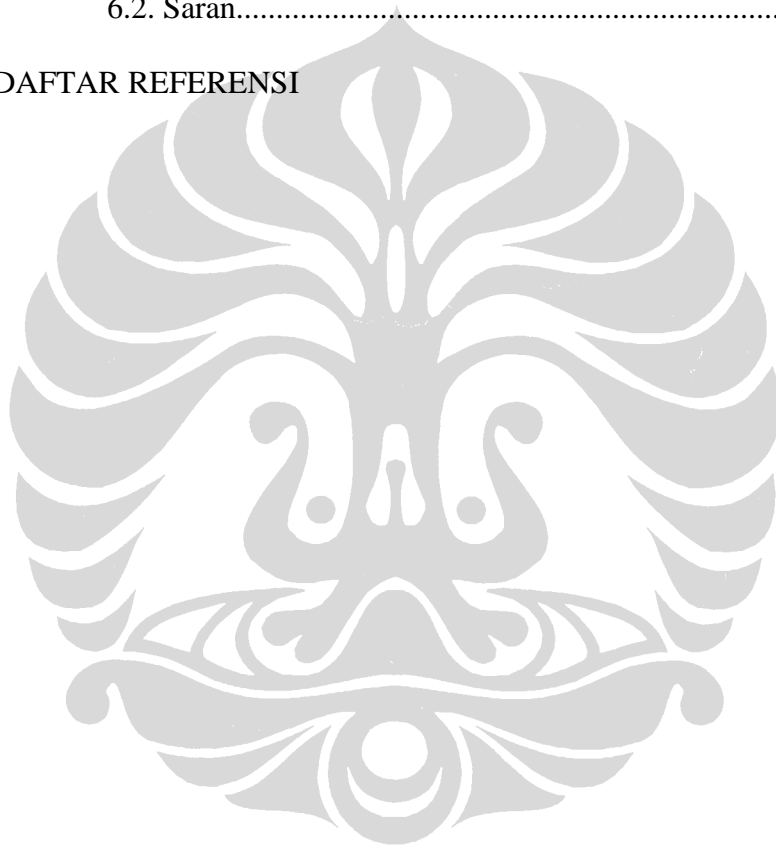
Keyword : unintended pregnancy, adolescent, family



DAFTAR ISI

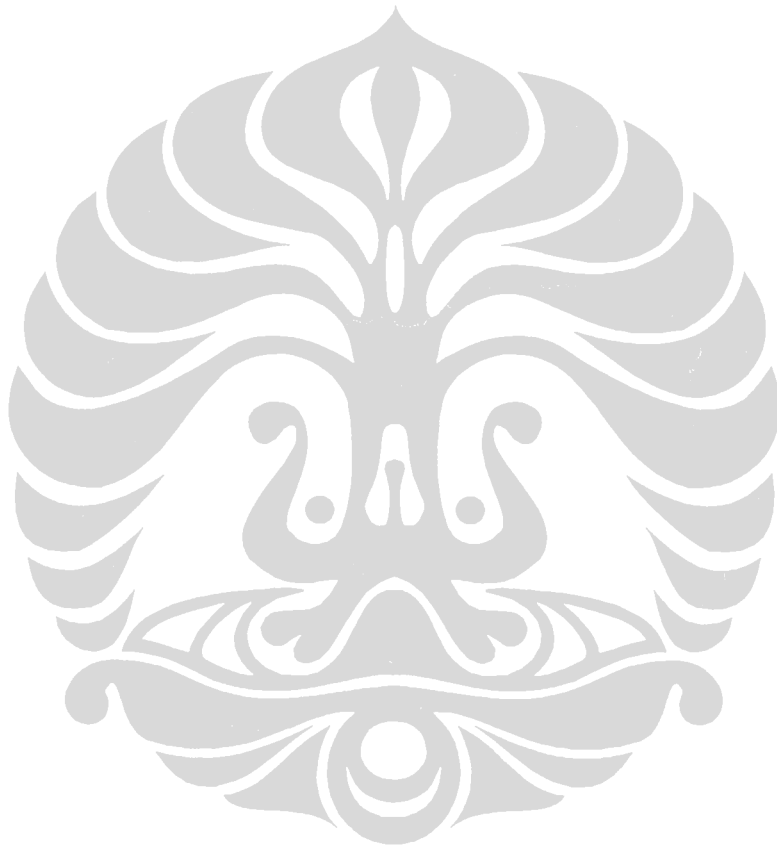
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.1. Rumusan masalah	14
1.2. Tujuan umum penelitian	15
1.3. Manfaat penelitian	16
BAB 2. TINJAUAN TEORI	
2.1. Remaja, Perkembangan dan Permasalahannya.....	17
2.3. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)	32
2.4. Remaja KTD dalam Konteks Perawatan Keluarga.....	63
2.5. Aplikasi Teori Model Sistem Neuman dalam Fenomena	80
BAB 3. METODE PENELITIAN	
3.1. Desain penelitian	84
3.2. Populasi dan sampel	86
3.3. Tempat dan waktu penelitian	88
3.4. Pertimbangan Etik Penelitian	90
3.5. Pengumpulan data	95
3.6. Pengolahan dan Analisis Data	99
3.7. Keabsahan Data	99
BAB 4. HASIL PENELITIAN	
4.1. Karakteristik Partisipan	102
4.2. Hasil Analisa Data Penelitian	103
4.2.1. Masalah yang Dihadapi Keluarga dalam Perawatan Anak Remaja KTD.....	104
4.2.2. Upaya Meningkatkan Hubungan dengan Keluarga dan Masyarakat.....	111
4.2.3. Kebutuhan Pelayanan dan Kebutuhan Support Keluarga	113

4.2.4. Strategi Memenuhi Kebutuhan Pelayanan dan Kebutuhan Support Keluarga	116
4.2.5. Arti dan Makna Keluarga Merawat Anak Remaja dengan KTD.....	121
BAB 5. PEMBAHASAN	
5.1. Interpretasi Data dan Diskusi Hasil	123
5.2. Keterbatasan Penelitian	148
5.3. Implikasi Keperawatan	149
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	
6.1. Simpulan	154
6.2. Saran.....	157
DAFTAR REFERENSI	



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 : Panduan Wawancara
- Lampiran 5 : Catatan Lapangan



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang karena suatu sebab keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu atau kedua calon orang tua bayi (Humas Pemerintah Kabupaten Pemalang, 2008). Sadik (1997) menyebutkan setiap tahunnya, dari 175 juta kehamilan yang terjadi di dunia terdapat sekitar 75 juta perempuan yang mengalami kehamilan tak diinginkan (dalam Zumrotin & Lestari, 2007). Menurut Henshaw (2010), 80% kehamilan remaja di Amerika adalah tidak diinginkan (dalam Maurer & Smith, 2010).

Jumlah KTD di Indonesia belum dapat ditentukan secara pasti. Jika ada, maka sifatnya hanya data regional di suatu daerah. Itupun tidak semua daerah dapat menunjukkan data tersebut. Biasanya data tersebut diperoleh dari pelaksanaan program kesehatan reproduksi remaja maupun data dari Persatuan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Data di beberapa daerah yang dapat diakses melalui internet contohnya adalah data dari Bali dan Pemalang serta data dari hasil penelitian Komnas Perempuan.

Data KTD dari Bali diperoleh melalui program Kita Sayang Remaja (Kisara) Bali. Kisara Bali mencatat, KTD di Bali mencapai 500 kasus selama September 2008 hingga September 2009. Rata-rata dalam satu bulan di Bali terdapat sekitar 41 kasus KTD. Data itu terungkap dari remaja yang melakukan konseling di Klinik Kisara Bali (Budiana, 2009). Sedangkan dari pelayanan KTD yang dilakukan PKBI Pemalang selama 10 bulan dari bulan Agustus 2007 sampai dengan bulan Mei 2008 menunjukkan adanya klien KTD sejumlah 145 orang (Humas Pemerintah

Kabupaten Pemalang, 2008). Di RS panti Rapih, dari tahun 2003 sampai pertengahan tahun 2005, terdapat 75 kasus KTD (Habsari & Hendarwan, 2006). Sedangkan data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan petugas KIA/KB Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Cilacap diperoleh data bahwa KTD pada tahun 2007: 52 kasus, tahun 2008: 98 kasus, tahun 2009: 71 kasus dan tahun 2010: 44 kasus.

KTD di kalangan perempuan yang belum menikah terjadi karena hubungan seks pra nikah yang dilakukan. KTD dan hubungan seks pra nikah merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan. *Base Line Survey* perilaku sex mahasiswa yang diadakan Pilar-PKBI Jawa Tengah pada April 2000 dengan responden 64 pria dan 63 wanita memperlihatkan bahwa 20,4% remaja sudah pernah melakukan hubungan seksual. Mereka melakukannya dengan pacar 69,2% dan dengan pekerja seks 42,3% (Pilar-PKBI Jawa Tengah 2000).

Membicarakan KTD tidak dapat lepas dari pembahasan aborsi, karena aborsi merupakan salah satu pilihan keputusan dalam mengatasi KTD selain keputusan melanjutkan kehamilan. Banyak hal yang menyebabkan seorang perempuan mengambil keputusan aborsi untuk mengatasi kehamilan yang tidak diinginkannya, antara lain karena perkosaan, kehamilan yang terlanjur datang pada saat yang belum diharapkan, janin dalam kandungan menderita cacat berat, kehamilan di luar nikah dan gagal KB (Susilo & Lestari, 2007). WHO (2000) mendefinisikan aborsi sebagai penghentian kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan atau kurang dari 22 minggu (dalam Susilo & Lestari, 2007).

Sebuah survey dilakukan oleh organisasi non pemerintahan Janani di Negara bagian Bihar dan Jharkand di India. Survey ini menunjukkan adanya aborsi yang dilakukan oleh 549 wanita usia 15-24 tahun di 16 klinik di daerah tersebut dari tahun 2007-2008 (Kalyanwala, Zavier, Jejeebhoy & Kumar, 2010). Di Amerika, KTD yang diakhiri dengan aborsi

mencapai 54% pada tahun 1994 dan 48% pada tahun 2001 (Finer & Henshaw, 2006).

Perkiraan jumlah aborsi di Indonesia setiap tahunnya cukup beragam. Hull, Sarwono dan Widyantoro (1993) memperkirakan antara 750.000 hingga 1.000.000 atau 18 aborsi per 100 kehamilan. Menurut Utomo dkk (2001) melalui sebuah studi terbaru yang diselenggarakan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia memperkirakan angka kejadian aborsi di Indonesia per tahunnya sebesar 2 juta (dalam Susilo & Lestari, 2007). Data dari Yayasan Kesehatan Perempuan menunjukkan dari bulan Januari hingga April 2009 angka permintaan aborsi mencapai 528 orang (Martha, 2009). Sedangkan menurut Muzayyanah (2009) kejadian aborsi di Indonesia adalah 2,3 juta per tahun.

KTD dapat dialami oleh pasangan yang sudah menikah maupun pasangan yang belum menikah (Humas Pemerintah Kabupaten Pematang, 2008). Tingkat KTD dan aborsi pada wanita yang tidak menikah lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita yang sudah menikah (Finer & Henshaw, 2006). Hasil penelitian tentang “Menguak Misteri di Balik Kesakitan Perempuan” yang dilakukan oleh Komnas Perempuan di DKI Jakarta dan DI Yogyakarta pada tahun 2005, ditemukan bahwa umumnya KTD dialami oleh perempuan muda yang belum menikah (Habsari & Hendarwan, 2006). Sehingga, dapat disimpulkan bahwa KTD lebih banyak dialami oleh perempuan yang belum menikah.

KTD di Kabupaten Pematang Jawa Tengah pada tahun 2008 berjumlah 145 kasus, dan 16%-nya (23 kasus) dialami oleh remaja (Humas Pemerintah Kabupaten Pematang, 2008). Di Bali, dari 41 kasus KTD yang ditemukan per bulan, semuanya adalah remaja (Budiana, 2009). Sedangkan data hasil wawancara dengan petugas KIA/KB DKK Cilacap, rata-rata jumlah KTD per tahun dari tahun 2007-2010 mencapai 66 kasus, dan semuanya dialami oleh remaja. Secara umum dapat disimpulkan

bahwa dari sekian kasus KTD pada perempuan yang belum menikah, kasus pada remaja sudah menunjukkan angka yang cukup memprihatinkan.

Efek KTD pada remaja jauh lebih berat jika dibandingkan dengan efek KTD pada kelompok usia yang lebih tua baik secara fisik, maupun psikologis. Hal ini terjadi karena pada masa remaja pertumbuhan dan perubahan fisik, kognitif dan psikologis belum optimal. Jika proses pertumbuhan dan perkembangan belum optimal, dan ditambah dengan adanya KTD, maka efek yang dirasakan akan jauh lebih berat.

Selain efek KTD yang secara fisik dan psikologis dirasakan oleh remaja, KTD yang berakhir dengan aborsi yang tidak aman ternyata merupakan salah satu penyumbang Angka Kematian Ibu (AKI) baik di dunia maupun di Indonesia. Menurut *Alan Guttmacher Institute* (1999), sekitar 13% (78.000) dari kematian ibu terjadi karena tindakan aborsi yang tidak aman (dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Menurut WHO (2000), aborsi tidak aman merupakan urutan ketiga penyebab kematian ibu di dunia dan 15-20% kematian ibu disebabkan oleh infeksi karena aborsi. Selain itu, sekitar 90% dari jumlah aborsi ini ternyata terjadi akibat kehamilan yang tidak diinginkan (Martha, 2009). Analisis lebih jauh data SKRT 1995 menyebutkan aborsi berkontribusi terhadap 11,1% dari kematian ibu di Indonesia, atau satu dari sembilan kematian ibu (Susilo & Lestari, 2007).

Gunawan (2000) mengatakan bahwa tidak pernah tersedia data yang pasti mengenai jumlah aborsi di Indonesia disebabkan tidak dapat dilakukan pencatatan data mengenai tindakan aborsi terutama yang diselenggarakan secara tidak aman. Akibatnya, aborsi tidak aman tidak pernah tercatat sebagai penyebab resmi kematian ibu, karena terselubung dalam perdarahan dan infeksi, dua kategori penyebab yang mengakibatkan lebih dari separuh (55%) kematian ibu (dalam Susilo & Lestari, 2007).

Berdasarkan laporan Biro Pusat Statistik (BPS) tahun 2006, AKI di Indonesia adalah 262/100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2007 adalah 248/100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2008 adalah 235 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun AKI di Indonesia mengalami penurunan, namun masih tergolong tinggi (Susilo & Lestari, 2007; Harahap, 2010).

Tingginya AKI di Indonesia yang antara lain diduga karena aborsi yang tidak aman telah menarik banyak individu dan organisasi pemerhati kesehatan reproduksi perempuan memberikan perhatian khusus kepada permasalahan ini. Salah satu diantaranya adalah Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP). YKP merupakan sebuah organisasi berdomisili di Jakarta yang didirikan pada tahun 2001 oleh individu dan aktivis perempuan yang mempunyai kepedulian terhadap kesehatan perempuan, khususnya kesehatan reproduksi. Saat ini YKP memfokuskan kegiatannya pada upaya terwujudnya suatu kondisi masyarakat Indonesia dimana perempuan mampu memanfaatkan hak-hak reproduksinya tanpa rasa takut, diskriminasi dan tekanan dari pihak manapun. Upaya tersebut termasuk tersedianya akses perempuan terhadap pelayanan penghentian KTD yang aman dan berkualitas, walaupun pemerintah masih melarang praktik aborsi yang legal.

Disamping itu, terdapat juga Komnas Perempuan. Komnas Perempuan adalah organisasi atau lembaga independen tingkat nasional yang bertugas menciptakan kondisi yang kondusif bagi penghapusan segala bentuk kekerasan terhadap perempuan dan memperjuangkan hak-hak azasi perempuan Indonesia. Lembaga ini sebenarnya bernama Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan, namun lebih dikenal dalam masyarakat dengan nama Komnas Perempuan. Lembaga ini dibentuk pada tahun 1998 dengan dasar Keputusan Presiden no. 181 tahun 1998 (*Voice of Indonesia*, 2009).

Pada tahun 2005 Komnas Perempuan melakukan penelitian tentang “Menguak Misteri di Balik Kesakitan Perempuan”, suatu kajian tentang Dampak Kekerasan terhadap Perempuan di Propinsi DKI Jakarta dan di Propinsi DI Yogyakarta. Salah satu penemuannya adalah bahwa dari berbagai macam kesakitan reproduksi, KTD merupakan kesakitan reproduksi yang terbanyak ditemui (Habsari & Hendarwan, 2006).

Pemerintah juga sebenarnya tidak tinggal diam dalam menghadapi permasalahan ini. Upaya pemerintah dalam menanggulangi KTD dilakukan dengan melalui upaya preventif. Pemerintah mengeluarkan kebijakan pendidikan kesehatan reproduksi melalui penyuluhan dan seminar oleh BKKBN, buku saku dan dirumuskan dalam kurikulum formal maupun non formal, termasuk di dalamnya adalah pendidikan seks. Pada faktanya, pelaksanaan pendidikan seks pada remaja justru memarakan seks bebas itu sendiri. Program pendidikan seksual yang komprehensif tidak hanya mencakup fakta-fakta biologis, tapi juga menyuguhkan informasi dan ketrampilan praktis kepada para pemuda mengenai soal berkencan, hubungan seks, dan penggunaan kontrasepsi. Dari segi muatan (materi), pendidikan seks memberikan gambar dan penjelasan vulgar, provokatif (keinginan untuk mencoba), serta tidak tepat sasaran (lebih tepat untuk pasutri) (Muzayyanah, 2009).

Bertepatan dengan hari AIDS se-dunia, di Bogor Jawa Barat, pemerintah pernah membagi-bagikan kondom gratis. Sebanyak 282 boks kondom dibagi-bagikan secara gratis oleh Dinas Kesehatan bekerja sama dengan *Global Pants* serta Dinas Kesehatan dan Kebudayaan kota Bogor kepada hotel-hotel, losmen, serta wisma. Pemerintah juga mendirikan sejumlah ATM kondom yang disebar di beberapa daerah di kota-kota besar. Namun solusi ini justru memicu permasalahan lain yang lebih besar berupa maraknya perzinahan di kalangan remaja, prostitusi remaja, serta menjamurnya tempat hiburan dan diskotik (Muzayyanah, 2009).

Efek KTD pada remaja menempatkan remaja dengan KTD sebagai *vulnerable population*. Kelompok *vulnerable* adalah satu atau beberapa kelompok yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan, lebih mudah untuk mengalami kondisi buruk atau rentang kehidupan yang lebih pendek akibat semua kondisi tersebut (Maurer & Smith, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) mendefinisikan *vulnerable population* sebagai kelompok sosial yang mempunyai risiko relative yang tinggi atau kerentanan untuk mendapatkan outcome kesehatan yang negative. Anggota kelompok *vulnerable* sering mempunyai *cumulative risk* atau kombinasi dari beberapa factor risiko yang membuat mereka lebih sensitive terhadap efek buruk dari factor risiko individu.

Remaja yang hamil merupakan klien obstetric yang berisiko tinggi. Remaja hamil juga sering mengekspresikan sikap yang tidak realistis yang dapat ditunjukkan di sekolah, tempat kerja, proses *parenting*, dan proses sosialisasi. Remaja yang mengalami KTD, mengalami beberapa perlakuan baik dari pihak laki-laki, keluarga maupun masyarakat secara umum. Remaja perempuan lebih banyak mendapatkan tekanan sosial daripada remaja laki-laki. Sikap sosial terhadap remaja laki-laki cenderung fleksibel dan hak pendidikan bagi remaja laki-laki lebih dipertahankan dari pada remaja perempuan (PKBI, 2005). Yayah Khisbiyah (1990) juga mengatakan remaja perempuan lebih mempercayakan permasalahannya kepada orang yang memang dapat mereka percaya dan dapat menyediakan perlindungan dan dukungan. Remaja perempuan yang mengalami KTD memandang diri mereka keluar dari definisi ideal dan menyalahi struktur normative keluarga dari sudut pandang sosial dan agama. Hal ini menyebabkan ketakutan, kebingungan, stress, rasa malu, rasa bersalah dan bahkan depresi. Mereka akan lebih cenderung mencari layanan yang aman secara sosial dari pada aman secara kesehatan fisik (dalam PKBI, 2005).

Penelitian Thongchompo, (1999); Vongjinda, (2004) menemukan bahwa remaja yang mengalami KTD sebelum menikah menghadapi berbagai

masalah dan mengalami perasaan seperti terkejut, takut, merasa bersalah, marah, malu, frustrasi, depresi, kesal, stress, cemas, bingung, malu, terhina, rewel, *moody*, dan kecewa. Gabrielson, Klerman, Currie, Tyler dan Jekel (1970), juga mengatakan bahwa remaja belum cukup matang untuk menyelesaikan masalah dengan tepat. Beberapa remaja akan mempertimbangkan bahkan mungkin akan berusaha untuk melakukan bunuh diri (dalam Neamsakul, 2008).

Penelitian yang membandingkan tingkat depresi dan kecemasan pada remaja dan orang dewasa yang menjadi ibu telah dilakukan oleh Piyasil pada tahun 1998 di bangsal Rajvithi Hospital Bangkok. Hasil penelitian tersebut adalah adanya prevalensi tingkat depresi yang lebih tinggi pada remaja yang menjadi ibu (23%) jika dibandingkan dengan perempuan dewasa yang menjadi ibu (12%). Penelitian tersebut juga menemukan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan di antara 2 kelompok umur (dalam Neamsakul, 2008).

Remaja yang hamil merasakan dampak terhadap pendidikannya baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan. Dampak tersebut meliputi: dikeluarkan atau tidak tamat dari sekolah dan menjadi pengangguran. Ketergantungan mereka terhadap orang tua juga semakin lama. Pada akhirnya remaja menjadi beban ekonomi bagi keluarga mereka dan bagi masyarakat pada umumnya. Isanurung dan *colega* (2006) mengatakan bahwa remaja yang hamil juga mempunyai pendapatan keluarga yang tidak memadai, tidak mempunyai rumah sendiri, single parents, dan jarang berkonsultasi dengan pemberi pelayanan kesehatan (dalam Neamsakul, 2008). Remaja yang hamil akhirnya terjebak dalam lingkaran kemiskinan, kegagalan sekolah, dan keterbatasan menentukan pilihan untuk dirinya (Stanhope & Lancaster, 2004).

Jika perempuan dengan KTD memutuskan untuk menerima dan melanjutkan kehamilannya, maka tahap selanjutnya adalah perempuan

tersebut harus mulai melakukan perawatan yang penting untuk kehamilannya. Namun, banyak kejadian remaja terlambat mencari pelayanan untuk kehamilannya. Cartwright et.al. (1993) mengatakan beberapa remaja terlambat mencari pelayanan kehamilan karena mereka gagal untuk mengenali tanda-tanda kehamilan seperti payudara yang mengencang dan keterlambatan haid. Remaja juga terlambat mencari pelayanan untuk menjaga agar kehamilan tetap menjadi rahasia bagi anggota keluarga, yang mungkin akan menekan remaja untuk mengakhiri kehamilan ataupun karena takut terhadap pemeriksaan ginekologi (dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Cartoof, et.al. (1991), Van Winter dan Simarnoos (1990) juga mengatakan beberapa hal lain yang menjadi penghalang bagi remaja untuk mengawali pelayanan pre natal adalah: biaya perawatan, masih adanya perasaan pengingkaran terhadap kehamilan, takut untuk mengatakan kepada orang tua, adanya perasaan tidak suka terhadap pemberi pelayanan kesehatan, dan sikap *offensiv* dari petugas klinik (dalam Stanhope & Lancaster 2004).

Keterlambatan mencari pelayanan kesehatan terhadap kehamilannya juga dapat berakibat terhadap kesehatan bayi yang dikandungnya. Menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2000) remaja mempunyai peluang yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan Berat Badan (BB) kurang dari 5,5 pond sebelum umur kehamilan 37 minggu jika dibandingkan wanita dewasa. Pada tahun 1998 di Amerika, bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) mencapai 9,5% dari semua bayi yang dilahirkan oleh remaja (Stanhope & Lancaster, 2004).

Kematian dan kesakitan bayi post-neonatal juga lebih tinggi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu yang masih remaja. Morris dan *colega* (1993) menemukan bahwa setelah mengontrol BBL bayi, tingkat kematian bayi post-neonatal dua kali lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu yang berumur kurang dari 17 tahun dibandingkan pada bayi yang lahir dari ibu yang lebih tua. Insiden *Sudden Infant Death Syndrom* (SIDS) juga lebih

tinggi pada bayi yang lahir dari ibu yang masih remaja. Bayi mereka juga mengalami kesakitan dan injuri yang lebih sering (dalam Neamsakul, 2008).

Selain kesehatan fisik bayi yang terganggu, kesehatan psikologis bayi yang dilahirkan oleh remaja KTD juga berisiko mengalami gangguan. Diehl (1997) mengatakan remaja sering kehilangan kepercayaan diri dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk membangun interaksi yang positif dengan bayinya (Stanhope & Lancaster, 2004). Thompson, et.al, (1995); Ladewig, et.al. (2006), juga mengatakan bahwa remaja yang menjadi ibu berisiko besar untuk mengalami kekerasan dalam rumah tangga dan bayi mereka juga berisiko mengalami *child abuse* (dalam Neamsakul, 2008).

Remaja yang hamil juga berisiko tinggi mengalami Penyakit Menular seksual (PMS) karena kemungkinan tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti kondom ketika melakukan hubungan seksual. Gaya hidup remaja juga tidak memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang baik. *Fast food*, seringnya makan snack, dan padatnya jadwal kegiatan sosial membatasi remaja memilih makanan yang bernutrisi baik. Pola makan remaja yang buruk dan kebutuhan nutrisi untuk kehamilan dan pertumbuhan remaja itu sendiri dapat mengakibatkan remaja kekurangan zat gizi termasuk vitamin dan mineral yang dibutuhkan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Munculnya permasalahan fisik dan psikologis akibat KTD pada remaja, membutuhkan serangkaian intervensi keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Intervensi keperawatan melalui pendidikan kesehatan dan identifikasi dini masalah dapat secara dramatis mengubah jalannya kehamilan dan hasil dari kelahiran. Peran perawat dapat dilaksanakan baik melalui pencegahan primer, sekunder maupun tersier. Pencegahan primer dapat berupa mengajarkan tentang aktivitas seksual yang akan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Pencegahan sekunder dapat dilakukan

dengan memberikan pelayanan berupa deteksi dini adanya kehamilan remaja. Sedangkan pencegahan tersier dilakukan dengan cara konseling terhadap wanita/pria muda atau pasangan muda tentang beberapa pilihan yang dapat diperoleh, termasuk memelihara bayi dan membuat rencana yang sesuai untuk merawat bayi, pilihan aborsi ataupun adopsi (Stanhope & Lancaster, 2004).

Intervensi keperawatan yang dilakukan hendaknya melibatkan keluarga dan bukan hanya remaja yang mengalami KTD, karena keluarga adalah salah satu support system dari remaja. Besarnya pengaruh keluarga dalam menghadapi KTD anak dapat digambarkan dari beberapa hasil penelitian berikut. PKBI (2005) menyebutkan bahwa pilihan-pilihan yang dibuat oleh remaja perempuan dalam menghadapi KTD adalah pilihan yang “dibuatkan” oleh kekuasaan keluarga dan atau pasangannya. Beberapa pilihan yang mungkin diputuskan oleh keluarga adalah melanjutkan kehamilan dengan menikah atau tidak menikah, melanjutkan kehamilan dengan merawat sendiri anak yang dilahirkan atau menjadikan anak tersebut sebagai anak adopsi, atau pilihan yang sebenarnya sangat tidak diharapkan adalah aborsi.

Penelitian yang dilakukan oleh Komnas Perempuan pada tahun 2005 juga menggambarkan bagaimana seorang wanita akhirnya menggugurkan kandungannya dan mendapat dukungan dari sang ibu, bahkan sang ibu mendampingi saat proses aborsi berlangsung (Habsari & Hendarwan, 2006). Penelitian yang lain dilakukan oleh Vongjinda (2004) yang bertujuan untuk memahami pengalaman kehamilan pertama pada remaja di klinik prenatal RS Kamphaensan, propinsi Nakornprathom, Thailand. Hasil dari penelitian ini adalah bahwa factor yang berhubungan dengan diterima atau tidaknya kehamilan antara lain adalah makna yang telah diberikan terhadap kehamilan dan reaksi dari orang-orang terdekat (dalam Neamsakul, 2008). Keluarga termasuk orang terdekat dengan remaja. Pemberian makna terhadap kehamilan dan reaksi keluarga terhadap

kehamilan terutama yang tidak diinginkan menjadi sangat penting dalam pengambilan keputusan menghadapi KTD. Keluarga yang memahami bahwa si bayi adalah makhluk yang tidak berdosa tentu tidak akan menyetujui pengambilan keputusan aborsi. Bagi keluarga yang memahami ini, aborsi hanya akan menambah dosa zina yang mengakibatkan KTD dengan dosa pembunuhan bayi yang mungkin lebih besar.

Penelitian Meng-Chih Lee (2001) juga menunjukkan betapa besar peran keluarga dalam menghadapi KTD anak. Hasil penelitian tersebut menyebutkan beberapa factor risiko yang mempengaruhi secara signifikan terhadap proses menanti kelahiran pada remaja antara lain adalah *single parent family*, disfungsi keluarga, pendidikan ibu yang tidak adekuat, hubungan dengan orang tua yang tidak baik dan kekerasan dalam keluarga (dalam Neamsakul, 2008). Adanya pengaruh keluarga dalam kehamilan remaja juga terlihat dari konsep yang diungkapkan oleh Perrin dan Dorman (2003). Menurutnya, terdapat 100 prekursor kehamilan remaja. Prekursor tersebut antara lain meliputi: kerusakan ekonomi; struktur keluarga; sikap dan perilaku keluarga, teman sebaya dan partner; *menarche* awal, dan perubahan biofisik yang lain; dikeluarkan dari sekolah; dan sikap dan perilaku remaja berisiko (dalam Edelman & Mendle, 2006).

Fenomena bagaimana keluarga merawat anggota keluarga dengan penyakit maupun kondisi yang membutuhkan kekuatan mental yang besar karena menyangkut aib keluarga antara lain dapat dilihat pada perawatan anggota keluarga dengan HIV/AIDS. Penelitian yang dilakukan oleh Kimemia (2003) menggambarkan adanya stress yang tinggi pada anggota keluarga yang merawat karena makna sosial yang terkait dengan HIV/AIDS dan sifat virus yang sangat infeksius. Penelitian yang dilakukan oleh Vithayachokitikhun (2009) di Thailand juga menggambarkan bagaimana pengalaman pemberi pelayanan yang umumnya adalah anggota keluarga dalam merawat penderita HIV/AIDS. Hasil penelitian menggambarkan dampak negatif dari perawatan tersebut yaitu adanya stress fisik,

emosional, dan finansial yang dirasakan oleh pemberi pelayanan, adanya perubahan kebutuhan dan kesehatan dari pemberi pelayanan yang pada akhirnya merubah gaya hidup mereka, serta adanya stigma yang buruk terkait HIV/AIDS menjadi penghalang bagi pemberi pelayanan untuk mencari dukungan.

Pengalaman keluarga dalam merawat anak yang mengalami KTD menjadi hal yang sangat berarti bagi keluarga itu sendiri maupun bagi keluarga yang lain. Pengalaman keluarga tersebut dapat dijadikan contoh dan bahan evaluasi bagi keluarga, masyarakat maupun perawat komunitas. Mengingat tingginya tingkat kerentanan remaja baik dari aspek bio, psiko, sosial, cultural dan spiritual, serta kompleksnya dampak yang ditimbulkan baik bagi remaja itu sendiri, keluarga maupun masyarakat, maka peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam tentang pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan pada anak remaja dengan KTD.

Penelitian tentang pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD dilakukan dengan metode kualitatif. Metode ini digunakan karena penelitian ini berusaha menggambarkan dan menjelaskan issue yang kompleks yang berhubungan dengan keperawatan (Gangeness & Yurkovich 2006; Luck et. al. 2006; dalam Anthony & Jack, 2009). Metode ini juga digunakan karena tujuannya adalah untuk mendapatkan data yang mendalam, yaitu data yang mengandung makna (Sugiyono, 2010). Disamping itu, metode ini digunakan karena penelitian ini berusaha menggali pengalaman yang merupakan hal yang abstrak, subyektif dan unik. Penelitian ini berusaha menggali pengalaman partisipan tentang bagaimana merawat anak remaja dengan segala masalah bio, psiko, sosial dan spiritual akibat KTD yang dialaminya.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini digunakan karena penelitian ini bertujuan untuk memahami pengalaman hidup sepenuhnya dan persepsi yang diberikan terhadap pengalaman itu oleh partisipan (Polit & Beck, 2008).

Creswell (1998) mengatakan bahwa penelitian fenomenologi menggambarkan makna pengalaman hidup beberapa orang tentang suatu konsep atau fenomena. Penelitian ini akan menggali pengalaman keluarga merawat anak dengan KTD serta makna yang diberikan oleh partisipan terhadap pengalaman tersebut.

1.2. Perumusan Masalah

Kehamilan tidak diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang karena suatu sebab keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu atau kedua calon orang tua bayi. KTD umumnya banyak dialami oleh perempuan yang belum menikah, dan sebagian berusia remaja.

Efek KTD yang dirasakan oleh remaja dapat meliputi efek bio, psiko, sosial maupun spiritual. Efek yang dirasakan oleh remaja jauh lebih berat daripada efek yang dialami oleh golongan umur yang lebih tua. Hal itu terjadi karena secara bio, psiko, sosial maupun spiritual, pertumbuhan dan perkembangan remaja belum optimal yang dapat menyebabkan remaja masih sangat tergantung dengan keluarganya.

KTD remaja secara psikologis menimbulkan gangguan yang sangat berat. Hal itu didukung karena perkembangan psikologis, mental dan kognitif yang belum optimal. Stress, depresi bahkan risiko bunuh diri dapat dialami oleh remaja KTD. Kondisi remaja yang sedang dalam masa pertumbuhan terutama terkait organ reproduksinya juga dapat menyebabkan gangguan dalam proses kehamilan dan kelahiran. Hipertensi pada kehamilan, disproporsi cephalopelvis, kelahiran premature dan *prolonged labour* merupakan beberapa gangguan kesehatan yang dapat muncul. Gangguan kesehatan juga dapat dialami oleh janin atau bayi yang akan dilahirkannya. BBLR dan SIDS merupakan contoh gangguan kesehatan yang dapat dialami janin atau bayi dari remaja KTD.

Kondisi krisis ini membutuhkan dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat remaja untuk menyelesaikannya. Keluarga sebagai support sistem utama bagi remaja memegang peranan yang sangat penting dalam membantu remaja melewati masa krisis ini.

Perawat keluarga memandang kondisi ini sebagai focus perawatan yang harus segera ditangani dalam rangka membantu keluarga dan remaja menyelesaikan segala permasalahan baik bio, psiko, sosial maupun spiritual yang dihadapi. Pengalaman keluarga dalam melewati masa ini perlu dieksplorasi lebih dalam agar dapat diambil manfaatnya bagi keluarga lain yang mempunyai masalah yang sama, atau bagi perkembangan pelayanan keperawatan. Karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan anak dengan KTD.

1.3. Tujuan Penelitian

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk menggali arti dan makna pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan anak dengan KTD, dengan tujuan khususnya:

- 1.3.1. Teridentifikasinya masalah kesehatan yang dihadapi keluarga dalam perawatan anak dengan KTD
- 1.3.2. Teridentifikasinya upaya keluarga dalam mempertahankan, mengembangkan dan mendukung hubungan keluarga dan anak dengan KTD dalam keluarga dan hubungan sosial masyarakat
- 1.3.3. Teridentifikasinya kebutuhan pelayanan dan sumber support keluarga selama menghadapi KTD anak.
- 1.3.4. Teridentifikasinya strategi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pelayanan dan sumber support keluarga dengan anak yang mengalami KTD

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang masalah kesehatan, kebutuhan pelayanan dan support sosial pada remaja KTD dan keluarganya. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan gambaran tentang strategi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pelayanan, pilihan strategi dalam mengatasi masalah interaksi sosial dengan masyarakat dan mengatasi hambatan yang ada. Di samping itu juga diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai cermin bagi keluarga bahwa mencegah anak dari pergaulan bebas mutlak dilakukan agar terhindar dari KTD.

1.4.2. Bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan panduan bagi pelayanan keperawatan pada keluarga dengan anak remaja KTD dalam menggali permasalahan, mengidentifikasi kebutuhan pelayanan serta intervensinya pada keluarga dengan anak remaja KTD.

1.4.3. Bagi pendidikan dan perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan keilmuan tentang gambaran pelayanan perawatan yang dibutuhkan pada keluarga dengan anak remaja KTD.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Remaja, Perkembangan dan Permasalahannya

Remaja adalah periode transisi antara anak-anak dan dewasa, sebuah waktu dimana terjadi perubahan biologis, intelektual, psikososial, dan ekonomi yang sangat besar. (Wong, 2008). Selama periode ini individu mencapai kematangan fisik dan seksual, mengembangkan kemampuan berargumentasi, dan membuat keputusan terkait pendidikan dan pekerjaan yang akan memantapkan karir kedewasaan mereka.

Berdasarkan teori perkembangan, Muscari, ME (2000) menyebutkan remaja sebagai anak dengan kategori usia 12 – 21 tahun. Sedangkan masa remaja menurut Wong (2008) dibagi menjadi 3 subfase yaitu: early adolescent (11 – 14 tahun), middle adolescent (15 – 17 tahun) dan late adolescent (18 – 20 tahun). Penelitian ini akan menggali pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD yang berusia 11-20 tahun. Setiap tahap mempunyai ciri perkembangan tersendiri, yang akan dibahas lebih lanjut pada sub bahasan berikut.

2.1.1. Perubahan Biologis, Psikologis, Emosi, Kognitif

a. Perubahan Biologis

Perkembangan biologis pada remaja terdiri atas pertumbuhan fisik dan perkembangan karakteristik seks primer dan sekunder. Pertumbuhan fisik meliputi pertumbuhan Tinggi Badan (TB) dan Berat Badan (BB) yang sangat cepat serta adanya perlambatan pertumbuhan linear yang tiba-tiba khususnya pada remaja putri. Perkembangan karakteristik seks primer adalah pertumbuhan terkait organ eksternal dan internal yang melaksanakan fungsi reproduksi, misalnya ovarium, uterus,

payudara dan penis. Sedangkan perubahan karaktersitik seks sekunder merupakan perubahan yang terjadi di seluruh tubuh sebagai hasil dari perubahan hormonal tetapi tidak berperan langsung dalam reproduksi, misalnya perubahan dalam laring dan suara pada laki-laki dan massa otot pada perempuan (Wong, 2008).

Terkait kematangan seks, pada remaja putri terjadi perubahan payudara, pertumbuhan rambut pubis, penampakan rambut aksila, dan menstruasi yang biasanya dimulai pada 2 tahun setelah munculnya tanda pertama pubertas. Sedangkan pada remaja putra terjadi perubahan berupa pembesaran testis, tumbuh rambut pubis, rambut aksila, kumis, bulu pada wajah dan bagian tubuh lainnya. Rambut pada wajah biasanya muncul kira-kira 2 tahun setelah penampakan rambut pubis (Wong, 2008).

Perubahan-perubahan tersebut di atas secara fisiologis timbul diawali karena perubahan hormonal dalam tubuh remaja. Perubahan tersebut juga yang menyebabkan pada usia remaja mulai tumbuh dorongan seksual terhadap lawan jenis. Jika perubahan ini tidak diimbangi dengan kontrol dari orang tua dan lingkungan, maka dapat mengarah ke perilaku berisiko seperti seks pra nikah. Seks pra nikah merupakan salah satu penyebab timbulnya KTD pada remaja.

b. Perkembangan Psikososial

Perkembangan psikososial remaja meliputi perkembangan identitas diri, identitas kelompok, identitas peran seksual dan emosionalitas. Krisis perkembangan pada masa remaja menghasilkan terbentuknya identitas. Pada masa remaja,

mereka mulai melihat dirinya sebagai individu yang berbeda, unik dan terpisah dari yang lain (Wong, 2008).

Periode remaja awal dimulai dengan “awitan” pubertas dan berkembangnya stabilitas emosional dan fisik. Hal ini terjadi pada saat atau menjelang lulus dari SMU. Remaja pada tahap awal harus mampu memecahkan masalah terkait hubungan dengan teman sebaya sebelum mampu menjawab pertanyaan tentang siapa diri mereka dalam kaitannya dengan keluarga dan masyarakat. Selama tahap remaja awal, tekanan untuk memiliki suatu kelompok semakin kuat. Remaja menganggap bahwa memiliki kelompok adalah hal yang penting karena mereka merasa menjadi bagian dari kelompok dan kelompok dapat memberi mereka status. Menjadi individu yang berbeda menyebabkan remaja tidak diterima dan diasingkan dari kelompok. Orang yang penting bagi remaja mengharapkan perilaku tertentu dimiliki oleh remaja (Wong, 2008). Akhirnya remaja menjadi seperti yang diharapkan oleh orang yang mereka anggap penting. Jika orang penting bagi remaja adalah kelompok teman sebayanya, maka remaja pun akan menjadi seperti orang yang diharapkan oleh kelompoknya. Mengingat besarnya pengaruh kelompok bagi perkembangan remaja, maka penting untuk ikut mengawasi kelompok teman sebaya remaja.

Selama masa remaja awal, kelompok teman sebaya mulai mengarahkan harapan pada hubungan heteroseksual. Remaja dihadapkan pada harapan terhadap perilaku peran seksual yang matang baik dari teman sebaya maupun orang dewasa (Wong, 2008). Hal inilah yang mendukung perilaku seks pra nikah remaja, jika remaja bergaul dengan teman sebaya dengan perilaku tersebut.

Status emosional remaja juga masih terombang-ambing antara perilaku yang sudah matang dengan perilaku seperti anak-anak. Akibat emosi yang mudah berubah ini, remaja sering dijuluki sebagai orang yang tidak stabil, tidak konsisten dan sulit diterka (Wong, 2008). Emosi yang belum matang ini menyebabkan remaja perlu dukungan dalam mengambil keputusan menghadapi berbagai masalah yang ada, termasuk pengambilan keputusan terhadap KTD yang dialaminya. Walaupun pada remaja akhir remaja lebih dapat mengendalikan emosinya.

c. Perkembangan Kognitif

Pada masa ini pemikiran remaja tidak hanya dibatasi pada hal-hal yang konkret dan actual saja. Mereka dapat membayangkan suatu rangkaian peristiwa yang mungkin terjadi, dan akibatnya. Pikiran mereka dapat dipengaruhi oleh prinsip-prinsip logis, dan tidak hanya persepsi atau pengalaman mereka sendiri. Remaja juga mampu berpikir tentang kemungkinan yang dipikirkan oleh orang lain. Mereka ingin tahu apa pendapat orang lain tentang dirinya. Kemampuan mereka untuk membayangkan dan menginterpretasikan apa yang dipikirkan orang lain semakin meningkat (Wong, 2008).

Remaja dengan kemampuan kognitif seperti ini sebenarnya sudah mengetahui beberapa hal yang bisa ditimbulkan dari perilaku berisiko yang dilakukannya, termasuk perilaku seks pra nikah. Ketika melakukan seks pra nikah, secara logis mereka sebenarnya mengetahui kemungkinan yang bakal terjadi. Namun perilaku tersebut tetap dilakukan karena berbagai macam hal, diantaranya : memperoleh sensasi yang menyenangkan, memuaskan dorongan seksual, memuaskan rasa keingintahuan, sebagai tanda penaklukan, sebagai ekspresi

rasa sayang, atau karena mereka tidak mampu untuk menahan tekanan penyesuaian diri dengan kelompok (Wong, 2008).

d. Perkembangan Moral

Perkembangan ini ditandai dengan adanya pemahaman tentang tugas dan kewajiban. Mereka juga dapat memahami konsep peradilan, penetapan hukuman, kesalahan, dan perbaikan terhadap kesalahan yang telah dilakukan. Mereka sering mempertanyakan adanya peraturan moral yang ditetapkan yang tidak sesuai dengan kenyataan. Pertanyaan ini timbul karena adanya observasi remaja bahwa di satu sisi peraturan secara verbal berasal dari orang dewasa tetapi di sisi lain, orang dewasa ini tidak mematuhi peraturan yang mereka katakan (Wong, 2008).

Perkembangan moral seperti ini menuntut orang tua dan orang yang diharapkan bisa menjadi panutan remaja untuk konsisten dengan aturan, norma atau nilai yang telah ditetapkan dan dipatuhi bersama. Konsistensi ini akan menuntut remaja untuk mematuhi aturan, norma atau nilai yang ada termasuk nilai-nilai dalam pergaulan antar lelaki dan perempuan. Jika mereka melihat orang dewasa atau orang yang mereka anggap sebagai panutan melanggar aturan/norma ini, maka mereka juga akan melakukan hal yang sama.

e. Perkembangan Spiritual

Sebagian besar remaja memikirkan terhadap pernyataan yang tidak logis atau ideologis yang bertentangan dengan pemikirannya. Remaja mungkin menolak aktivitas ibadah yang formal, namun mereka melakukan ibadah secara individual dengan privasi di dalam kamar mereka sendiri. Mereka mungkin memerlukan eksplorasi terhadap konsep keberadaan

Tuhan dan membandingkan agama mereka dengan orang lain. Hal ini dapat menyebabkan mereka mempertanyakan keyakinan mereka sendiri, namun pada akhirnya dapat menghasilkan perumusan dan penguatan spiritualitas mereka sendiri (Wong, 2008).

Perkembangan spiritualitas remaja memungkinkan diterapkannya nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-hari. Penanaman nilai-nilai agama sejak dini akan membentengi remaja terhadap pengaruh nilai buruk dari luar. Penanaman nilai agama di keluarga menjadi sangat penting, karena keluarga adalah wahana pendidikan yang pertama sebelum remaja terjun ke masyarakat.

f. Perkembangan Sosial

Masa remaja adalah masa dengan kemampuan sosialisasi yang kuat. Terkait perkembangan sosial, remaja ingin dewasa dan bebas dari orang tua. Penerimaan oleh teman sebaya, beberapa teman dekat, dan jaminan rasa cinta dari keluarga yang mendukung merupakan syarat-syarat untuk proses kematangan interpersonal (Wong, 2008).

Selama masa remaja, hubungan antara orang tua-anak berubah dari hubungan perlindungan-ketergantungan ke hubungan saling menyayangi dan persamaan hak. Pada saat remaja menuntut hak mereka, sering hal ini menimbulkan ketegangan di dalam rumah. Mereka menentang kendali orang tua, dan dari sini konflik dapat muncul (Wong, 2008). Konflik dapat diatasi antara lain dengan menyeimbangkan antara kebebasan dan tanggung jawab.

Berikut akan dipaparkan pendapat Wong (2000) tentang hubungan dan percintaan pada masa remaja. Selama masa remaja, hubungan dengan lawan jenis merupakan hal baru yang penting. Jenis dan tingkat keseriusan hubungan sangat bervariasi. Tahap awal hubungan biasanya tidak memiliki komitmen. Perasaan tertarik dengan lawan jenis merupakan perasaan pelekatan yang kuat terhadap seorang dewasa yang penting atau yang tampaknya baik. Hal ini merupakan bentuk keterikatan cinta yang pertama. Pada remaja awal sampai pertengahan anak laki-laki jatuh cinta lebih sering dan lebih awal dibandingkan dengan anak perempuan. Pada masa pertengahan, remaja mulai mengembangkan hubungan romantis dengan lawan jenis. Pada saat inilah kebanyakan remaja mulai melakukan percobaan aktivitas seksual. Insidensi aktivitas seksual remaja tinggi dan meningkat sesuai dengan penambahan usia mereka. Menurut *Alan Guttmacher Institute* (1998), pada usia 17 tahun, lebih dari 50% remaja mempunyai keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Seiring dengan perkembangan remaja ke masa akhir, pilihan pasangan lebih berdasarkan karakteristik dan ketertarikan pribadi daripada karakteristik fisik dan kepribadian yang diterima oleh kelompok teman sebaya (dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Hal ini dapat dikaitkan dengan perkembangan kognitif dan emosional remaja akhir. Pada remaja akhir, secara kognitif mereka sudah dapat memikirkan akibat dari tindakannya. Akibat yang dimaksud adalah termasuk akibat dari pilihannya terhadap pasangan jika mereka hanya memikirkan kriteria pasangan menurut kelompok. Sedangkan secara emosional, remaja akhir lebih matang dalam pengambilan keputusan dari pada remaja awal.

2.1.2. Permasalahan Kesehatan pada Remaja

Seiring dengan perubahan-perubahan yang telah disebutkan sebelumnya, remaja juga menghadapi berbagai masalah kesehatan. Menurut Wong (1999) masalah tersebut dapat meliputi: 1) masalah kesehatan umum, seperti infeksi virus Epstein-Barr dan merokok; 2) masalah yang berhubungan dengan keikutsertaan dalam olah raga, seperti sindrom *overuse* /serangkaian gejala yang timbul akibat penggunaan otot dan tulang yang berlebihan, termasuk di dalamnya fraktur akibat penekanan; 3) masalah terkait perubahan pertumbuhan dan kematangan, seperti postur tubuh yang tinggi atau pendek, kelainan kromosom dengan berbagai manifestasi klinisnya; 4) gangguan yang berhubungan dengan sistem reproduksi, seperti gangguan mens, *amenorrhea* primer maupun sekunder, *dismenor*, *endometriosis*, *vaginitis* atau *vulvovaginitis*. 5) masalah kesehatan terkait seksualitas, seperti kehamilan, aborsi, kontrasepsi, serta adanya perkosaan pada remaja, disamping Penyakit Menular Seksual (PMS) dan penyakit radang panggul. 6) gangguan makan, seperti obesitas, *anoreksia nervosa*, *bulimia*, 7) gangguan komponen perilaku, seperti *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), *enuresis*, *enkopresis*, gangguan stress pasca trauma (PTSD, *Post-Traumatic Stress Disorder*), *fobia* sekolah, nyeri abdomen kambuhan (RAP, *Recurrent Abdominal Pain*), reaksi konversi/*hysteria*. 8) masalah kesehatan serius seperti penyalahgunaan alcohol, narkotika dan zat adiktif lainnya, serta bunuh diri.

Remaja yang hamil menimbulkan banyak permasalahan baik fisik, psikologis, sosial, ekonomi, kultural maupun spiritual. Tuntutan perkembangan bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual pada masa remaja terganggu dengan adanya tuntutan perkembangan karena kehamilannya. Pembahasan kehamilan pada remaja akan

ditampilkan dalam sub judul tersendiri dengan lebih menekankan pada kerentanan/*vulnerability* yang ada.

2.1.3. Remaja Hamil sebagai Kelompok Vulnerable

Kelompok *vulnerable* adalah satu atau beberapa kelompok yang lebih mudah untuk mengalami masalah kesehatan, lebih mudah untuk mengalami kondisi buruk atau rentang kehidupan yang lebih pendek akibat semua kondisi tersebut (Maurer & Smith, 2010). Stanhope dan Lancaster (2004) mendefinisikan *vulnerable population* sebagai kelompok sosial yang mempunyai risiko relative yang tinggi atau kerentanan untuk mendapatkan outcome kesehatan yang negatif. Anggota kelompok *vulnerable* sering mempunyai *cumulative risk* atau kombinasi dari beberapa faktor risiko yang membuat mereka lebih sensitive terhadap efek buruk dari faktor risiko individu.

Menurut data dari *U. S. Departement of Health and Human Services* (USDHHS) tahun 2000, *Healthy people 2010* telah mengidentifikasi beberapa kelompok yang rentan terhadap risiko kesehatan. Kelompok tersebut adalah masyarakat miskin, *homeless, disabled, severelly mental ill*, orang yang sangat muda dan orang yang sangat tua (Maurer & Smith, 2010). Stanhope dan Lancaster, (2004) menggolongkan kelompok *vulnerable* meliputi: orang miskin dan *homeless*, remaja yang hamil, *migrant and immigrant workers, severelly mental ill, substance abuser, abuse individual* dan korban kekerasan, orang dengan penyakit menular dan yang berisiko terhadapnya, orang dengan HIV positive, Hepatitis B virus, dan PMS.

Masih menurut Maurer dan Smith (2010), semua orang yang berada pada kondisi kesehatan yang buruk tidak akan dipertimbangkan termasuk dalam kelompok *vulnerable*. Kondisi

seperti itu dapat dipertimbangkan sebagai kelompok *vulnerable* jika seseorang/kelompok secara umum mempunyai faktor kekurangan yang menempatkan mereka pada *greater risk* atau risiko yang lebih besar untuk mengalami status kesehatan yang buruk dari pada orang lain yang berada pada kondisi *at-risk* yang sama.

Remaja dengan segala kondisi normal/fisiologis terkait perubahan bio, psiko, sosial dan spiritual yang cepat dengan segala kompleksnya permasalahan, menempatkan remaja pada kondisi *at risk* terhadap timbulnya beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut antara lain masalah terkait gangguan sistem reproduksi maupun seksualitas. Bagaimana halnya dengan remaja yang mengalami KTD?

Mengacu kepada konsep Maurer dan Smith (2010), remaja dengan KTD mempunyai *greater risk* karena beberapa faktor kekurangan lain yang memperburuk keadaan kesehatan akibat kehamilannya. Apalagi jika kehamilannya tidak diinginkan. Kondisi ini yang menempatkan remaja dengan KTD ke dalam kelompok *vulnerable*.

Vulnerability atau kerentanan dihasilkan dari kombinasi efek-efek berupa keterbatasan sumber, kesehatan yang buruk, dan tingginya tingkat faktor risiko, serta *marginalization*. Aday (2001) menyebut keterbatasan sumber meliputi interaksi antara keterbatasan dalam hal fisik, sumber lingkungan, sumber personal (*human capital*), dan sumber biopsikososial seperti adanya penyakit dan predisposisi genetik (dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Namun, tidak semua faktor berhubungan dengan risiko kesehatan. Beberapa faktor mungkin menjadi penyebab seseorang berisiko terhadap kondisi kesehatan tertentu dan dapat diatasi, namun faktor yang lain tidak dapat diatasi karena beberapa alasan/kondisi yang tidak

memungkinkan. Contoh: seorang perokok mungkin dapat menghentikan kebiasaan merokok dan terhindar dari kanker paru, namun dia tidak dapat terhindar dari penyebab kanker paru yang lain seperti faktor genetik.

a. Penyebab Kerentanan pada Remaja dengan KTD

Sebagaimana disebutkan sebelumnya menurut Stanhope dan Lancaster (2004) bahwa penyebab kerentanan dapat meliputi faktor sosial ekonomi, risiko kesehatan, status kesehatan dan marginalisasi. Pada remaja dengan KTD, maka penyebab kerentanannya adalah KTD tersebut. KTD jika dimasukkan dalam penggolongan penyebab kerentanan menurut Stanhope dan Lancaster (2004) dapat digolongkan ke dalam penyebab dari faktor status kesehatan.

Perubahan dalam status fisiologis yang normal merupakan faktor predisposisi terhadap kerentanan. Hal ini disebabkan antara lain karena proses penyakit, misalnya pada seseorang dengan satu atau lebih penyakit kronis maka akan rentan untuk timbulnya kondisi lain yang akan memperburuk kesehatannya. Selain itu, perubahan fisiologis juga diakibatkan oleh kecelakaan, injury, masalah congenital yang mengarah kepada disability mental atau fisiologis (Stanhope & Lancaster, 2004).

Kelompok *vulnerable* juga menunjukkan karakteristik perkembangan dan fisiologis yang merupakan faktor predisposisi terhadap risiko yang unik. Variabel perkembangan yang utama dimaksud adalah umur. Misalnya pada lansia yang sudah uzur, maka secara fisiologis kurang dapat beradaptasi terhadap stressor. Lansia lebih mudah terkena infeksi dan secara umum tubuhnya lebih susah untuk mengatasi hal tersebut jika dibandingkan dengan orang yang lebih muda (Stanhope & Lancaster, 2004).

Prinsip yang sama terjadi pada remaja. Pada remaja terjadi perkembangan yang sangat cepat baik perkembangan bio, psiko, sosial, kultural maupun spiritualnya. Perkembangan ini membutuhkan penyesuaian tersendiri. Pada remaja yang hamil, perkembangan ini mungkin tidak akan tercapai secara optimal karena pada saat yang sama remaja yang hamil juga harus menyesuaikan pertumbuhan dirinya dengan kehamilan dan pertumbuhan janin dalam kandungannya. Bahkan perkembangan fisiologis dari remaja yang belum optimal dapat menyebabkan masalah kesehatan tersendiri terhadap diri remaja, kehamilannya maupun bayi yang akan dilahirkan.

b. Akibat Kerentanan

Selain beberapa faktor penyebab yang telah disebutkan di atas, *Vulnerability* juga mengakibatkan timbulnya beberapa hal sebagaimana berikut:

1) Poor health outcome and health disparities

Populasi *vulnerable* sering mendapatkan dampak kesehatan yang lebih buruk jika dibandingkan dengan populasi yang lain. Hal ini berarti mereka mengalami disparitas dalam hal kesehatan. Disparitas kesehatan terjadi dalam area cara untuk mengakses pelayanan, kualitas pelayanan, kesesuaian budaya dan bahasa dalam pelayanan dan status kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Kelompok ini mempunyai prevalensi penyakit kronis yang tinggi seperti hipertensi; penyakit menular seperti Tuberkulosis (TB), hepatitis B virus (HBV), PMS; dan penyakit saluran pernafasan atas seperti influenza. Mereka juga mempunyai tingkat mortalitas yang tinggi yang ditimbulkan karena kriminalitas dan kekerasan, termasuk

kekerasan dalam rumah tangga (Stanhope & Lancaster, 2004).

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality*, (2002) kelompok *vulnerable* menunggu lebih lama untuk memperoleh kesepakatan untuk bertemu dengan klinisi. Mereka juga mempunyai persepsi bahwa komunikasi dengan klinisi mereka kurang menyenangkan (dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Hal ini juga dialami oleh remaja dengan KTD. Ada beberapa hal yang menghalangi remaja untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Cartoof, et.al. (1991), Van Winter & Simarnoons, (1990) mengatakan beberapa penyebab bagi remaja untuk mengawali pelayanan pre natal adalah: biaya perawatan, dan sikap *offensiv* dari petugas klinik (dalam Stanhope & Lancaster 2004).

Hal yang penting yang harus ditekankan dalam konsep ini adalah bahwa dampak dari kerentanan remaja dengan KTD adalah derajat kesehatan yang sangat buruk yang dapat disebabkan karena bertumpuknya masalah kesehatan yang dirasakan dan adanya disparitas dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Penting untuk dibedakan dengan pembahasan mengenai faktor penyebab kerentanan pada remaja dengan KTD. Pada pembahasan mengenai faktor penyebab kerentanan, khususnya status kesehatan, sebenarnya penekanannya adalah pada kondisi perkembangan remaja dari segi bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual yang belum optimal. Sedangkan berbicara mengenai dampak kerentanan remaja dengan KTD adalah adanya kemungkinan lebih mudah untuk mengalami

hipertensi, kelahiran prematur, dan bermacam-macam masalah kesehatan yang lain.

2) *Chronic Stress*

Dampak kesehatan yang buruk menimbulkan stress baik pada individu maupun keluarga. Stress timbul karena keterbatasan sumber yang mereka miliki. Kelompok *vulnerable* akan menghadapi multiple stressor dan hal ini akan berlangsung terus menerus yang kemudian dapat disebut sebagai stress kronik (Stanhope & Lacaster, 2004).

Pada remaja dengan KTD, kemungkinan terjadi stress kronik sangat besar. Penelitian yang dilakukan oleh Neamsakul (2008) terhadap proses sosial yang dialami remaja Thailand dengan KTD dalam melewati masa *childbearing* menemukan adanya stress yang beruntun yang dirasakan remaja. Stress tersebut dialami remaja ketika remaja KTD belum melaksanakan pernikahan yang sah menurut keyakinan mereka. Kondisi tersebut diperparah dengan perasaan bersalah remaja karena mereka telah melakukan tindakan yang amoral dan bertentangan dengan keyakinan yang ada di masyarakat mereka. Stress juga dialami remaja karena adanya isolasi dari teman sebayanya dan aktivitas sosial. Selain itu stress juga dirasakan ketika remaja KTD harus hidup bersama dengan keluarga dari pihak laki-laki dimana mereka berarti hidup di lingkungan yang baru.

3) *Hopelessness*

Hopelessness ditimbulkan dari perasaan ketidakberdayaan dalam mengatasi permasalahan yang ada serta isolasi sosial. Kondisi ini ditandai dengan adanya keyakinan bahwa tidak

ada jalan untuk mengatasi semua masalah yang terjadi (Stanhope & Lancaster, 2004).

Hal ini dapat terjadi pada remaja dengan KTD. Thongchompoo (1999), melakukan penelitian kualitatif untuk menggambarkan praktik perawatan diri pada remaja di provinsi Bangkok dan Samut Prakan Thailand dengan KTD dan faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik tersebut. Hasil dari penelitian ini terkait respon emosional remaja dengan KTD adalah ketidakhagiaan, cemas, kecewa, *hopelessness*, *loneliness*, malu, takut, harga diri rendah (HDR), kurang percaya diri (PD) dan perasaan bersalah (dalam Neamsakul, 2008).

4) *Cycle of vulnerability*

Faktor penyebab *vulnerability* dan dampak dari *vulnerability* membentuk lingkaran dimana dampak *vulnerability* akan menguatkan faktor penyebab yang akan mengarahkan pada dampak yang lebih negatif lagi (Stanhope & Lancaster, 2004). Remaja dengan KTD kemungkinan besar akan dapat mengalami hal ini jika remaja dan keluarga tidak memiliki sumber yang cukup atau bantuan yang dibutuhkan untuk mengatasi segala permasalahan yang ada. Keluarga harus dapat memecah lingkaran tersebut untuk keluar dari lingkaran kerentanan yang tidak berujung. Perawat komunitas harus dapat mengidentifikasi dimana perawat dapat bekerja sama dengan remaja dan keluarga untuk memecahkan lingkaran tersebut.

2.2. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

KTD adalah kehamilan yang karena suatu sebab keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu atau kedua calon orang tua bayi (Humas Pemerintah Kabupaten Pematang Jaya, 2008). KTD bisa dialami oleh perempuan yang sudah menikah maupun yang belum menikah. KTD yang dialami oleh perempuan yang belum menikah disebabkan karena hubungan seks pra nikah yang dilakukan. Sebagian dari perempuan yang melakukan hubungan seks pra nikah adalah remaja. Sebagaimana tujuan dari penelitian ini, maka berikut akan dibahas secara khusus tentang KTD pada remaja.

2.2.1. Faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan Remaja

Berikut akan dijelaskan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kehamilan remaja menurut Maurer & Smith (2010), karena ternyata 80% kehamilan remaja adalah tidak diinginkan (Henshaw, 2001 dalam Maurer & Smith, 2010).

a. Perubahan hormonal, timbulnya kesadaran seksual dan *peer pressure*

Menurut Kalmuss et. al (2003, dalam Maurer & Smith 2010), masa remaja adalah masa dimana kesadaran seksual, keingintahuan dan keinginan untuk bereksperimen meningkat.

Tekanan teman sebaya mempengaruhi remaja untuk terlibat dalam aktivitas seksualnya. Hal ini sebagaimana disebutkan oleh Wong (2000) bahwa remaja dihadapkan pada harapan adanya perilaku peran seksual yang matang baik dari teman sebaya maupun orang dewasa. Remaja yang terlibat dalam aktivitas seksual biasanya mempunyai teman yang melakukan hal itu juga.

b. Pesan seksual yang *pervasive* dari media

Remaja sering terekspose dengan paparan dari media terkait seks, aktivitas seksual, dan pentingnya menjadi orang yang menarik perhatian lawan jenis (Maurer & Smith, 2010). Hal ini

menjadikan remaja terjebak dalam perilaku seks pra nikah, yang antara lain berujung pada KTD.

c. Aktivitas seksual yang terpaksa

Menurut Maurer & Smith (2010), semakin muda usia remaja, semakin mudah untuk terlibat dalam aktivitas seksual yang terpaksa. Dua puluh satu persen gadis remaja yang terlibat aktivitas seksual sebelum berusia 15 tahun melaporkan bahwa hal itu terjadi karena dipaksa (Kalmuss et.al, 2003 dalam Maurer & Smith, 2010).

d. Kurangnya pengetahuan tentang seks dan konsepsi

Peningkatan aktivitas seksual remaja tidak diimbangi dengan peningkatan pengetahuan tentang fungsi seksual, control kehamilan dan *pro-creation*. Remaja juga kurang memahami tentang masa rentan dalam siklus menstruasi (Maurer & Smith, 2010). Hal ini yang menyebabkan remaja kurang dapat menyesuaikan aktivitas seksual dengan masa subur dalam siklus haidnya.

e. *Misuse* atau *Nonuse* kontrasepsi

Remaja kurang mengetahui metode kontrasepsi yang spesifik dan penggunaan kontrasepsi yang tepat. Satu dari empat gadis tidak melanjutkan mengkonsumsi pil KB meskipun mereka tetap melanjutkan aktivitas seksualnya (Maurer & Smith, 2010).

f. Kesulitan mengakses alat kontrasepsi

Finer dan Zabin (1998 dalam Maurer & Smith, 2010) menemukan bahwa interval antara *intercourse* seksual pertama dan kunjungan terhadap pelayanan kesehatan adalah 22 bulan. Pemasangan alat kontrasepsi efektif seperti IUD, implant atau suntik membutuhkan perjanjian terlebih dahulu dan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan. Padahal remaja tidak pernah mencari pelayanan kesehatan tanpa izin orang tua. Selain itu, masalah terkait masalah keuangan juga menjadi

salah satu sebab remaja sulit mengakses kontrasepsi (Maurer & Smith, 2010).

g. *Destigmatisasi/Illegitimacy*

Saat ini sudah menjadi hal yang biasa seorang remaja hamil tanpa menikah dan menjadi *single parent* (Maurer & Smith, 2010). Penurunan stigma ini seolah-olah menjadi legalisasi bagi remaja bahwa hamil ketika remaja dan belum menikah adalah suatu hal yang biasa dan dapat diterima oleh masyarakat.

h. Usaha untuk mencapai kebebasan

Kehamilan bagi remaja dapat dimaknai sebagai suatu tindakan yang menunjukkan perlawanan terhadap pembatasan dari orang tua (Maurer & Smith, 2010). Hal ini sebagaimana disebutkan dalam Wong (2000) bahwa terkait perkembangan sosial, remaja ingin dewasa dan bebas dari orang tua. Orang tua tentu saja akan melarang anak/remajanya untuk melakukan aktivitas seks di luar nikah. Kehamilan dapat dijadikan sebagai salah satu alasan menentang perintah orang tua untuk menunjukkan kebebasan remaja.

i. Kebutuhan untuk merasa spesial, dicintai dan diinginkan

Beberapa remaja putri mengharapkan adanya bayi dapat memenuhi kebutuhan mereka untuk dicintai dan diperhatikan (Maurer & Smith, 2010).

j. Kurangnya maturitas dan orientasi masa depan

Perencanaan masa depan remaja minimal. Mereka kurang berpikir tentang akibat dari aktivitas seksual mereka (Maurer & Smith, 2010). Walaupun jika melihat perkembangan kognitif mereka, remaja sudah dapat memikirkan akibat dari tindakan yang dilakukan (Wong, 2008).

2.2.2. Respon Awal Remaja terhadap KTD

Remaja yang mengalami KTD, awalnya tidak menyadari bahwa dirinya hamil. Mereka biasanya hanya merasakan adanya perubahan yang terjadi dengan tubuhnya. Perubahan tersebut meliputi tidak haid, mual dan muntah, kelelahan dan kepala pusing. Perubahan fisiologis dalam kehamilan tersebut yang mendorong remaja untuk melakukan tes kehamilan. Berdasarkan hasil tes barulah mereka menyadari bahwa mereka telah hamil. Berikut akan dibahas respon awal remaja terhadap KTD menurut Neamsakul (2008).

Ada berbagai macam respon ketika KTD remaja ini diketahui. Respon-respon tersebut terdiri atas respon remaja itu sendiri terhadap dirinya dan respon remaja terhadap kehamilannya. Respon remaja terhadap dirinya berupa timbulnya perasaan takut dan perasaan tidak siap untuk hamil. Remaja takut dihukum, dikutuk, dijadikan bahan pergunjungan, dan takut ditinggalkan oleh teman lelakinya. Mereka juga takut akan mengalami kelahiran yang sulit dan meninggal pada saat melahirkan. Selain itu, mereka juga khawatir tidak mempunyai cukup uang untuk membesarkan bayi mereka. Pada akhirnya mereka takut bayi mereka akan lemah, cacat, mati atau dibenci oleh orang lain.

Respon terhadap kehamilannya ditunjukkan dengan 3 jenis cara yaitu: 1) *concealment*/ penyembunyian, 2) secara rahasia berusaha mendapatkan aborsi, 3) *disclosur*/ mengungkapkan. Respon *concealment* dilakukan untuk menutupi kehamilan dari setiap orang, kecuali dari teman lelakinya dan keluarganya. Hal ini dilakukan dengan cara tetap melakukan rutinitas sebagaimana biasa, *kamuflase* dengan gaya berpakaian, dan berbohong tentang kehamilannya dengan mengatakan “tidak”. Perilaku ini dilakukan selama sekitar 2 – 5 bulan atau lebih lama, sambil menunggu

waktu sampai akhirnya mereka benar-benar tidak bisa menutupi kehamilan mereka.

Respon remaja kedua terhadap KTD adalah dengan mencoba mencari aborsi secara rahasia. Mereka mengambil keputusan tersebut atas inisiatif mereka sendiri serta pengaruh orang lain seperti orang tua dan teman lelakinya. Keputusan untuk mendapatkan aborsi diambil karena takut dan merasa tidak siap serta karena celaaan dari orang lain.

Aborsi dilakukan dengan cara yang tidak aman. Aborsi tidak aman antara lain dilakukan dengan cara melompat dari ketinggian, atau meminta orang yang tidak berkompeten untuk menggugurkan kandungan dengan cara menekan dan menindih perut. Pada akhirnya, sebagian dari mereka yang mengalami kegagalan aborsi mengungkapkan kehamilannya karena perubahan yang sudah tidak mungkin disembunyikan lagi.

Penelitian tentang KTD pada remaja Indonesia dilakukan di DI Yogyakarta (DIY) oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997). Berikut akan dijelaskan respon awal remaja tersebut terhadap KTD. Melalui wawancara yang mendalam diketahui bahwa secara umum respon remaja terhadap KTD serupa, mereka umumnya merasa ngeri akan sanksi sosial berupa pengucilan oleh orang tua dan pelecehan sosial yang amat berat. Pada akhirnya mereka dihadapkan pada beberapa pertimbangan seperti:

Bagaimana sikap orang tuaku jika mereka tahu? Bagaimana kalau pacarku tahu, apakah ia akan meninggalkanku? Apa pendapat masyarakat nanti? Bagaimana dengan sekolah dan kuliahku? Apa yang akan dikatakan teman-teman nanti? Bagaimana status anakku kelak? Seperti apa rasanya sakit melahirkan? Bagaimana anakku akan kuurus sementara aku belum siap secara mental maupun ekonomi? Apa yang harus kulakukan, aborsi atau meneruskan kehamilan?

Pengambilan keputusan terhadap tindak lanjut kehamilan bermuara pada sikap terhadap janin yang dikandungnya. Jika penolakan lebih dominan, maka jalur yang ditempuh adalah aborsi. Sedangkan jika penerimaan yang lebih dominan, maka keputusan yang diambil adalah melanjutkan kehamilan.

Penelitian ini dilakukan pada 44 remaja usia 15 - 24 tahun. Dari jumlah tersebut, 18 orang (41%) mengambil keputusan aborsi dan 26 orang (59%) mengambil keputusan melanjutkan kehamilan. Dari 26 orang yang melanjutkan kehamilan, 11 orang menikah dan 5 orang menjadi ibu lajang (*single mothers*).

Hampir seluruh responden memberitahukan kehamilannya pertama-tama kepada pacar. Reaksi awal sang pacar pada umumnya adalah keinginan dan usaha untuk aborsi. Sebagian besar responden berusaha untuk melakukan terminasi kehamilan karena ketakutan menghadapi konsekuensi psikologis maupun sosial-ekonomi. Namun hanya sebagian kecil yang berhasil menggugurkan kandungannya. Sisanya terpaksa melanjutkan kehamilan karena usaha aborsi gagal.

Usaha aborsi awal menggunakan cara-cara yang bervariasi, mulai dari *self-treatment* sampai dengan meminta bantuan tenaga medis. Usaha *self-treatment* dilakukan dengan cara: minum jamu-jamu tradisional pelancar haid yang dijual bebas di pasaran dengan dosis tinggi; membuat ramuan tradisional yang diracik sendiri, seperti ragi tape dan perasan buah nanas muda; menenggak minuman keras dan obat-obatan tanpa resep dengan dosis tinggi; serta beberapa datang ke dukun paraji atau tukang urut tradisional.

Jika usaha *self-treatment* gagal, maka baru para remaja mendatangi klinik kebidanan, dokter kandungan atau PKBI. Sebagian permintaan aborsi ditolak karena tidak memenuhi syarat, seperti umur kandungan yang sudah terlalu tua, tidak mampu menunjukkan surat nikah, atau alasan aborsi dianggap lemah. Akhirnya, mereka yang menemui jalan buntu ketika usaha aborsi gagal mengatakan secara terus terang kepada orang tua tentang kehamilan mereka.

Dua puluh satu orang dari 26 responden mengambil keputusan untuk melanjutkan kehamilan secara terpaksa karena gagal melakukan aborsi. Sedangkan 5 orang mengambil keputusan ini karena motivasi internal, yaitu: menganggap aborsi adalah perbuatan yang lebih berdosa atau karena kasihan kepada bayi yang tidak bersalah.

Dua hasil penelitian di atas menunjukkan adanya kesamaan respon awal remaja terhadap KTD. Umumnya remaja sangat takut dengan sanksi sosial, pendidikan dan ekonomi. Ketakutan ini menjadi jalan mereka untuk melakukan *self-treatment* atau usaha aborsi oleh sendiri yang tentunya sangat tidak aman. Jika usaha ini gagal, barulah mereka mulai mencoba menerima kehamilannya. Penerimaan mereka terhadap kehamilannya ternyata sangat dipengaruhi oleh peran orang tua yang besar. Disinilah nilai-nilai dan norma yang diyakini keluarga dan masyarakat menjadi sangat dominan dalam pengambilan keputusan.

2.2.3. Respon Remaja terhadap Kehamilannya dalam Setiap Trimester

Respon remaja terhadap kehamilannya di setiap trimester kehamilan juga telah diidentifikasi oleh Ladewig, London, dan Davidson, (2006 dalam Neamsakul, 2008). Pada trimester satu, remaja berespon negatif terhadap kehamilannya karena tidak

direncanakan. Akibatnya, sebagian besar dari mereka mengabaikan untuk memastikan apakah mereka benar-benar hamil atau tidak. Mereka yang tidak ingin mengungkapkan kehamilannya menolak untuk mempercayai bahwa mereka memang hamil, meskipun perubahan-perubahan tubuh telah mereka alami. Beberapa dari mereka takut bahwa pengungkapan kehamilan mereka kepada keluarga atau orang lain akan menimbulkan stress bagi mereka. Sampai pada trimester kedua, remaja masih menyembunyikan kehamilannya antara lain dengan beraktivitas sebagaimana biasa.

Pada trimester ketiga remaja hamil mulai menyadari bahwa janin yang ada dalam perut mereka adalah bagian dari tubuh mereka dan mereka merencanakan untuk menyambut kedatangan anggota keluarga baru dengan menyediakan segala kebutuhan bayi, tempat, nama dan peralatan lain. Mereka menyiapkan diri mereka sendiri untuk melahirkan. Selama periode ini mereka cemas dan khawatir tentang proses melahirkan dan kesehatan bayi, karena itu mereka mencari tahu dan meminta nasehat dari beberapa sumber. Mereka juga secara aktif meminta bantuan untuk persalinan dan proses melahirkan. Secara fisik, mereka merasakan adanya nyeri punggung, konstipasi dan frekuensi BAK yang meningkat.

Sebagian remaja hamil yang lain tidak pernah menyiapkan diri mereka sendiri untuk proses persalinan dan melahirkan. Akibatnya, mereka lebih stress terhadap proses persalinan dan kelahiran. Beberapa orang mengalami mimpi buruk dan tidak menyiapkan apapun untuk kelahiran. Akhirnya ada pemikiran bahwa bayi adalah musuh yang membawa ketidaknyamanan dalam kehamilan.

2.2.4. Respon Orang Tua terhadap KTD Remaja

Ketika kehamilan terungkap, respon dari orang tua atau orang lain biasanya negatif. Berikut akan dipaparkan hasil penelitian terhadap remaja KTD terkait respon orang tua atau orang lain. Penelitian yang pertama dilakukan oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) terhadap remaja di DI Yogyakarta. Hasil penelitian menyebutkan bahwa banyak orang tua yang kecewa dan marah besar begitu mendengar kehamilan anak remajanya. Namun, pada akhirnya mereka dapat menerima kehamilan tersebut dan tidak mendukung aborsi karena alasan takut dosa dua kali lipat.

Keputusan selanjutnya adalah orang tua remaja perempuan biasanya memusyawarahkan masalah ini dengan pacar anak remajanya dan orang tua sang pacar. Akhirnya kedua anak remaja tersebut dinikahkan. Usia kehamilan pada saat pernikahan adalah: 70% pada usia 1-3 bulan, 20% pada usia 3-6 bulan, dan 10% pada usia 7-9 bulan.

Penelitian lain dilakukan oleh Neamsakul (2008) tentang proses sosial yang dihadapi remaja KTD di Thailand. Pada penelitian ini juga terungkap respon orang tua remaja terhadap KTD anaknya. Respon terbagi menjadi dua, yaitu *unavoidable acceptance*/penerimaan yang tidak bisa dihindari atau *rejection*/penolakan. Penerimaan yang tidak bisa dihindari merupakan keputusan yang harus diterima oleh remaja maupun keluarga karena hal itu telah terjadi. Alasan mengambil keputusan tersebut antara lain adalah adanya kepercayaan bahwa janin memang harus dilahirkan, pendekatan yang dilakukan oleh pihak lain, ada ayah untuk si bayi, dan keyakinan agama. Sedangkan respon *rejection*/ penolakan membawa orang tua untuk mengambil keputusan aborsi.

Selain itu, terdapat respon orang lain termasuk orang tua terhadap KTD anak remajanya. Respon ini dilakukan dengan cara terang-terangan maupun tertutup. Respon secara terang-terangan dilakukan dengan melalui kata-kata maupun sikap. Kata-kata yang dikeluarkan berupa pertanyaan, kata-kata kasar, menyalahkan dan mengeluh. Sedangkan respon melalui sikap ditunjukkan melalui tatapan tajam dan pandangan asing. Respon secara tertutup dilakukan dengan “menggossip”, diam, dan “acuh tak acuh” .

Selanjutnya, respon keluarga adalah dalam pengambilan keputusan terkait KTD anak. Pengambilan keputusan menghadapi KTD anak lebih banyak dilakukan oleh keluarga. Hasil penelitian oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) menyebutkan bahwa pada proses pengambilan keputusan untuk melanjutkan kehamilan, dari 26 responden, inisiator paling besar adalah orang tua 50%; responden dan pasangan 30,8%; responden saja 11,5%; dan pasangan saja 7,7%. Hal ini juga didukung oleh PKBI (2005) yang menyebutkan bahwa pilihan-pilihan yang dibuat oleh remaja perempuan dalam menghadapi KTD adalah pilihan yang “dibuatkan” oleh kekuasaan keluarga dan atau pasangannya. Pilihan-pilihan tersebut meliputi: melanjutkan kehamilan dengan menikah atau tidak menikah, melanjutkan kehamilan dengan merawat sendiri anak yang dilahirkan atau menjadikan anak tersebut sebagai anak adopsi, atau pilihan yang sebenarnya sangat tidak diharapkan adalah aborsi.

Banyak faktor yang berpengaruh terhadap proses pengambilan keputusan tersebut. Penelitian dilakukan oleh Vongjinda (2004) bertujuan untuk memahami pengalaman kehamilan pertama pada remaja di klinik prenatal RS Kamphaensan, provinsi Nakornprathom, Thailand. Hasil dari penelitian ini adalah bahwa faktor yang berhubungan dengan diterima atau tidaknya kehamilan

antara lain adalah makna yang telah diberikan terhadap kehamilan dan reaksi dari orang-orang terdekat (dalam Neamsakul, 2008).

Keluarga termasuk orang terdekat dengan remaja. Pemberian makna terhadap kehamilan dan reaksi keluarga terhadap kehamilan terutama yang tidak diinginkan menjadi sangat penting dalam pengambilan keputusan menghadapi KTD. Keluarga yang memahami bahwa si bayi adalah makhluk yang tidak berdosa tentu tidak akan menyetujui pengambilan keputusan aborsi. Bagi keluarga yang memahami ini, aborsi hanya akan menambah dosa zina yang mengakibatkan KTD dengan dosa pembunuhan bayi yang mungkin lebih besar.

Respon keluarga selanjutnya adalah respon keluarga ketika melakukan perawatan pada anak remaja KTD. Data atau hasil penelitian terkait belum ditemukan. Fenomena bagaimana keluarga merawat anggota keluarga dengan penyakit maupun kondisi yang membutuhkan kekuatan mental yang besar karena menyangkut aib keluarga antara lain dapat dilihat pada perawatan anggota keluarga dengan HIV/AIDS. Penelitian yang dilakukan oleh Kimemia (2003) menggambarkan adanya stress yang tinggi pada anggota keluarga yang merawat karena makna sosial yang terkait dengan HIV/AIDS dan sifat virus yang sangat infeksius. Penelitian yang dilakukan oleh Vithayachockitikhun (2009) di Thailand juga menggambarkan bagaimana pengalaman pemberi pelayanan yang umumnya adalah anggota keluarga dalam merawat penderita HIV/AIDS. Hasil penelitian menggambarkan dampak negatif dari perawatan tersebut yaitu adanya stress fisik, emosional, dan finansial yang dirasakan oleh pemberi pelayanan, adanya perubahan kebutuhan dan kesehatan dari pemberi pelayanan yang pada akhirnya merubah gaya hidup mereka, serta adanya stigma

yang buruk terkait HIV/AIDS menjadi penghalang bagi pemberi pelayanan untuk mencari dukungan.

2.2.5. Issue Gender dalam KTD

Penelitian terhadap KTD remaja di DIY oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) berikut juga mengindikasikan adanya issue gender dalam KTD. Issue gender umumnya ditemukan terkait pengambilan keputusan terhadap seputar masalah seks dan kehamilan yang timbul.

Remaja perempuan umumnya berada pada posisi subordinat dari pasangannya dalam mengambil keputusan-keputusan penting. Hal ini tergambar dalam pengambilan keputusan untuk melakukan hubungan seks, keputusan untuk menggunakan kontrasepsi pelindung, keputusan melanjutkan kehamilan atau aborsi serta keputusan untuk memberitahukan kepada orang tua tentang kehamilannya.

Data yang tercatat di klinik PKBI DIY tentang remaja yang meminta konsultasi dan pelayanan aborsi menunjukkan bahwa dua pertiga responden datang dengan diantar pacar, yang sering mengaku sebagai suami atau kakak responden. Penulisan alamat dalam buku pendaftaran juga sering terungkap bahwa alamat yang diberikan adalah alamat sang pacar.

Pada proses pengambilan keputusan juga ditemukan bahwa inisiator pengambilan keputusan aborsi adalah pasangan/pacar 50%; responden dan pasangan 27,8%; responden saja 16,7%; dan orang tua 5,5%. Data ini menunjukkan bahwa dalam kasus aborsi, inisiatif yang dominan dalam pengambilan keputusan terletak pada remaja laki-laki. Responden umumnya mengaku mengikuti inisiatif pacarnya karena mereka takut pada ancaman ditinggalkan bila

tidak melakukan aborsi. Mereka takut menjadi ibu muda dari anak yang tidak berayah dan menanggung semua konsekuensi negative sebagai ibu lajang.

Setelah aborsi dilakukan, ketergantungan emosi pihak perempuan terhadap pasangan juga cenderung meningkat. Mereka takut ditinggalkan dalam keadaan sudah tidak perawan. Mereka ngeri membayangkan bagaimana jika harus berhadapan dengan pacar atau calon suami lain yang sudah mengetahui bahwa mereka sudah tidak perawan. Hal ini yang menyebabkan mereka semakin tergantung dengan pasangan. Bahkan mereka juga tidak berdaya ketika harus menolak keinginan pasangan untuk melakukan hubungan seks kembali setelah aborsi dilaksanakan. Dari 18 responden remaja DIY yang melakukan aborsi, 11 orang (61%) di antaranya tetap melakukan aktivitas seksual dengan pacar semula. Bahkan 2 orang diantaranya mengulang aborsi.

Penelitian yang dilakukan Arida, dkk. (2005) terhadap remaja di Bali, juga mendukung adanya issue gender dalam KTD. Arida mengatakan bahwa umumnya pengambil inisiatif ketika berhubungan seks adalah laki-laki. Menurutnya hal itu terjadi karena remaja laki-laki mempunyai karakter selalu ingin mencoba hal-hal yang baru, berpetualang dan bersikap terbuka. Walaupun demikian, remaja perempuan juga bisa menjadi pemicu terjadinya hubungan seks khususnya pada remaja perempuan yang agresif.

Penelitian lain oleh Pongtadsirikul (2006 dalam Neamsakul, 2008) juga mengatakan bahwa sebagian besar pasangan remaja perempuan yang hamil tidak menerima kehamilan tersebut. Tujuh puluh tiga persen laki-laki di Thailand mengatakan bahwa mereka bukan ayah dari bayi, tidak yakin, berpikir bahwa bayi tersebut

adalah milik laki-laki lain. Mereka tidak bertanggung jawab terhadap kehamilan pasangannya; beberapa dari mereka mengatakan bahwa kehamilan tersebut terjadi karena kecerobohan perempuan.

Tiga hasil penelitian di atas menunjukkan kentalnya isuue gender seputar KTD dan aborsi. Sebagaimana telah digambarkan, umumnya remaja perempuan selalu berada pada posisi sebagai *black sheep* dalam kaitan kehamilan dan aborsi. Peran kehamilan dengan segala konsekuensinya seolah-olah harus ditanggung sendiri oleh remaja perempuan. Sebagian pasangan tidak bertanggung jawab terhadap kehamilan yang ditimbulkan oleh aktivitas seksual yang diinginkannya sendiri. Hal ini terlihat dari besarnya pengaruh pasangan dalam inisiator pengambilan keputusan aborsi. Ibarat pepatah: “lempar batu sembunyi tangan” bagi si laki-laki atau “habis manis sepah dibuang” dan “sudah jatuh, tertimpa tangga lagi” bagi remaja perempuan.

Hanya menyalahkan remaja perempuan sudah tidak bisa dilakukan lagi. Banyak sekali factor yang berperan dalam KTD remaja. Pengawasan orang tua terhadap pergaulan remaja menjadi hal yang harus dievaluasi. Perawat harus memandang fenomena ini secara holistik, sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat tepat sasaran dan sesuai kebutuhan.

2.2.6. Masalah-Masalah Fisiologis, Psikologis, Sosial Ekonomi, Kultural dan Spiritual dalam KTD

KTD tidak hanya mengakibatkan efek terhadap kesehatan fisik maupun psikologis bagi remaja yang mengalami, namun juga bagi anak mereka, keluarga, dan masyarakat. Pada bagian ini akan dijelaskan masalah-masalah kesehatan fisik, psikologis, sosial

ekonomi dan agama yang dapat ditemukan pada remaja yang mengalami KTD.

a. Masalah Kesehatan Fisik dalam KTD

Kehamilan remaja membawa peningkatan insiden hipertensi yang ditimbulkan karena kehamilan, anemia defisiensi besi, kelahiran prematur, dan *cephalopelvic disproportion*. Cephalopelvic disproporsi menjadi penyebab meningkatnya kelahiran *cesarean* (Pilliteri, 1999). Breedlove dan Schorfheide (2001) juga mengatakan bahwa remaja berisiko untuk mengalami *preeclampsia*, anemia, kelebihan Berat Badan (BB) atau BB yang kurang dan infeksi saluran kencing (Murray & McKinney, 2007). Grady dan Punpuing, (1999); Steven-Simon & White, (1991) juga mengatakan masalah kesehatan umum di antara remaja yang menjadi ibu adalah BB yang kurang, kelahiran prematur, *dystocia*, kelahiran *operative*, dan *prolonged labor* karena disproporsi cephalopelvic (dalam Neamsakul, 2008).

Remaja yang hamil juga berisiko tinggi mengalami Penyakit Menular seksual (PMS) karena kemungkinan tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti kondom ketika melakukan hubungan seksual (Stanhope & Lancaster, 2004).

Gaya hidup remaja juga tidak memungkinkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang baik. *Fast food*, seringnya makan snack, dan padatnya jadwal kegiatan sosial membatasi remaja memilih makanan yang bernutrisi baik. Pola makan remaja yang buruk dan kebutuhan nutrisi untuk kehamilan dan pertumbuhan remaja itu sendiri dapat mengakibatkan remaja kekurangan zat gizi termasuk vitamin dan mineral yang dibutuhkan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Selain masalah kesehatan pada remaja akibat kehamilan, masalah kesehatan juga ditemukan pada bayi. Remaja mempunyai kemungkinan lebih besar untuk melahirkan bayi dengan Berat Badan kurang dari 5,5 pond sebelum umur kehamilan 37 minggu jika dibandingkan remaja dewasa. Pada tahun 1998 di Amerika, bayi dengan Berat badan lahir rendah (BBLR) mencapai 9,5% dari semua bayi yang dilahirkan oleh remaja (ACOG, 2000 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Neamsakul (2008) telah mengidentifikasi beberapa hasil penelitian yang menunjukkan adanya masalah kesehatan fisik yang timbul pada bayi yang dilahirkan oleh remaja KTD. Guyer, dkk, (1999) mengatakan dari penelitian di Amerika, bayi yang lahir dari ibu yang berumur kurang dari 15 tahun berisiko mempunyai BBL kurang dari 2500 gram dan berisiko mengalami kematian pada 28 hari pertama jika dibandingkan dengan bayi yang lahir dari ibu dengan usia yang lebih tua.

Kematian dan kesakitan bayi post-neonatal juga lebih tinggi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu yang masih remaja. Morris dan *colega* (1993) menemukan bahwa setelah mengontrol BBL bayi, tingkat kematian bayi post-neonatal dua kali lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu yang berumur kurang dari 17 tahun dibandingkan pada bayi yang lahir dari ibu yang lebih tua.

Insiden *Sudden Infant Death Syndrom* (SIDS) juga lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu yang masih remaja. Bayi mereka juga mengalami kesakitan dan injuri yang lebih sering.

Beberapa faktor dapat menjadi penyebab buruknya kondisi kesehatan dan komplikasinya pada bayi yang baru lahir dari ibu

remaja. Menurut Steven-Simon dan White (1991, dalam Neamsakul, 2008), ibu remaja mempunyai BB yang kurang dan melahirkan bayi dengan BBL kurang karena pola makan yang buruk dan pelayanan pre natal yang tidak adekuat. Selain itu juga disebabkan karena ibu yang masih remaja tingkat ekonominya kurang dari ibu yang lebih tua.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa masalah kesehatan fisik yang sering muncul pada KTD meliputi masalah yang terjadi pada remaja yang hamil dan masalah yang terjadi pada bayinya. Masalah yang terjadi pada remaja yang hamil meliputi: hipertensi yang muncul karena kehamilan, anemia defisiensi besi, kelahiran prematur, disproporsi cephalopelvis, pre-ekalmpsia, BB kurang, Infeksi Saluran Kemih (ISK), distosia, kelahiran operatif dan *prolonged labour*. Sedangkan masalah yang mungkin timbul pada bayi adalah BBLR, kematian dan kesakitan post natal serta SIDS.

Secara patofisiologis, masalah-masalah tersebut muncul karena belum matangnya pertumbuhan dan perkembangan organ-organ yang terlibat dalam kehamilan remaja. Pertumbuhan dan perkembangan organ ini terganggu karena pada saat yang sama tubuh harus membagi kebutuhan nutrisi untuk kehamilannya.

b. Masalah Kesehatan Psikologis dalam KTD

Neamsakul (2008) juga telah mengidentifikasi beberapa hasil penelitian yang menunjukkan adanya masalah kesehatan psikologis yang timbul pada remaja KTD. Penelitian Thongchompo, (1999); Vongjinda, (2004) menemukan bahwa remaja yang mengalami KTD, sebelum menikah menghadapi berbagai masalah dan mengalami perasaan seperti terkejut, takut, merasa bersalah, marah, malu, frustrasi, depresi, kesal,

stress, cemas, bingung, malu, terhina, rewel, *moody*, dan kecewa. Masalah-masalah tersebut antara lain adalah adanya beban moral dan psikologis karena secara norma social yang berlaku berarti remaja hamil yang belum menikah berarti belum diterima oleh masyarakat. Masyarakat masih memegang norma umum yang disepakati bersama bahwa seorang yang hamil harus menikah dahulu. Sehingga, walaupun pernikahan dilakukan setelah remaja hamil hal tersebut sedikit mengurangi beban moral karena tuntutan masyarakat.

Gabrielson, Klerman, Currie, Tyler dan Jekel (1970), juga mengatakan beberapa remaja akan mempertimbangkan bahkan mungkin akan berusaha untuk melakukan bunuh diri. Beratnya beban psikologis remaja, kurangnya kemampuan *problem solving*, dan kurangnya dukungan di sekitar remaja dapat sebagai pemicu timbulnya keinginan bunuh diri.

Penelitian yang membandingkan tingkat depresi dan kecemasan pada remaja dan orang dewasa yang menjadi ibu telah dilakukan oleh Piyasil pada tahun 1998 di bangsal Rajvithi Hospital Bangkok. Hasil penelitian tersebut adalah adanya prevalensi tingkat depresi yang lebih tinggi pada remaja yang menjadi ibu (23%) jika dibandingkan dengan perempuan dewasa yang menjadi ibu (12%). Penelitian tersebut juga menemukan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan di antara 2 kelompok umur.

Penelitian lain oleh Niratharadorn et.al. (2005) bertujuan untuk menguji model persamaan structural dari depresi maternal dan menentukan bagaimana harga diri, support sosial dan depresi antepartum mempengaruhi depresi post partum pada remaja Thailand yang menjadi ibu. Penelitian ini menemukan bahwa

harga diri dan support sosial mempunyai pengaruh negatif langsung secara signifikan terhadap depresi antepartum dan post partum. Harga diri dan support sosial antepartum mempunyai pengaruh langsung dan tidak langsung yang signifikan terhadap depresi post partum.

Sriumporn (2000) juga melakukan penelitian deskriptif untuk menentukan hubungan antara harga diri, support sosial, faktor yang dipilih serta perilaku perawatan diri remaja yang hamil. Faktor terpilih dimaksud adalah tingkat pendidikan, status pernikahan, keinginan untuk mempunyai bayi, pekerjaan dan pendapatan keluarga. Penelitian tersebut menemukan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara harga diri, support sosial, tingkat pendidikan, dan keinginan untuk mempunyai bayi dengan perilaku perawatan diri. Faktor-faktor tersebut menjelaskan 26% varians dari perilaku perawatan diri, dengan varians tertinggi adalah support sosial (13%).

Penelitian yang dilakukan terhadap remaja Indonesia di DIY oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) tentang KTD remaja juga menunjukkan adanya masalah psikologis yang sangat berat yang dihadapi remaja. Cemas, stress bahkan depresi mulai dialami remaja ketika mereka menyadari bahwa dirinya hamil. Mereka cemas karena telah keluar dari pandangan ideal tentang sosok remaja yang disepakati bersama oleh masyarakat. Mereka juga stress ketika mengalami kegagalan dalam usaha aborsi melalui *self-treatment*, juga karena khawatir bayi akan lahir cacat.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa perasaan remaja terkait KTD yang dialaminya dapat berupa perasaan terkejut, takut, merasa bersalah, marah, malu, frustrasi, depresi, kesal, stress,

cemas, bingung, malu, terhina, rewel, *moody*, dan kecewa. Selain itu dapat juga timbul masalah psikologis lain seperti: risiko bunuh diri, depresi ante dan post partum, kurang dukungan sosial, kurang harga diri, kurang PD dan adanya perasaan tidak menerima kehamilannya.

Penyelesaian masalah-masalah tersebut di atas membutuhkan langkah khusus yang harus dilakukan keluarga. Perawat komunitas melalui tindakan keperawatannya dapat memberikan bantuan kepada keluarga dalam mengatasi permasalahan tersebut.

c. Masalah Sosial Ekonomi dalam KTD

Remaja yang hamil merasakan dampak terhadap pendidikannya baik selama kehamilan maupun setelah melahirkan. Dampak tersebut meliputi: dikeluarkan atau tidak tamat dari sekolah dan menjadi pengangguran. Ketergantungan mereka terhadap orang tua juga semakin lama, pada akhirnya remaja menjadi beban ekonomi bagi keluarga mereka dan bagi masyarakat pada umumnya.

Terkait pendidikan, penelitian Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) menyebutkan dari 44 responden dalam penelitian, 35 orang diantaranya sedang menempuh pendidikan ketika kehamilan terjadi. Dari 35 orang ini 18 orang diantaranya meneruskan kehamilan dan dari 18 orang yang meneruskan kehamilan, 14 orang di antaranya *drop out*. Mereka yang melanjutkan pendidikan setelah melahirkan umumnya adalah responden yang sedang menempuh pendidikan di perguruan tinggi. Sedangkan responden yang ketika kehamilan terjadi masih duduk di bangku SMA, biasanya dikeluarkan dari sekolah.

Responden yang pendidikannya terputus sulit mendapatkan pekerjaan karena tingkat pendidikannya terbatas atau karena sibuk mengurus anak. Keadaan ini diperburuk dengan keadaan suami yang umumnya sebaya yang tidak bekerja karena masih menempuh pendidikan atau karena sulit mendapatkan pekerjaan. Pada akhirnya hal inilah menyebabkan kesulitan ekonomi yang berkepanjangan.

Delapan dari 26 responden sudah bekerja pada saat kehamilan terjadi. Tiga diantaranya tetap melanjutkan pekerjaan dan sisanya putus bekerja. Responden yang melanjutkan pekerjaan umumnya bekerja di sektor informal dan hal tersebut dilakukan karena tuntutan ekonomi. Sedangkan responden yang tidak melanjutkan pekerjaan sebagian mengaku karena kerepotan mengurus anak dan sebagian karena diberhentikan dari pekerjaan.

Selain masalah terkait pendidikan dan pekerjaan, juga timbul masalah sosial. Remaja yang melanjutkan kehamilannya umumnya merasa malu kepada masyarakat di lingkungan mereka, karena menyadari bahwa kehamilannya pasti dibicarakan oleh masyarakat sekitar. Hal ini yang menyebabkan remaja malu untuk keluar rumah bahkan untuk memeriksakan kandungannya ke dokter. Mereka rata-rata baru memeriksakan kandungannya setelah berumur lebih dari 4 bulan.

Keterbatasan terhadap pendidikan dan pekerjaan menimbulkan masalah ekonomi yang cukup berat. Remaja yang memutuskan untuk melanjutkan kehamilan membutuhkan biaya perawatan kehamilan dan persalinan. Dari 26 responden, distribusi sumber

biaya untuk perawatan kehamilan dan persalinan adalah: 61,5 % responden mendapatkan biaya dari orang tua; 15,4% responden mengeluarkan biaya sendiri dengan dibantu pasangan; 11,5% responden mendapatkan biaya dari pasangan saja; 7,7% mendapatkan biaya dari saudara dan 3,8% responden menanggung biaya sendiri. Di sini terlihat peran orang tua dalam ikut membantu permasalahan ekonomi yang dihadapi remaja menjadi sangat besar.

Neamsakul (2008) juga telah mengidentifikasi beberapa hasil penelitian yang menunjukkan adanya masalah sosial ekonomi yang timbul pada remaja KTD. Isanurung dan *colega* (2006) mengatakan bahwa remaja yang hamil juga mempunyai pendapatan keluarga yang tidak memadai, tidak mempunyai rumah sendiri, *single parents*, dan jarang berkonsultasi dengan pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini juga didukung oleh Buhacat dan Pinjareon (1998) bahwa remaja yang hamil tidak pernah atau terlambat dalam mendatangi klinik pre natal dan menerima perawatan pre natal yang tidak adekuat yang berguna bagi kesehatan bayi mereka.

De Mayo-Esteves, (1990); Ham & Larson, (1990); & Oxley & Weekes, (1997), juga menyebutkan bahwa remaja yang hamil juga terisolasi dari temannya dan aktivitas sosial, yang pada akhirnya dapat menyebabkan meningkatnya stress selama kehamilan. Thompson, et.al, (1995); Ladewig, et.al. (2006); juga mengatakan bahwa remaja yang menjadi ibu juga berisiko besar untuk mengalami kekerasan dalam rumah tangga dan bayi mereka juga berisiko mengalami *child abuse*. Thongchompo (1999) juga mengatakan bahwa perkawinan yang dimulai dengan kehamilan yang tidak direncanakan

mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami kegagalan.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa masalah sosial ekonomi yang dapat muncul pada remaja dengan KTD adalah dikeluarkan atau tidak tamat dari sekolah, pengangguran, menjadi beban ekonomi keluarga, pendapatan ekonomi tidak memadai, tidak mempunyai rumah sendiri, *single parent*, jarang berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan, tinggal di luar rumah remaja, isolasi sosial, Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), dan kegagalan atau perkawinan yang tidak harmonis. Selain masalah yang dirasakan remaja, terdapat masalah yang juga dapat muncul pada anak yang dilahirkan oleh remaja yaitu *child abuse*.

Timbulnya masalah sosial ekonomi semakin menimbulkan kompleksnya permasalahan remaja. Hal ini dapat memicu kerentanan kondisi kesehatan remaja yang memang sudah rentan secara fisiologis maupun psikologis. Langkah yang harus diambil untuk menyelesaikan permasalahan ini harus melibatkan support sosial yang lebih luas.

d. Issue kultural dan spiritual dalam KTD

Penelitian yang dilakukan oleh Neamsakul (2008) berusaha mempelajari tentang proses sosial remaja dengan KTD dari hamil sampai menjadi ibu pada remaja Thailand. Beberapa hal yang mempengaruhi proses sosial ini adalah konteks keluarga, gaya hidup dan nilai, tradisi, agama, pendidikan, peran gender, dan hukum yang berlaku. Hasil penelitian itu menyatakan bahwa para remaja mengungkapkan KTD yang dia alami adalah “karma” yang harus mereka hadapi sebagai konsekuensi dari tindakan mereka. Hal tersebut merupakan prinsip ajaran

Budda yang mereka percayai. Prinsip tersebut mengharuskan seseorang mempertanggungjawabkan apa yang telah dia lakukan. Prinsip ini membantu mereka untuk menyelesaikan masalah dalam pikiran mereka, mengatasi stress, menghilangkan ketakutan dan kesedihan dan menimbulkan perasaan hangat yang akan memberikan semangat bagi mereka untuk menghadapi berbagai macam perubahan selama masa sulit.

Bagi masyarakat Thailand, aborsi adalah ilegal dan perbuatan amoral yang sangat kejam. Mereka mempercayai bahwa kehidupan dimulai ketika pembuahan terjadi. Membunuh kehidupan adalah dilarang dan penuh dosa.

Remaja memutuskan untuk melanjutkan kehamilannya karena takut dosa. Beberapa remaja menerapkan prinsip Budha yang mereka yakini dengan cara berdoa sebelum tidur, pergi ke tempat ibadah, berbuat kebaikan, dan meditasi. Mereka mengungkapkan perasaan yang nyaman dan rileks setelah melakukan ini.

Penelitian oleh Arida, dkk. (2005) terhadap remaja di Bali juga mengatakan bahwa kehamilan pra nikah dan praktik aborsi dari sisi agama bagi remaja Bali dipandang sebagai dosa yang masuk kategori *himsa karma* (perbuatan melenyapkan atau menyakiti makhluk ciptaan lain). Sedangkan secara sosial hal tersebut melanggar norma sosial. Pandangan ini umumnya diyakini oleh remaja perempuan di Bali, walaupun beberapa menganggap masa bodoh terhadap kehamilan pra nikah. Sikap masa bodoh ini karena menganggap ketidakperawanan bukan lagi sebagai sesuatu yang sakral, yang harus dijadikan beban dan dijaganya.

Pengaruh budaya juga ditemukan dalam penelitian tersebut. Lingkungan remaja Bali yang akrab dengan kehidupan sektor pariwisata memberikan pengaruh cukup besar terhadap cara berpikir, persepsi, dan gaya hidup, khususnya yang terkait dengan masalah seks. Kedatangan wisatawan dalam jumlah besar menyebabkan kontak komunikasi yang pada akhirnya akan menimbulkan kontak budaya dengan penduduk lokal. Hal ini bermuara pada terjadinya intrusi budaya asing terhadap budaya lokal. Terkait dengan hal berpacaran, pengaruh tersebut tercermin pada cara berpacaran yang bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan seks.

Penelitian Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) berikut juga menggambarkan adanya issue kultural-spiritual dalam KTD. Sebagian besar responden yang memutuskan untuk melanjutkan kehamilan karena mereka menyadari bahwa seks pra nikah dilarang menurut norma agama dan masyarakat. Menggugurkan kandungan akibat perbuatan tersebut berarti melakukan dosa yang sama atau lebih besar. Mereka tidak ingin mengulang dosa.

Keputusan untuk melanjutkan kehamilan umumnya menempatkan mereka dalam masa rehabilitasi dan pertaubatan yang intens. Adanya perasaan *rilo*, *narimo* dan *sabar* karena tuntutan keadaan telah memberikan kekuatan psikologis yang besar untuk melanjutkan proses hidup mereka. Ketiga sikap yang dinternalisasi sebagai nilai-nilai hidup bagi masyarakat Jawa ini memberikan ketenangan dan kekutan batin tersendiri. Pada akhirnya mereka merasa sebagai orang yang lebih dewasa, mampu bertanggung jawab dan mampu menanggung konsekuensi akibat perbuatan mereka sendiri.

Aspek kultural terkait perkawinan juga terlihat dalam hasil penelitian ini. Aspek kultural terkait upacara perkawinan adalah adanya upacara perkawinan yang dilakukan secara sederhana, pernikahan sirri, pernikahan yang dilakukan jauh dari tempat tinggal remaja, namun ada juga pernikahan yang dilakukan secara besar-besaran.

Hampir sebagaimana besar responden melakukan upacara perkawinan secara sederhana. Tamu yang diundang adalah kerabat dan tetangga dekat. Namun ada pula yang dinikahkan secara sirri atau di bawah tangan menurut hukum Islam. Hal ini dilakukan untuk mengurangi rasa malu yang dialami responden dan keluarga. Beberapa responden yang lain dinikahkan di luar daerahnya, di tempat anggota keluarga yang jauh, dengan harapan di komunitas yang baru dimana orang belum banyak yang mengenal, aib tidak akan tersebar. Namun ada juga pernikahan yang dilakukan secara besar-besaran. Hal ini dilakukan untuk membesarkan hati dan mengurangi beban psikologis yang dirasakan responden dan keluarganya.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa pengaruh budaya menjadi factor yang sangat berperan dalam timbulnya perilaku seks pra nikah remaja yang dapat berujung pada timbulnya KTD. Nilai dan norma yang diyakini remaja, keluarga dan masyarakat menjadi bahan pertimbangan utama dalam proses pengambilan keputusan menghadapi KTD remaja. Nilai, dan keyakinan agama juga dapat membantu remaja dan keluarga dalam menghadapi stress yang dialami. Perawat komunitas harus dapat menangkap peluang dari aspek budaya dan agama ini untuk membantu remaja dan keluarga mengatasi segala permasalahan yang timbul. Penekanan pada nilai-nilai dan

norma baik yang ada di keluarga dan masyarakat menjadi hal yang utama harus disodorkan kepada keluarga dalam mengambil keputusan terhadap setiap permasalahan yang dihadapi.

2.2.7. Dampak Kehamilan terhadap Pencapaian Tugas Perkembangan Remaja

Tugas perkembangan adalah serangkaian ketrampilan dan kompetensi yang harus dicapai atau dikuasai pada setiap tahap perkembangan agar remaja mampu berinteraksi secara efektif dengan lingkungannya (Wong, 2011). Erikson (1963) mengatakan tugas perkembangan remaja meliputi: 1) menetapkan harga diri dan sistem nilai, 2) menetapkan hubungan yang langgeng, 3) mandiri dari orang tua, dan 4) memilih pekerjaan. Sedangkan Murray dan McKinney (2007) mengatakan tugas perkembangan remaja meliputi: 1) pencapaian identitas diri yang stabil, 2) pencapaian rasa nyaman terkait *body image*, 3) penerimaan terhadap peran seksual dan identitas, 4) pengembangan sistem nilai personal, 5) persiapan untuk pekerjaan dan karir, 6) pencapaian kebebasan dari orang tua.

Berikut akan dijelaskan dampak kehamilan terhadap tugas perkembangan remaja menurut Murray dan Mc Kinney, (2007).

a. Pencapaian identitas diri yang tidak stabil

Tahap ini adalah tahap bagaimana remaja melihat dirinya dan bagaimana orang lain termasuk peer group melihat dan menerima dirinya. Hal tersebut merupakan komponen utama untuk pengembangan identitas. Selain itu, kemampuan untuk beradaptasi dan berespon terhadap stress juga merupakan indikator yang baik untuk perkembangan identitas.

Remaja yang hamil sebelum mencapai perkembangan kestabilan identitas diri mungkin tidak dapat menerima tanggung jawab sebagai orang tua dan merencanakan masa depannya. Kondisi ini dapat terjadi karena pada saat hamil, remaja akan mengalami perubahan yang sangat ekstrem. Jika pada kondisi tidak hamil identitas diri remaja sendiri belum terbentuk, maka tugas ini dapat tidak terpenuhi karena pada saat yang sama remaja juga harus menerima identitas diri yang baru, yaitu sebagai seorang yang hamil dengan segala perubahan yang menyertainya.

b. Gangguan pencapaian rasa nyaman terkait *body image*

Tahap ini membutuhkan penerimaan dan internalisasi terhadap ukuran tubuh yang sudah matang, bentuk dan fungsinya. Remaja harus belajar untuk menerima perubahan tubuh selama hamil termasuk ukuran, bentuk, perubahan pigmentasi, dan striae sebelum dia belajar untuk menerima perubahan dari pubertasnya. Remaja mungkin mengingkari kehamilan dan membatasi kalori secara ketat untuk menghindari peningkatan BB. Remaja juga mungkin merasa malu dengan perubahan fisik akibat kehamilan yang membuat mereka kelihatan berbeda dari *peer groupnya*.

c. Gangguan terhadap penerimaan terhadap peran seksual dan identitas

Tahap ini membutuhkan internalisasi dari hasrat seksual yang kuat dan pencapaian keintiman dengan yang lain. Remaja membutuhkan pencapaian keintiman yang kuat dengan orang lain dan membentuk hubungan yang eksklusif sebelum mereka benar-benar siap. Remaja yang hamil juga harus dapat mengatasi perubahan dalam hubungan dengan teman-temannya. Remaja perempuan sering mengalami kesulitan

untuk melihat dirinya sendiri sebagai manusia jenis seks tertentu atau sebagai ibu.

d. Gangguan pengembangan sistem nilai personal

Tahap ini merupakan tahap dimana remaja harus dapat mempertimbangkan hak dan perasaan orang lain. Remaja juga harus mengikuti aturan dan standar etik yang berlaku di masyarakat. Kehamilan terjadi sebelum remaja mampu melakukan itu semua. Remaja putri mungkin mengalami konflik ketika dia berusaha memenuhi tanggung jawabnya pada saat dia harus menjadi ibu di usianya yang masih sangat muda.

e. Gangguan persiapan untuk pekerjaan dan karir

Tahap ini adalah tahap dimana remaja harus menyelesaikan sekolah atau mendapatkan pekerjaan. Remaja yang hidup dalam kemiskinan kemungkinan tidak dapat menyelesaikan tugas perkembangan ini.

Kehamilan sering mengganggu pendidikan bagi remaja. Efeknya dapat berupa tidak tamat atau dikeluarkan dari sekolah, dan menjadi pengangguran (Neamsakul, 2008). Keluarnya remaja dari sekolah menyebabkan remaja sulit mendapatkan pekerjaan dengan gaji yang layak, karena terbentur dengan tingkat pendidikannya yang rendah.

f. Gangguan pencapaian kebebasan dari orang tua.

Pada tahap ini remaja harus mampu untuk berfungsi dalam lingkungan sosial tanpa panduan dari orang tua. Kehamilan remaja menyebabkan remaja secara ekonomi masih tergantung pada orang tua, justru di saat dia seharusnya bebas dari orang tua. Hal ini akan menghambat remaja memenuhi tugas perkembangannya untuk mandiri dari orang tua.

2.2.8. Kebutuhan Khusus Remaja yang Hamil

Menurut Ford et.al (2002) 33% remaja perempuan yang menjadi ibu tidak menerima perawatan pre natal yang adekuat. Padahal remaja yang menjadi ibu dan bayinya mempunyai risiko yang lebih besar terhadap timbulnya masalah kesehatan jika dibandingkan ibu yang lebih tua dan bayinya. AGI, (2002); Martin, et.al (2003) juga mengatakan risiko yang berhubungan dengan kehamilan dini terkait dengan faktor-faktor seperti status ekonomi yang rendah, perawatan pre natal yang kurang, nutrisi yang tidak adekuat dan praktik gaya hidup yang tidak sehat (dalam Maurer & Smith, 2007).

Komponen esensial program prenatal untuk mengurangi BBLR harus mencakup: 1) screening perilaku yang berisiko, 2) pengkajian risiko berkelanjutan, 3) perawatan individu dan manajemen kasus, 4) konseling nutrisi, 5) pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mengurangi kebiasaan yang tidak sehat, dan 6) pelayanan support sosial. Program prenatal yang baik juga harus mencakup persiapan untuk persalinan dan melahirkan, pengenalan perawatan bayi baru lahir, dan pilihan penggunaan kontrasepsi post partum (Maurer & Smith, 2007).

Menurut Neamsakul (2008), kebutuhan selama hamil terdiri atas kebutuhan untuk diri remaja sendiri dan kebutuhan untuk si bayi. Kebutuhan untuk remaja dibagi menjadi kebutuhan fisik dan kebutuhan emosional. Kebutuhan fisik selama hamil dapat berupa kebutuhan pemeriksaan fisik, kebutuhan informasi untuk kesehatan remaja dan janin, nasehat tentang praktik selama kehamilan, perawatan bayi baru lahir, cara untuk mengurangi ketidaknyamanan selama hamil serta dukungan positif dari pemberi pelayanan kesehatan. Kebutuhan emosional dapat berupa cinta dan kepedulian, pemahaman dari orang lain, dukungan, keamanan, perasaan nyaman. Sedangkan kebutuhan untuk bayi antara lain

meliputi konfirmasi tentang kesehatan bayi, jenis kelamin bayi, nasehat untuk melindungi bayi dari penyakit dan kebutuhan hidup si bayi seperti pakaian, susu dan kasih sayang untuk si bayi.

Keluarga sebagai support sosial utama bagi remaja harus membantu remaja dalam memenuhi kebutuhannya. Dukungan pada remaja pada masa sulit menjadi sangat penting. Penelitian oleh Neamsakul (2008) mengidentifikasi dukungan pada remaja dalam berbagai bentuk. Dukungan selama hamil adalah tindakan yang dipersepsikan oleh partisipan sebagai tindakan yang mendukung dari orang lain. Persepsi terhadap dukungan meliputi jenis support, sumber support, tingkat dukungan, dan kontinuitas. Jenis support meliputi support fisik, emosi, materi, informasional dan financial.

Dukungan fisik dapat berupa bantuan dari teman lelaki remaja putri agar remaja yang hamil tidak membawa benda-benda yang berat. Dukungan emosional dapat berupa ekspresi perhatian terhadap kehamilan. Dukungan materi dapat berupa pemberian segala bantuan yang bukan berupa uang. Dukungan financial adalah pemberian bantuan berupa uang baik dari orang tua maupun teman lelaki remaja putri. Sedangkan dukungan informasional dapat berupa pemberian informasi baik dari petugas kesehatan maupun orang lain.

Selain itu, Neamsakul (2008) juga membagi jenis sumber dukungan dari beberapa aspek. Sumber dukungan dapat berupa dukungan dari orang tua, teman lelaki remaja putri, orang lain, keluarga dari teman lelaki remaja putri, tetangga, dan pemberi layanan kesehatan. Sedangkan kontinuitas dukungan dibagi menjadi tidak pernah, kadang-kadang, sering, biasa dilakukan, selalu. Selain itu, tingkat dukungan dibagi dalam rentang 1-9.

2.3. Remaja KTD dalam Konteks Perawatan Keluarga

KTD yang dialami remaja membawa keluarga dalam kondisi krisis. Kondisi krisis menuntut perubahan dalam struktur keluarga juga fungsi keluarga. Perubahan tergantung derajat sakit/masalah yang dihadapi anggota keluarga.

2.3.1. Keluarga, Struktur dan Fungsinya

Struktur keluarga menunjukkan cara pengaturan keluarga, cara pengaturan unit-unit, dan bagaimana unit-unit ini saling mempengaruhi. Parad dan Caplan (1965, dalam Friedman, Bowden & Jones) menganalisis sebuah keluarga yang mengalami stress telah mengidentifikasi 3 dimensi structural yaitu: sistem nilai, jaringan komunikasi dan sistem peran. Friedman, Bowden dan Jones (2003) menambahkan dengan struktur kekuatan dan pengambilan keputusan.

a. Sistem nilai

Nilai adalah gambaran utama sistem keyakinan individu. Nilai berfungsi sebagai panduan untuk bertindak. Nilai dalam keluarga akan membimbing atau mengarahkan perkembangan keyakinan norma atau aturan yang dianut oleh keluarga. Menurut Parad dan Caplan (1965) nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, perilaku, dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar atau tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum (dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Konflik nilai dalam keluarga terjadi karena keragaman antara nilai sosial, pertentangan antara nilai kebudayaan yang dominan dan kelompok, serta pertentangan nilai antara generasi. Konflik nilai di antara generasi biasanya terjadi pada keluarga *extended family* atau keluarga dengan anak remaja (Friedman, Bowden & Jones 2003). Konflik nilai pada keluarga

dengan anak remaja KTD dapat merupakan konflik nilai individu dengan keluarga, individu dan keluarga dengan masyarakat.

Hasil penelitian oleh Neamsakul (2008) menemukan bahwa masyarakat Thailand memandang remaja KTD sudah menyalahi nilai yang berlaku di lingkungan sosial mereka. Mereka menganggap merupakan suatu kebanggaan bagi seorang remaja untuk “tidak tersentuh” atau secara seksual masih perawan. Remaja KTD telah menyakiti keluarga mereka karena apa yang dilakukan remaja telah melanggar norma sosial, nilai dan kebudayaan yang berlaku. Hal ini tidak saja menyebabkan krisis bagi remaja, karena telah melanggar nilai yang ada di keluarga, namun juga krisis bagi keluarga karena mempunyai anggota keluarga yang telah melanggar nilai yang berlaku di masyarakat.

Hal ini sebenarnya tidak jauh berbeda dengan kondisi di Indonesia yang masih memegang erat nilai yang menganggap bahwa seorang remaja harus menjaga keperawanannya sampai dengan menikah. Khususnya di daerah rural, remaja yang hamil di luar nikah dianggap telah melakukan perbuatan yang sangat bertentangan dengan apa yang diharapkan oleh masyarakat. Mereka dianggap telah melanggar nilai agama dan nilai sosial yang ada di masyarakat.

Pada akhirnya, penyelesaian konflik ini sangat tergantung dari nilai yang dipegang dan disepakati bersama oleh keluarga. Beberapa pilihan yang mungkin diputuskan oleh keluarga adalah melanjutkan kehamilan dengan menikah atau tidak menikah, melanjutkan kehamilan dengan merawat sendiri anak yang dilahirkan atau menjadikan anak tersebut sebagai anak

adopsi, atau pilihan yang sebenarnya sangat tidak diharapkan adalah aborsi.

b. Jaringan/Pola Komunikasi

McCubbin dan Dahl (1985) menjelaskan komunikasi adalah proses pertukaran perasaan, keinginan, kebutuhan, informasi dan pendapat. Galvin dan Brommel (1986) mendefinisikan komunikasi keluarga sebagai suatu simbolis, proses transaksional yang menciptakan dan membagi arti dalam keluarga (dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Proses komunikasi terbagi menjadi komunikasi fungsional dan komunikasi disfungsional. Komunikasi fungsional meliputi menyatakan kasus dengan tegas dan jelas, terbuka, mengklarifikasi/memvalidasi pesan, mendengar dan meminta atau memberi umpan balik. Sedangkan komunikasi disfungsional meliputi membuat asumsi, mengekspresikan perasaan secara tidak jelas, membuat respon yang menghakimi, ketidakmampuan mendefinisikan kebutuhan sendiri dan penampilan komunikasi yang tidak sesuai, gagal mendengar, menghina, menggunakan diskualifikasi, dan gagal menggali atau memvalidasi pesan pengirim (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Komunikasi sangat penting dalam kesehatan sebuah keluarga. Berikut hasil penelitian terkait yang dirangkum oleh Friedman, Bowden & Jones (2003). Menurut Curran (1983), sifat pertama dari keluarga yang sehat adalah komunikasi yang jelas serta kemampuan untuk saling mendengarkan. Komunikasi yang baik diperlukan untuk menumbuhkan dan mempertahankan hubungan saling mencintai. Kahn (1990); Spinetta dan Deasy Spineta (1981) juga menyatakan faktor sentral dalam fungsi

keluarga yang sehat adalah terdapatnya keterbukaan, kejujuran, dan komunikasi yang jelas dalam mengatasi pengalaman kesehatan yang menimbulkan stress serta masalah terkait lainnya. Hal ini didukung oleh pernyataan Friedman (1985); Walsh, (1998); bahwa jika keluarga tidak membahas masalah penting yang dihadapi, akan menyebabkan jarak emosi dalam hubungan keluarga, dan meningkatnya stress keluarga. Hoffer (1989) juga mengatakan stress yang meningkat tidak saja mempengaruhi hubungan keluarga tetapi juga kesehatan keluarga serta anggotanya.

Beberapa remaja tidak mengkomunikasikan secara langsung tentang kehamilannya antara lain karena takut akan perlakuan keluarga kepada mereka. Awalnya mereka berusaha menyembunyikan sampai mereka benar-benar tidak bisa menutupi perubahan fisik yang terjadi.

Ketika keluarga mengetahui, respon keluarga bermacam-macam, baik verbal maupun non verbal, baik dilakukan secara terbuka maupun tertutup. Respon verbal ditunjukkan melalui kata-kata sedangkan respon non verbal ditunjukkan melalui sikap. Kata-kata yang dikeluarkan berupa pertanyaan, kata-kata kasar, menyalahkan dan mengeluh. Sedangkan respon melalui sikap ditunjukkan melalui tatapan tajam dan pandangan asing. Respon secara tertutup dilakukan dengan “menggossip”, diam, dan “acuh tak acuh” (Neamsakul, 2008).

Apapun respon keluarga ketika mengetahui KTD anak/remajanya, pada akhirnya keluarga harus menerima kenyataan tersebut. Diperlukan kejujuran dan keterbukaan dalam membicarakan masalah ini di keluarga. Kejujuran dan keterbukaan dalam keluarga ketika membicarakan KTD remaja

merupakan titik awal penyelesaian masalah yang timbul. Penggunaan teknik komunikasi yang baik adalah kunci utama dalam setiap permasalahan dalam keluarga.

c. Sistem Peran

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang relatif homogen, dibatasi norma dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Peran formal remaja di keluarga adalah sebagai anak juga sebagai pelajar. Sedangkan peran informal anak menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) menunjuk adanya pelabelan tertentu anak oleh keluarga. Anak dapat dilabel sebagai: yang bertanggung jawab, yang populer, yang secara sosial ambisius, yang rajin belajar, yang terisolasi dari keluarga, yang tidak bertanggung jawab, yang sakit-sakitan, yang manja dan sejenisnya.

Berikut akan dipaparkan perubahan peran formal yang dialami remaja KTD berdasarkan hasil penelitian dari Neamsakul (2008). Remaja KTD mengalami perubahan peran dari seorang anak menjadi seorang ibu dan dari seorang pelajar menjadi seorang ibu rumah tangga. Perubahan dalam peran mempengaruhi gaya hidup mereka dan beberapa dari mereka mengalami frustrasi. Beberapa remaja yang dikeluarkan dari sekolah biasanya merasa kesepian. Mereka mengerjakan pekerjaan rumah atau membantu merawat saudaranya yang masih kecil. Remaja perempuan yang hidup bersama teman lelakinya mengembangkan hubungan sebagai pasangan dan peran parental untuk memenuhi kebutuhan bayi yang akan lahir. Perubahan peran yang drastis terjadi ketika bayi lahir. Remaja perempuan harus berusaha menjadi ibu sekaligus sebagai seorang istri. Sebagai seorang ibu, remaja harus

mengurus segala kebutuhan bayinya. Sedangkan sebagai seorang istri dia harus mengurus kebutuhan suaminya. Perubahan peran yang drastic ini menimbulkan ketegangan tersendiri. Remaja berusaha menjadi seorang ibu bagi bayinya dan ibu rumah rumah tangga yang baik ketika mereka sendiri mempersepsikan bahwa mereka tidak dapat melakukan peran mereka yang sesuai. Hal ini menimbulkan ketegangan peran, stress peran dan konflik peran bagi mereka.

Sedangkan mengacu kepada Friedman, Bowden dan Jones (2003), remaja KTD mungkin mendapatkan peran informal berupa label antara lain dapat sebagai anak yang tidak bertanggung jawab atau anak yang mencoreng nama baik keluarga.

d. Kekuasaan dan Pengambilan Keputusan

Kekuasaan keluarga adalah kemampuan potensial/aktual dari individu anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga yang lain. Kekuasaan keluarga diteliti terutama dengan memfokuskan kepada pengambilan keputusan. Pembuatan keputusan merupakan proses yang diarahkan pada pencapaian persetujuan dan komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan serangkaian tindakan atau mempertahankan status quo (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Terdapat 3 proses pembuatan keputusan yaitu: *consensus*/kesepakatan, akomodasi (tawar-menawar, kompromi, paksaan) dan *de facto*. Pembuatan keputusan *de facto* terjadi jika sesuatu hal dibolehkan terjadi begitu saja tanpa perencanaan. Keputusan *de facto* juga dapat dibuat ketika terjadi argumentasi

yang tidak ada resolusi atau jika permasalahan tidak diangkat dan didiskusikan (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Remaja yang mengalami KTD menghadapi konflik yang sangat berat. Jika mengacu kepada tugas perkembangannya, maka remaja ingin merasa bebas dari orang tua, namun di sisi lain, mereka merasa tidak mampu dengan segala konsekuensi yang akan mengikutinya. Pada akhirnya, pilihan yang dibuatkan oleh remaja adalah pilihan yang dibuatkan oleh kekuasaan orang tua dan atau pasangannya (PKBI, 2005).

Adanya remaja KTD di keluarga menyebabkan keluarga menghadapi serangkaian kondisi yang mengharuskan keluarga mengambil keputusan dalam mengatasi permasalahan yang ada. Pilihan melanjutkan kehamilan atau tidak, aborsi atau tidak, merupakan masalah utama yang harus diatasi keluarga ketika KTD remaja terungkap. Proses pengambilan keputusan di keluarga akan menentukan keberhasilan tindakan yang akan dilakukan bersama. Pelibatan remaja dalam pengambilan keputusan sebenarnya dapat dilakukan sebagai upaya untuk pembelajaran bagi remaja menjadi orang dewasa. Karena, pada saat yang sama remaja juga dituntut harus menjadi remaja dewasa sebagai ibu rumah tangga dan calon ibu bagi bayinya.

Selain struktur keluarga, yang tidak kalah penting untuk melihat kesehatan keluarga dalam menghadapi krisis adalah fungsi keluarga. Fungsi keluarga menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) meliputi fungsi afektif, sosialisasi dan fungsi perawatan kesehatan. Terkait pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD, maka hanya akan dijelaskan tentang fungsi perawatan kesehatan keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga meliputi penyediaan keperluan fisik anggota keluarga agar tetap sehat seperti makanan, pakaian, rumah, dan perlindungan melawan bahaya serta praktik kesehatan yang mempengaruhi status kesehatan keluarga. Keluarga yang sehat akan mengatur perawatan kesehatan mereka sendiri dalam kolaborasi dengan petugas kesehatan (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

Faktor penting yang mempengaruhi kesehatan keluarga adalah latihan, diet, tidur dan istirahat, pola rekreasi, praktik perawatan diri dan kesehatan lingkungan keluarga seperti keterpaparan terhadap rokok, herbisida dan pestisida, polusi udara, dan *potensial hazard* yang lain (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Fungsi perawatan kesehatan penting dalam rangka memenuhi kebutuhan kesehatan akibat kerentanan kesehatan yang timbul. Pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan pada keluarga dengan anak remaja KTD meliputi pemenuhan kebutuhan terkait aspek bio, psiko, sosial dan spiritual dari remaja KTD.

2.3.2. Keluarga sebagai Fokus Perawatan

Praktik keperawatan keluarga didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar perawatan untuk setiap individu anggota dari keluarga dan untuk unit keluarga secara keseluruhan. Keluarga dilihat sebagai unit dasar dari komunitas dan sosial, yang menampilkan semua keragaman manusia baik kultur, racial, ethnic, dan sosioekonomi (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Friedman, Bowden dan Jones (2003) menggambarkan ada 5 macam cara memandang keluarga dalam praktik keperawatan., meliputi: 1) keluarga sebagai konteks, 2) keluarga sebagai kumpulan dari anggotanya, 3) subsistem keluarga sebagai klien, 4)

keluarga sebagai klien, dan 5) keluarga sebagai komponen masyarakat.

Ketika peneliti ingin melihat bagaimana keluarga merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan yaitu KTD, maka ada 3 cara yang bisa digunakan yaitu memandang keluarga sebagai konteks, keluarga sebagai klien dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat.

a. Keluarga sebagai konteks

Keluarga sebagai konteks merupakan cara pandang bahwa keluarga sebagai tempat/bidang bagi klien atau anggota keluarga. Keluarga dipandang sebagai sebuah sumber daya, namun dalam beberapa kondisi dapat dipandang sebagai stressor bagi individu. Keluarga adalah latar belakang atau focus sekunder sedangkan individu sebagai focus primer terkait pengkajian dan intervensi keperawatan.

Memandang remaja dengan KTD dan keluarga dalam konteks ini adalah menempatkan remaja KTD sebagai focus utama perawatan dan keluarga adalah focus sekunder. Keluarga dapat dipandang sebagai sebuah support sistem atau bahkan sebagai stressor. Keluarga dapat dianggap sebagai stressor jika remaja merasa terancam oleh keluarga jika keluarga mengetahui tentang kehamilannya. Namun pada kondisi lain, keluarga adalah sumber kekuatan remaja untuk mengatasi berbagai permasalahan yang dihadapi. Meng-Chih Lee (2001) menyebutkan beberapa faktor risiko yang mempengaruhi secara signifikan terhadap proses menanti kelahiran pada remaja adalah tinggal di luar rumah remaja, *single parent family*, disfungsi keluarga, pendidikan ibu yang tidak adekuat,

hubungan dengan orang tua yang tidak baik dan kekerasan dalam keluarga (dalam Neamsakul, 2008).

b. Keluarga sebagai klien

Keluarga dalam konteks ini dipandang sebagai sebuah satu kesatuan focus perawatan. Keluarga merupakan bagian terdepan dan individu atau subsistem yang ada di dalamnya sebagai latar belakang atau konteks. Fokus perawatan adalah pada hubungan dan dinamika internal keluarga, fungsi dan struktur keluarga, hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan, serta hubungan keluarga dengan lingkungan luarnya.

Pada keluarga remaja dengan KTD, penggunaan konteks ini adalah antara lain jika belum semua anggota keluarga menerima KTD remaja. Hal ini dapat berdampak pada pengucilan remaja di keluarganya sendiri. Maka focus perawatan adalah konseling kepada keluarga melalui individu atau subsistem yang ada di dalamnya agar menerima KTD remaja. Selain itu, bagaimana keluarga berusaha memenuhi tugas perkembangannya juga dapat dilihat dalam menggunakan kacamata keluarga sebagai konteks.

c. Keluarga sebagai komponen masyarakat

Keluarga dalam konteks ini dipandang sebagai bagian dari masyarakat atau sistem yang lebih besar. Pada keluarga dengan remaja KTD dapat dilihat bagaimana hubungan keluarga dengan masyarakat sekitar dan bagaimana persepsi dan perlakuan masyarakat sekitar terhadap keluarga tersebut.

2.3.3. Tugas Perkembangan Keluarga dengan Remaja KTD

Penggunaan konteks keluarga sebagai klien dalam memandang keluarga remaja KTD adalah termasuk melihat tugas perkembangan yang dihadapi keluarga dengan remaja KTD. Hal ini penting untuk mengoptimalkan pelaksanaan perawatan keluarga dengan anak remaja KTD. Tugas perkembangan remaja dengan kehamilan sudah dibahas pada pembahasan tentang KTD. Bagaimana tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja KTD?

Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja KTD meliputi tugas perkembangan remaja itu sendiri yang dikaitkan dengan dampak kehamilannya (lihat point 2.2.6), tugas psikologis remaja dalam kehamilan dan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja.

Tugas remaja terkait kehamilannya adalah tugas psikologis dalam kehamilan. Menurut Pilliteri (1999) terdapat 3 tugas psikologis pada remaja hamil yang dibagi berdasarkan trimester kehamilan. Pada trimester pertama, seorang remaja harus menerima kehamilannya. Remaja dan pasangannya menghabiskan waktu untuk mengatasi keterkejutan mereka tentang kehamilannya dan merasakan bagaimana sebenarnya menjadi hamil. Reaksi yang umum adalah *ambivalen*, atau merasakan senang juga tidak senang terhadap kehamilan tersebut. Remaja sering mengalami hal ini. Perasaan ini kadang disertai perasaan kecewa atau cemas terhadap berita kehamilannya. Namun sebagian besar remaja dapat mengubah sikap mereka terhadap kehamilannya setelah mereka dapat merasakan gerakan janin dalam perut mereka.

Pada trimester kedua, seorang remaja harus dapat menerima kehadiran bayi. Pada saat ini, seorang remaja harus menyadari

bahwa dia tidak saja hamil, namun juga harus menyadari ada seorang bayi yang ada di dalam tubuhnya. Perasaan ini akan semakin kuat ketika timbul *quickenning* atau gerakan janin dalam perut. Cara yang paling baik untuk mengukur tingkat penerimaan seorang remaja terhadap bayinya adalah dengan mengukur seberapa baik seorang remaja mengikuti instruksi pre natal.

Pada trimester ketiga, seorang remaja harus dapat mempersiapkan diri menjadi orang tua. Kegiatan yang menunjukkan bahwa ibu sudah menyiapkan diri menjadi orang tua adalah seperti membeli pakaian untuk calon bayinya, memilihkan nama dan belajar tentang melahirkan.

Sedangkan jika melihat kepada sisi keluarganya, maka keluarga dengan anak remaja yang hamil harus menyelesaikan tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja. Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2003) tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja adalah: 1) menyeimbangkan kebebasan dan tanggung jawab terhadap anak, 2) memfokuskan kembali hubungan perkawinan, 3) berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak.

Secara umum, dapat disimpulkan bahwa tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja KTD adalah: 1) menetapkan harga diri dan sistem nilai yang baik terhadap anak, 2) mengusahakan hubungan perkawinan yang dapat diterima secara hukum dan norma masyarakat, 3) memandirikan anak dari orang tua, 4) membantu memilihkan pekerjaan untuk anak untuk mengatasi permasalahan ekonomi yang mungkin muncul, 5) membantu anak dalam menerima kehamilannya, 6) membantu anak untuk menerima kehadiran bayi dalam tubuhnya, 7) membantu anak mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua bagi anaknya yang

akan lahir, 8) tetap menyeimbangkan antara kebebasan dan tanggung jawab anak dalam pengambilan keputusan dan menghadapi permasalahan yang ada, 9) tetap mempertahankan komunikasi secara terbuka dengan anak.

2.3.4. Intervensi Keperawatan pada Keluarga dengan Remaja KTD

Intervensi keperawatan dapat dilakukan melalui pencegahan primer, sekunder, maupun tersier. Berikut akan dijelaskan tentang intervensi keperawatan dengan lebih menekankan pada pencegahan sekunder dan tersier pada keluarga yang sudah mengalami KTD.

Pencegahan sekunder meliputi kegiatan *early diagnosis* dan *prompt treatment*. Kegiatan dapat dilakukan dengan memberikan pelayanan berupa deteksi dini adanya kehamilan pada remaja dan penanganan awal yang tepat terhadap gejala kehamilan yang mungkin pada saat itu dirasakan. Sedangkan pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara konseling terhadap remaja/pasangannya tentang beberapa pilihan yang dapat diperoleh, termasuk memelihara bayi dan membuat rencana yang sesuai untuk merawat bayi, pilihan aborsi ataupun adopsi. (Stanhope & Lancaster, 2004).

Secara umum, Murray dan McKinney (2007) menyebutkan beberapa intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat terhadap keluarga dengan remaja yang hamil adalah:

a. Menghilangkan barrier terhadap pelayanan kesehatan

Dua barrier utama bagi remaja hamil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah konflik jadwal untuk mendapatkan pelayanan dan sikap negatif dari pemberi pelayanan (Murray & McKinney, 2007). Hal ini juga didukung oleh Cartoof, et.al. (1991), Van Winter dan Simarpoons, (1990) yang mengatakan bahwa beberapa hal lain yang menjadi penghalang bagi remaja

untuk mengawali pelayanan pre natal adalah: biaya perawatan, masih adanya perasaan pengingkaran terhadap kehamilan, takut untuk mengatakan kepada orang tua, adanya perasaan tidak suka terhadap pemberi pelayanan kesehatan, dan sikap *offensiv* dari petugas klinik (dalam Stanhope & Lancaster 2004). Sedangkan menurut Cartwright et.al, (1993, dalam Stanhope & Lancaster 2004) remaja terlambat mencari pelayanan untuk menjaga agar kehamilan tetap menjadi rahasia bagi anggota keluarga, yang mungkin akan menekan remaja untuk mengakhiri kehamilannya ataupun karena takut terhadap pemeriksaan ginekologi.

Semua remaja hamil dalam berbagai umur mengatakan bahwa sikap negatif dari pemberi pelayanan menyebabkan perasaan enggan untuk kembali datang agar mendapatkan pelayanan pre natal. Perawat dapat berusaha mengatasi sikap negatif tersebut dan memotivasi remaja hamil termasuk remaja agar kembali datang untuk mendapatkan pelayanan ante natal. Beberapa strategi yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Identifikasi sikap *pervasive* dari tim pemberi layanan kesehatan
 - 2) Beritahu bahwa frustrasi, stress dan perasaan marah dari petugas kesehatan adalah umum ketika mereka berhadapan dengan klien yang mempunyai banyak masalah kesehatan.
 - 3) Kenali petugas layanan kesehatan yang mempunyai anak remaja. Mereka mungkin merasa khawatir dan takut anak mereka akan mengalami hal yang sama dengan klien yang mereka hadapi.
- b. Mengaplikasikan prinsip pengajaran dan pembelajaran
- Menurut Murray dan McKinney (2007), beberapa hal yang harus diajarkan kepada klien remaja hamil dan atau

pasangannya adalah: konseling terkait nutrisi adekuat untuk ibu dan janin; perawatan diri terkait pencegahan PMS dan gaya hidup tidak sehat; teknik penurunan stress; *cara bonding attachment* dengan janin; serta perawatan bayi. Pemberian konseling maupun pembelajaran dapat dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- 1) Identifikasi dan luruskan segala *barier* terhadap pelayanan pre natal
- 2) Komunikasikan dengan segala kebaikan dan respect
- 3) Lakukan diskusi kecil dengan topic yang sedang menjadi perhatian
- 4) Sediakan waktu untuk diskusi dan klarifikasi
- 5) Gunakan *Audio Visual Aid (AVA)*
- 6) Berikan informasi yang mudah dimengerti remaja
- 7) Tunjukkan sikap empatik dengan melalui komunikasi non verbal
- 8) Libatkan anggota keluarga yang lain sebagai support sistem jika memungkinkan

c. Meningkatkan support keluarga

Remaja yang hamil membutuhkan dukungan untuk melibatkan keluarga mereka dalam mengambil keputusan untuk mereka (Murray & McKinney, 2007). Hal ini dapat dipahami, sebagaimana disebutkan sebelumnya bahwa remaja mungkin merasa takut jika keluarga mengetahui kehamilan mereka. Namun kondisi tersebut harus segera diatasi, karena bagaimanapun pelibatan orang tua maupun anggota keluarga yang lain sangat penting untuk menentukan rencana selanjutnya.

d. Memfasilitasi rujukan.

Tawarkan rujukan kepada sumber pelayanan di komunitas yang ada, termasuk klinik kesehatan bayi dan klinik pre natal. Home visit teratur selama kehamilan sampai dengan persalinan dapat membantu remaja mengatasi segala permasalahan yang ada. Dukungan keluarga harus diperoleh, jika tidak maka rujukan kepada agency yang dapat memberikan bantuan harus dilakukan.

2.3.5. Peran Perawat Komunitas dalam Keluarga

Banyaknya permasalahan kesehatan baik bio, psiko, sosial dalam kelompok *vulnerable* membutuhkan tindakan nyata perawat dalam berbagai bentuk. Banyak peran perawat yang dapat dilakukan dalam menangani kelompok *vulnerable* ini. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) perawat dapat berperan sebagai: *case finder, health educator, counselor, direct care provider, population health advocate, community assessor and developer, case manager, advocate, health program planner, participant in developing health policies.*

Jika dikaitkan dengan KTD, maka peran *case finder* adalah ketika perawat menemukan kasus-kasus KTD di masyarakat. Kasus KTD biasanya *underreport* dan remaja biasanya mengalami hambatan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Temuan kasus ini kemudian dirujuk ke Puskesmas untuk dikaji lebih lanjut tentang kemungkinan masalah kesehatan yang muncul untuk dilakukan langkah antisipasi lebih lanjut.

Peran sebagai *helath educator* dilakukan ketika perawat melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga dengan KTD terkait kebutuhan informasi yang ada di keluarga. Remaja yang mengalami KTD juga merasakan support yang kurang dari orang

sekitarnya. Peran perawat dalam memberikan informasi dapat sebagai sumber support bagi remaja KTD. Peran ini juga dapat dilakukan pada keluarga yang berisiko anaknya mengalami KTD agar dapat dilakukan tindakan pencegahan.

Peran sebagai *counselor* dilakukan perawat ketika memberikan konseling kepada keluarga yang mengutarakan permasalahan terkait KTD yang dihadapinya. Melalui konseling, keluarga dapat memutuskan beberapa pilihan tindakan yang dapat diambil.

Peran *direct care provider* dilakukan jika dalam kunjungan keluarga perawat menemukan masalah kesehatan khusus yang harus ditangani saat itu. Kondisi tersebut membutuhkan tindakan keperawatan oleh tenaga professional, maka perawat langsung melaksanakan tindakan tersebut.

Peran sebagai *population health advocate* atau advokat kesehatan bagi populasi adalah peran perawat dalam memberikan advokasi kepada keluarga/kelompok antara lain terkait disparitas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Keluarga dengan KTD kemungkinan akan mengalami hal ini karena dianggap telah melakukan perbuatan amoral yang sangat bertentangan dengan nilai di masyarakat.

Peran sebagai *community assessor and developer* adalah peran dimana perawat harus dapat mengkaji kebutuhan komunitas dan mengembangkan program di komunitas. Program yang disusun dapat meliputi program terkait pencegahan primer, sekunder, maupun tersier.

Peran sebagai *case manager* dilakukan perawat ketika menangani kasus kesehatan yang timbul sebagai efek KTD. Masalah kesehatan

dapat termasuk masalah kesehatan fisik maupun psikologis. Peran ini dilaksanakan perawat dengan mengatur sedemikian rupa sehingga semua permasalahan terkait pemenuhan kebutuhan fisik maupun psikologis remaja dan keluarga dengan KTD terpenuhi.

Peran sebagai *health program planner* dilakukan perawat jika perawat duduk di perencanaan program kesehatan. Perawat dapat ikut menentukan program yang akan diterapkan untuk mengatasi berbagai permasalahan pada kelompok remaja KTD khususnya maupun kelompok vulnerable yang lain.

Peran sebagai *participant in developing health policies* dilakukan perawat jika perawat ditempatkan pada posisi dimana perawat harus menetapkan kebijakan terkait kesehatan di level pimpinan. Perawat dapat berpartisipasi dalam menyumbangkan pikiran dan idenya dalam membuat kebijakan terkait penanganan remaja berisiko, atau remaja dengan permasalahan tertentu.

2.4. Aplikasi Teori Model Sistem Neuman dalam Fenomena

Fenomena remaja KTD dengan segala permasalahan yang dihadapi serta respon keluarga dalam mengatasi, memungkinkan penerapan teori dalam memandang fenomena tersebut. Adanya stressor yang dialami remaja pada akhirnya akan mempengaruhi sistem yang lebih luas, yaitu keluarga bahkan masyarakat. Adanya stressor dalam keluarga dan reaksi keluarga untuk mengatasi stressor, yang pada akhirnya mempengaruhi sistem masyarakat merupakan alasan pokok mengapa model ini yang digunakan untuk menjelaskan fenomena. Berikut akan dijelaskan konsep utama *sistem model theory* menurut Betty Neuman (Tomey & Alligood, 2006) beserta aplikasinya dalam fenomena.

Model sistem Neuman didasarkan pada teori sistem yang umum dan merefleksikan kealamiahannya makhluk hidup sebagai sebuah sistem terbuka

dalam interaksinya dengan yang lain dan dengan lingkungan sekitar. Klien sebagai sistem dapat didefinisikan sebagai orang, keluarga, kelompok, komunitas atau issue sosial. Klien dipandang sebagai suatu keseluruhan sebagai bagian dari sistem yang dinamis.

Sebuah sistem dikatakan terbuka ketika elemen-elemennya secara terus menerus bertukar informasi dan energi dalam organisasi yang kompleks. Stress dan reaksi terhadap stressor adalah komponen dasar dari sistem terbuka. Input dan output dalam sistem klien adalah permasalahan, energi dan informasi yang saling bertukar antara klien dengan lingkungan. Output akan memberikan *feedback* untuk input selanjutnya untuk tindakan perbaikan dalam berubah, meningkatkan atau menyetabilkan sistem. Stabilitas menurut Neuman didefinisikan sebagai status keseimbangan yang diinginkan dimana sistem dapat mengatasi stressor untuk mempertahankan tingkat kesehatan dan integritas yang optimal.

Keluarga merupakan suatu sistem terbuka yang interaksinya konstan dengan lingkungan. Transaksi yang sukses dengan lingkungan mencerminkan penyesuaian terhadap lingkungan oleh keluarga (Christensen & Kenney, 1995). Sistem keluarga terdiri dari sub sistem yaitu anggota keluarga. Perubahan pada sub sistem keluarga akan mempengaruhi sistem keluarga. Perubahan ini umumnya terjadi karena ada stressor.

2.4.1. Stressor Keluarga

Stressor dalam keluarga dapat terbagi menjadi: stressor intra keluarga, stressor inter keluarga, dan stressor ekstra keluarga. Stressor intra keluarga pada keluarga dengan anak remaja KTD adalah anak remaja dengan KTD tersebut. Remaja KTD dengan segala permasalahan baik fisik, psikologis, perkembangan, sosial kultural maupun sipiritual yang telah dijelaskan pada point 2.2.6. merupakan sumber stressor intra keluarga. Permasalahan ini dapat berkembang lebih lanjut menjadi stressor inter keluarga maupun ekstra keluarga. Kondisi ini misalnya

terjadi karena aib yang dibawa KTD mempengaruhi interaksi keluarga dengan keluarga lain atau masyarakat sekitar. Keluarga lain dapat berespon negative terhadap keluarga dengan anak remaja KTD. Sebagaimana telah dijelaskan pada point 2.2.4. oleh Neamsakul (2008) bahwa orang lain/keluarga lain dapat bereaksi seperti: mengeluarkan kata-kata kasar, menyalahkan, menatap dengan tatapan tajam, menggosip atau “acuh tak acuh”. Hal ini bisa sebagai sumber stressor inter dan ekstra keluarga.

2.4.2. Tiga Garis Pertahanan

Reaksi terhadap stressor dapat dijelaskan melalui respon keluarga dalam berbagai kondisi. Neuman membagi respon ini dalam 3 garis pertahanan yaitu: *flexible line of defense*, *normal line of defense* dan *line of resistance*. *Flexible line of defense* merupakan mekanisme pertahanan pertama melawan stressor. Mekanisme ini dinamis dan dapat berubah secara cepat dalam waktu yang singkat. Mekanisme ini dipersepsikan sebagai penahan untuk melindungi keadaan stabil dari sistem klien. Hubungan dari berbagai variabel dapat mempengaruhi tingkat penggunaan *flexibel line of defense* dalam bereaksi terhadap stressor.

Normal lines of defense menggambarkan status stabilitas dari sistem atau individu. Kondisi ini dipertahankan di setiap waktu dan menyediakan standar untuk mengkaji penyimpangan dari tingkat kesehatan klien yang biasanya. Kondisi ini termasuk variabel sistem dan tingkah laku seperti pola koping, gaya hidup, dan tahap perkembangan dari individu. Ekspansi dari garis ini menunjukkan peningkatan status kesehatan, sedangkan kontraksinya garis ini menunjukkan status kesehatan yang menurun.

Lines of resistance ini menggambarkan factor-faktor yang membantu klien mempertahankan diri melawan stressor. Ketika *lines of resistance*

efektif, sistem klien dapat tersusun kembali, jika sistem klien tidak efektif, mungkin akan terjadi kematian. Tingkat resistensi terhadap stressor ditentukan oleh hubungan antar 5 variabel dari sistem klien (fisiologis, psikologis, perkembangan, sosialkultural dan spiritual).

Mengacu kepada konsep dari Neuman, untuk mencegah gangguan yang terjadi pada garis pertahanan fleksibel, maka pencegahan yang dilakukan adalah pencegahan primer. Gangguan pada garis pertahanan normal, maka diatasi dengan serangkaian tindakan pencegahan sekunder. Sedangkan gangguan pada garis pertahanan resisten diatasi dengan serangkaian tindakan pencegahan tertier.

Pada remaja dengan KTD, garis pertahanan fleksibel dan normal sudah tertembus. Secara fisiologis, psikologis, perkembangan, sosialkultural dan spiritual dari remaja sudah terganggu (lihat poin 2.2.6). Sedangkan garis pertahanan resisten sudah teraktivasi. Kondisi tersebut menuntut perawat melakukan serangkaian tindakan berupa pencegahan sekunder dan tertier untuk membantu keluarga mengatasi segala permasalahan yang ada. Jenis tindakan ini dapat dilihat pada point 2.3.4.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan tentang rancangan penelitian yang digunakan untuk menggali pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD di Kabupaten Cilacap tahun 2011

3.1. Desain Penelitian

Penelitian tentang pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD dilakukan dengan metode kualitatif. Metode ini digunakan karena penelitian ini berusaha menggambarkan dan menjelaskan issue yang kompleks yang berhubungan dengan keperawatan (Gangeness & Yurkovich 2006; Luck et. al. 2006; dalam Anthony & Jack, 2009). Metode ini digunakan karena penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data yang mendalam, yaitu data yang mengandung makna (Sugiyono, 2010). Disamping itu, metode ini digunakan karena penelitian ini berusaha menggali pengalaman yang merupakan hal yang abstrak, subyektif dan unik. Penelitian ini berusaha menggali pengalaman partisipan tentang bagaimana merawat anak remaja dengan segala masalah bio, psiko, sosial dan spiritual akibat KTD yang dialaminya.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini digunakan karena penelitian ini bertujuan untuk memahami pengalaman hidup sepenuhnya dan persepsi yang diberikan terhadap pengalaman itu (Polit & Beck, 2008) oleh partisipan. Creswell (1998) mengatakan bahwa penelitian fenomenologi menggambarkan makna pengalaman hidup beberapa orang tentang suatu konsep atau fenomena. Hal tersebut juga diungkapkan oleh Omery (1983, dalam Flood, 2011) bahwa fenomenologi bertujuan untuk memahami perspektif subyektif kognitif dari orang yang mempunyai pengalaman dan efek perspektif tersebut terhadap pengalaman hidup. Penelitian ini

menggali perspektif keluarga tentang KTD, serta pengaruh perspektif tersebut terhadap perawatan terhadap anak remajanya yang mengalami KTD. Penelitian ini juga menggali pengalaman keluarga merawat anak dengan KTD serta makna yang diberikan oleh partisipan terhadap pengalaman tersebut.

Terdapat dua jenis pendekatan fenomenologi, yaitu fenomenologi deskriptif dan interpretive/hermeneutic (Cohen & Omery, 1994). Perbedaan kedua jenis pendekatan itu terletak pada bagaimana temuan dihasilkan dan tambahan pengetahuan dari professional (Lopez & Willis, 2004; dalam Flood, 2010).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif. Pendekatan fenomenologi deskriptif berupaya menjelaskan makna pengalaman hidup manusia. Pendekatan fenomenologi deskriptif dalam penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak remaja dengan KTD.

Terdapat empat langkah yang harus dilakukan dalam pendekatan fenomenologi ini. Berikut dijelaskan langkah-langkah tersebut yang meliputi *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Polit & Hungler, 1999).

Bracketing adalah proses identifikasi dan menahan keyakinan dan opini terhadap fenomena yang mungkin sudah dimiliki oleh peneliti. Hal ini dilakukan agar data yang dihasilkan benar-benar murni tanpa dipengaruhi keyakinan atau opini peneliti. Proses bracketing merupakan proses yang secara konsisten harus diterapkan oleh peneliti dalam setiap langkah analisis data. Peneliti dalam hal ini berusaha menempatkan diri sebagai orang yang benar-benar buta terhadap fenomena. Peneliti mencoba menerapkan *bracketing* ketika melakukan wawancara dengan partisipan, mengungkap makna ketika analisis data sampai mengorganisasikan makna dalam kategori, sub tema dan tema. Peneliti tidak melibatkan opini, ide

dan pandangan peneliti terkait fenomena dalam setiap tahapan penelitian ini.

Intuiting terjadi ketika peneliti mempertahankan keterbukaannya terhadap pemberian makna terhadap fenomena dari orang yang mengalami. Proses *intuitive* menghasilkan pemahaman yang umum tentang fenomena. Peneliti dalam hal ini memberi kebebasan bagi partisipan untuk memberikan maknanya terhadap pengalaman hidup yang dialaminya (Polit & Hungler, 1999). Streubert & Carpenter (1999) menyebut *intuiting* sebagai proses pemikiran terhadap data sehingga interpretasi yang benar, comprehensive dan akurat terhadap makna yang sebenarnya dapat tercapai. Proses ini membutuhkan variasi imajinasi peneliti terhadap data yang diperoleh sampai pemahaman yang umum tentang fenomena dapat dihasilkan. Peneliti menerapkan prinsip *intuiting* ini dengan cara membaca berulang-ulang transkrip verbatim, mencari makna dan memahami esensi dari setiap pernyataan partisipan, sampai peneliti dapat menangkap makna sebagaimana makna yang dipersepsikan oleh partisipan

Analyzing merupakan proses analisa data. Tahapan *analyzing* meliputi koding, pemberian kategori, dan pemberian makna yang penting terhadap fenomena (Polit & Hungler, 1999). Peneliti menerapkan prinsip ini dengan cara mengorganisasikan makna dalam kategori, sub tema dan tema. Penentuan kategori, sub tema dan tema juga atas persetujuan pembimbing yang sekaligus berkedudukan sebagai eksternal reviewer.

Sedangkan *describing* merupakan fase dimana peneliti telah dapat memahami dan mendefinisikan fenomena. Tujuan akhir dari langkah dalam fenomenologi deskriptif ini adalah mengkomunikasikan dan menawarkan deskripsi yang kritis dan jelas melalui verbal maupun tulisan (Polit & Hungler, 1999). Peneliti dalam hal ini membuat deskripsi dari hasil analisis data dalam bentuk tulisan yang berisi pernyataan partisipan, dan pengorganisasian makna dalam kategori, sub tema dan tema.

3.2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anak remaja yang mengalami KTD di wilayah Kabupaten Cilacap Jawa Tengah. Sedangkan sampel pada penelitian ini adalah caregiver yang merawat anak remaja dengan KTD.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel dari sumber data dengan suatu pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2010). Sampling pada penelitian kualitatif lebih mendasarkan pada kualitas daripada kuantitas, dimana peneliti mencari partisipan yang dapat memberikan deskripsi yang lengkap dan kaya fenomena yang diteliti (Geertz, 1973; Holloway & Wheeler, 1996; dalam Nicholls, 2011). Penelitian kualitatif berkonsentrasi hanya pada sampling yang dapat memperkaya pemahaman peneliti tentang munculnya teori (Crabtree & Miller, 1992; Finlay & Ballinger, 2006; dalam Nicholls, 2011). Mengacu kepada 16 kriteria sampling menurut Miles dan Huberman (1994) maka penelitian ini menggun teknik sampling *criterion*, dimana sampel dipilih dengan serangkaian kriteria yang sesuai dengan fenomena yang diteliti (Creswell, 1998).

Sampel pada penelitian ini adalah *caregiver* dari keluarga yang mempunyai anak remaja yang mengalami KTD dengan kriteria:

- a. *Caregiver* tinggal bersama remaja KTD sampai anak remaja melahirkan bayinya.
- b. Pada saat pengambilan data, anak remaja dengan KTD sudah melahirkan bayinya. Kriteria ini ditetapkan karena peneliti ingin melihat pengalaman keluarga merawat KTD dari trimester 1 sd. 3, serta akses untuk mendapatkan layanan terhadap proses persalinan.
- c. *Caregiver* dan remaja tinggal di wilayah Kabupaten Cilacap
- d. *Caregiver* bersedia menjadi partisipan.

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 8 karena saturasi data dicapai pada partisipan ke-8. Hal ini sesuai dengan rekomendasi dari Dukes (1984) bahwa untuk penelitian fenomenologi, penelitian dilakukan terhadap 3 – 10 orang (dalam Creswell, 1998). Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian sejenis yang juga meneliti tentang aspek yang sensitive. Penelitian yang dilakukan oleh Zani (2004) tentang potensi penyebaran HIV dari pengguna NAPZA suntik ke masyarakat umum di Jakarta mencapai saturasi data pada partisipan ke-8.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Cilacap. Pemilihan wilayah Kabupaten Cilacap didasarkan pada pertimbangan data jumlah KTD di Kabupaten Cilacap serta pertimbangan geografis dan sosial kultural. Selain itu, pemilihan wilayah Cilacap ditentukan karena kedekatan peneliti dengan fenomena penelitian. Kesamaan kultur, budaya dan asal wilayah antara peneliti dan partisipan memudahkan peneliti untuk memasuki “teritori” partisipan, apalagi issue yang diteliti adalah issue sensitive yang membutuhkan pendekatan khusus.

Data KTD yang diperoleh dari program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) Cilacap bahwa KTD pada tahun 2007: 52 kasus, tahun 2008: 98 kasus, tahun 2009: 71 kasus dan tahun 2010: 44 kasus. Data tersebut diperoleh dari adanya pasien remaja yang datang ke bagian Balai Pengobatan (BP) Puskesmas dengan keluhan sebagaimana keluhan yang dirasakan oleh wanita yang baru hamil. Kemudian, oleh petugas Puskesmas dilakukanlah pemeriksaan kehamilan dan ternyata hasilnya positif.

Berdasarkan hasil pencarian data peneliti di lapangan, ternyata peneliti menemukan bahwa jika hanya mengandalkan data remaja yang secara tidak sengaja diketahui hamil melalui pemeriksaan di BP, hanya akan menemukan jumlah yang sedikit. Justru remaja yang hamil lebih banyak terjaring melalui data permintaan suntikan Tetanus Toksoid (TT) untuk

calon pengantin (cantin). Hal ini terjadi karena salah satu syarat sebelum diimunisasi adalah harus melakukan pemeriksaan urin untuk tes kehamilan terlebih dahulu. Berdasarkan data cantin yang positif hamil, usia maksimal 20 tahun dan disertai alamat lengkap meliputi RT/RW, peneliti kemudian menghubungi bidan desa yang berwenang di daerah yang ditinggali oleh calon partisipan. Bersama dengan bidan desa tersebut, kemudian peneliti melakukan wawancara.

Sebagian partisipan melakukan pemeriksaan kehamilan dan melahirkan di bidan desa terkait. Partisipan ini ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Nusawungu dan Kroya I yang memang terletak di desa. Sedangkan partisipan yang berasal dari wilayah kerja Puskesmas Cilacap Tengah I dan Cilacap Selatan II, umumnya melakukan pemeriksaan kehamilan dan kelahiran di bidan atau dokter terdekat. Hal ini bisa dimaklumi karena 2 wilayah kerja ini berada di wilayah kota.

Pencarian alamat calon partisipan pun ternyata lebih mudah di desa daripada di kota. Kebanyakan bidan desa kenal dan mengetahui alamat calon partisipan serta mereka bersedia mengantarkan peneliti ke alamat dimaksud. Namun hal berbeda peneliti temukan di wilayah kota. Kebanyakan bidan desa di kota sangat sibuk sehingga peneliti hanya meminta alamat kader terdekat dengan alamat calon partisipan. Melalui kader inilah peneliti lebih mudah menjalin *trust* dengan partisipan.

Sebenarnya, penelitian direncanakan dilakukan di 4 wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Cilacap, yaitu Puskesmas Nusawungu I, Cilacap Selatan II, Cilacap Tengah dan Binangun. Wilayah kerja ini dipilih karena berdasarkan data program KRR-DKK Cilacap tahun 2010, merupakan 4 wilayah kerja Puskesmas dengan jumlah KTD terbanyak dari 36 wilayah Puskesmas di Kabupaten Cilacap (data terlampir). Namun pada kenyataannya, ada Puskesmas yang tidak memiliki data calon partisipan yang lengkap. Hal ini peneliti temukan di Puskesmas Binangun. Data remaja KTD yang ada di buku register suntikan imunisasi untuk cantin tidak disertai alamat lengkap rumah yang meliputi RT dan RW. Hal ini

menyulitkan peneliti mencari rumah calon partisipan. Akibatnya, tidak ada partisipan yang berasal dari wilayah kerja Puskesmas tersebut.

Salah satu hal yang di luar dugaan peneliti adalah adanya jumlah calon partisipan yang cukup besar di wilayah kerja Puskesmas Kroya I. Puskesmas Kroya I ini rencananya hanya akan digunakan untuk uji coba instrument dan uji transferabilitas. Namun karena jumlah partisipan di wilayah kerja Puskesmas yang lain kurang mencukupi, maka akhirnya peneliti mengambil partisipan dari wilayah kerja Puskesmas ini.

Partisipan yang masuk dalam penelitian ini juga tidak ada yang berasal dari Puskesmas Nusawungu. Hal ini disebabkan karena dari 4 calon partisipan yang ada, 2 partisipan tidak sesuai kriteria inklusi, 1 partisipan tidak bisa ditemui dan 1 partisipan menolak.

Delapan partisipan dalam penelitian ini terdiri atas 3 orang berasal dari wilayah kerja Puskesmas Kroya, 2 orang dari wilayah kerja Puskesmas Cilacap tengah I dan 3 orang yang lainnya berasal dari wilayah kerja Puskesmas Cilacap selatan II.

Penelitian dilakukan dari mulai penyusunan proposal penelitian, pengurusan perijinan penelitian, pengambilan data penelitian sampai dengan penyusunan laporan hasil penelitian. Penelitian dimulai dari bulan Februari sd. Juli 2011.

3.4. Pertimbangan Etik Penelitian

Belmont Report (Polit & Hungler, 1999) mengemukakan tiga prinsip etik utama yaitu: *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice*. Ketiga prinsip ini juga dijadikan sebagai acuan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK). Penerapan ketiga hal tersebut dijelaskan sebagai berikut:

a. Beneficence

Beneficence/kemanfaatan merupakan prinsip etika penelitian yang utama. Prinsip ini mempunyai beberapa dimensi, yaitu: bebas dari

perlukaan/*nonmaleficence*, bebas dari eksploitasi, ada manfaat yang diperoleh dari penelitian, ada rasio risiko/manfaat (Polit & Hungler, 1999; PNEPK, 2004)

Dimensi 1: bebas dari perlukaan/*nonmaleficence* adalah proses pelaksanaan penelitian sedapat mungkin tidak menyebabkan injury fisik maupun psikologis seperti kecemasan, ketakutan dan sejenisnya (Polit & Hungler, 1999).

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersinggungan dengan aspek yang *sensitive* karena terkait hal yang dianggap tabu oleh masyarakat. Peneliti berusaha mengatasi ini dengan terlebih dahulu menyusun pertanyaan yang tidak secara langsung mengarah kepada KTD remaja. Peneliti mengawali dengan pertanyaan tentang bagaimana perkembangan kesehatan anak remaja selama hamil dan melahirkan. Adakah keluhan atau masalah khusus yang dialami? Setelah itu peneliti menanyakan tentang tanggal perkawinan dan tanggal lahir dari anak yang dilahirkan oleh remaja KTD. Kemudian peneliti menghitung jarak waktu dari tanggal menikah dan melahirkan anak. Berdasarkan hasil perhitungan itu peneliti menanyakan kepada keluarga tentang perawatan KTD anak. Melalui cara ini peneliti merasakan kesan tabu, malu, seram dan menakutkan yang kemungkinan dirasakan oleh partisipan tidak muncul.

Beberapa partisipan terlihat berat ketika harus menceritakan pengalamannya. Ketika menemui ini peneliti memberikan waktu bagi partisipan untuk diam. Waktu jeda ini peneliti gunakan untuk mencatat *field notes*. Waktu jeda ini juga peneliti gunakan untuk sementara mengalihkan pertanyaan kepada caregiver lain yaitu suami. Adanya pemberian waktu luang bermanfaat bagi partisipan untuk menenangkan dan mengendalikan diri terhadap rangsangan emosional yang timbul.

Dimensi 2: bebas dari eksploitasi, merupakan prinsip etik dimana partisipan tidak dirugikan dan tidak ditempatkan pada posisi dimana dia secara jelas belum disiapkan. Partisipan dalam penelitian ini dijelaskan melalui *informed consent* bahwa penelitian ini tidak berdampak buruk kepada mereka, dan informasi yang mereka berikan tidak digunakan untuk hal-hal yang merugikan mereka, atau membuat mereka malu.

Dimensi ke-3: ada manfaat dari penelitian. Partisipan mendapat penjelasan tentang manfaat yang dapat diperoleh dengan mengikuti penelitian ini. Partisipan mendapat penjelasan bahwa dengan mengikuti penelitian ini berarti secara tidak langsung sudah dapat membantu keluarga lain yang mempunyai masalah yang sama dengan belajar dari pengalaman mereka dalam merawat anak remaja yang mengalami KTD. Partisipan juga dapat menggunakan proses wawancara ini sebagai sarana untuk mengungkapkan perasaan, kecemasan dan kesedihan untuk dapat didengarkan oleh peneliti.

Dimensi ke-4: Rasio Risiko/Manfaat atau risiko minimal/manfaat maksimal. Peneliti dalam hal ini berusaha untuk meminimalkan risiko dan memaksimalkan manfaat. Risiko yang muncul dalam penelitian ini adalah adanya gangguan psikologis seperti malu, merasa bersalah, dan sedih. Risiko-risiko tersebut berusaha diminimalisir oleh peneliti dengan cara menjaga kerahasiaan, mengungkapkan pertanyaan dengan hati-hati, dan meminimalisir keterlibatan orang lain dalam pelaksanaan interview kecuali atas ijin partisipan. Sedangkan upaya untuk memaksimalkan manfaat adalah bagaimana informasi yang diperoleh dari partisipan dapat dipergunakan untuk sebesar-besarnya pengembangan ilmu dan kemaslahatan umat.

b. Respect for human dignity/ Respect for person

Prinsip ini meliputi menghormati hak orang untuk menentukan nasib sendiri (*the right of self determination*) dan menghormati hak orang

untuk pengungkapan penuh (*the right of full disclosure*). Hak pertama: hak untuk menentukan nasib sendiri adalah bahwa partisipan berhak untuk menentukan secara sukarela apakah dia terlibat dalam penelitian ini atau tidak tanpa ada risiko hukuman atau *prejudicial treatment*/perlakuan yang merugikan (Polit & Hungler, 1999). Hak ini juga termasuk bebas dari paksaan dalam berbagai bentuknya.

Partisipan dalam penelitian ini diberikan kebebasan penuh apakah berpartisipasi dalam penelitian atau tidak. Hal ini dilakukan dengan tanpa paksaan. Partisipan yang menolak untuk berpartisipasi, maka partisipan tidak mendapatkan hukuman. Sebaliknya, partisipan yang memutuskan untuk terlibat dalam penelitian pun tidak berarti partisipan mendapatkan imbalan yang berlebihan. Pada penelitian ini terdapat seorang partisipan yang menolak untuk berpartisipasi.

Hak kedua yaitu hak untuk pengungkapan secara penuh/ *the right of full disclosure*. Hak ini merupakan hak partisipan untuk mendapatkan secara menyeluruh tentang gambaran alamiah penelitian, gambaran tentang hak partisipan untuk menolak berpartisipasi, gambaran tentang tanggung jawab peneliti, dan gambaran tentang risiko dan manfaat yang dapat diperoleh (Polit & Hungler, 1999). Kedua jenis hak ini tertuang dalam *informed consent*. Sebelum dilibatkan dalam penelitian, partisipan mendapatkan segala hal penjelasan tentang penelitian. Penjelasan tersebut meliputi hak partisipan, risiko yang mungkin muncul, manfaat yang mungkin diperoleh dan kerahasiaan data. Ketika partisipan telah memahami apa yang sudah dijelaskan oleh peneliti, dan partisipan bersedia terlibat dalam penelitian, maka partisipan diminta untuk menandatangani *informed consent*.

c. *Justice*

Prinsip etik ini meliputi *the right of fair treatment*/hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan *the right to privacy*/hak privasi.

Partisipan yang mengikuti penelitian ini mendapatkan perlakuan yang sama dan adil baik sebelum, selama dan setelah penelitian.

Pada penelitian ini partisipan dipilih berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan untuk mencapai tujuan penelitian. Pemilihan tidak diskriminatif atau hanya memilih orang yang disenangi saja. Partisipan yang mundur dari penelitian, tidak dikenai hukuman atau perlakuan yang merugikan.

Justice juga berarti menghargai privasi klien. Partisipan mempunyai hak untuk mengharapkan agar semua informasi yang dikumpulkan selama penelitian dijaga kerahasiannya dengan ketat. Hal ini dapat diwujudkan dengan anonimitas atau prosedur kerahasiaan yang lain (Polit & Hungler, 1999).

Pada penelitian ini prinsip menjaga privasi partisipan dilakukan dengan menerapkan prinsip anonimitas dan prosedur kerahasiaan yang lain, yaitu: 1) data dasar seperti nama dan alamat hanya ditempatkan pada data base dan tidak ditampilkan dalam informasi hasil penelitian yang sebenarnya. Data base berupa *hard copy* disimpan dalam file yang disimpan dalam lemari terkunci, dan kunci hanya dipegang oleh peneliti. Sedangkan *soft copy* disimpan dalam *file* yang dikunci dengan password dan hanya peneliti yang dapat membuka *file* tersebut 2) identitas partisipan dilambangkan dengan huruf dan angka P1, P2, dan seterusnya, 3) hanya orang/lembaga tertentu yang mendapatkan ijin dari pihak institusi FIK-UI yang dapat mengakses informasi hasil penelitian yang sebenarnya.

3.5. Pengumpulan Data

3.5.1. Cara Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data dengan wawancara. Teknik ini dipilih karena peneliti berusaha mendapatkan informasi dari partisipan secara langsung. Hal ini

sebagaimana disebutkan oleh Sugiyono (2010) bahwa wawancara merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam topik tertentu.

Terdapat 3 jenis wawancara, yaitu wawancara terstruktur, semi terstruktur dan tak terstruktur (Sugiyono, 2010). Wawancara yang dilakukan pada penelitian ini adalah jenis wawancara semi terstruktur dan terstruktur. Jenis wawancara terstruktur ini terpaksa dipilih khususnya ketika menghadapi partisipan dengan tingkat pendidikan yang rendah. Banyak dari partisipan kesulitan menangkap maksud dari pertanyaan peneliti. Akhirnya peneliti merubah jenis kalimat pertanyaan dari kalimat pertanyaan terbuka menjadi kalimat pertanyaan tertutup. Wawancara dilakukan selama kurang lebih 45 – 60 menit.

Pada saat wawancara berlangsung, peneliti juga melakukan pencatatan lapangan (*field notes*) untuk melengkapi data hasil wawancara. Catatan lapangan meliputi dokumentasi suasana, ekspresi wajah, perilaku dan respon non verbal partisipan selama proses wawancara. Hasil dari catatan lapangan ini digabungkan dalam transkrip verbatim.

3.5.2. Prosedur Pengumpulan Data

a. Prosedur administratif

Pengumpulan data diawali dengan terlebih dahulu mengurus perijinan penelitian dari instansi terkait. Penelitian ini dilakukan di wilayah Kabupaten Cilacap, provinsi Jawa Tengah. Sesuai dengan peraturan yang berlaku, karena institusi penyelenggara (FIK-UI) bertempat di provinsi yang berbeda yaitu Provinsi Jawa Barat, maka perijinan dilakukan melalui tingkat provinsi. Diawali dengan surat ijin penelitian dari FIK-UI, yang ditujukan kepada Kesatuan Bangsa, Politik, dan

Perlindungan Masyarakat (Kesbangpolinmas) provinsi Jawa Barat, dengan tembusan Gubernur Provinsi Jawa Barat. Selanjutnya dari Kesbangpolinmas Provinsi Jawa Barat, meminta surat yang ditujukan kepada Kesbangpolinmas Provinsi Jawa Tengah, Dari Kesbangpolinmas Provinsi Jawa Tengah, membuat surat yang ditujukan kepada Kesbangpolinmas Kabupaten Cilacap dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Cilacap. Dari sinilah surat dilanjutkan kepada Kepala DKK Cilacap, sampai akhirnya kepada Kepala Puskesmas wilayah terkait.

b. Prosedur teknis

Penelitian ini merupakan penelitian tentang hal yang masih dianggap tabu di masyarakat. Karena itu, peneliti berusaha mendekati partisipan dengan bantuan bidan desa atau kader kesehatan yang tinggal dekat dengan partisipan. Melalui mereka hubungan saling percaya dapat terbina dengan mudah.

Adanya orang yang sudah dikenal oleh calon partisipan menimbulkan perasaan aman pada partisipan. Situasi inilah yang dimanfaatkan oleh peneliti untuk langsung melakukan wawancara pada kontak pertama dengan partisipan.

Hal ini juga dilakukan berdasarkan pengalaman menghadapi partisipan yang menolak terlibat dalam penelitian. Pada saat itu, peneliti berusaha menawarkan kepada partisipan untuk dilakukan wawancara pada pertemuan kedua sebagaimana direncanakan pada proposal penelitian. Namun partisipan menolak dan mengatakan "*cukup, cukup, cukup segini saja*", sambil menggelengkan kepala dengan mata berkaca-kaca. Padahal pertemuan pertama tersebut hanya dimaksudkan untuk kontrak awal sambil menjelaskan tujuan dari penelitian. Berdasarkan hal itulah, dengan melibatkan bidan desa atau

kader yang sudah dikenal partisipan, peneliti berusaha menyelesaikan wawancara dalam satu sesi. Peneliti kembali ke partisipan hanya untuk kepentingan uji validitas data sekaligus terminasi. Terkait kunjungan kedua ini peneliti tidak ditemani oleh bidan desa atau kader.

Penolakan partisipan ini juga menuntut peneliti mengevaluasi pemilihan kata dan kalimat dalam wawancara. Akhirnya peneliti merubah panduan wawancara awal. Perubahan tersebut terletak pada pertanyaan pertama yang berisi pertanyaan tentang pengalaman partisipan mendampingi anak remaja dari hamil sampai melahirkan tanpa menyebut status KTD anak. Pertanyaan ini juga dikaitkan dengan usia remaja yang masih di bawah 20 tahun, yang kurang sesuai dengan usia yang dianjurkan pemerintah untuk menikah dan hamil, namun tetap tanpa menyebut status KTD anak.

Jawaban partisipan untuk pertanyaan peneliti di atas cukup lama. Peneliti menggunakan kesempatan ini untuk menambah *trust* dengan partisipan. Pertanyaan selanjutnya adalah tentang tanggal pernikahan dan tanggal lahir anak. Kemudian peneliti menghitung sendiri usia kehamilan ketika menikah. Berdasarkan pertanyaan dan hasil perhitungan inilah peneliti mencoba membawa partisipan secara perlahan-lahan untuk mengawali cerita KTD anak. Teknik ini ternyata efektif untuk mengurangi kesan seram, menakutkan dan malu dari partisipan. Teknik ini diterapkan kepada 3 orang partisipan yang tidak dapat secara langsung membuka cerita tentang KTD anak. Peneliti tidak menggunakan teknik ini kepada 5 partisipan yang lain karena mereka dengan sukarela menceritakan pengalaman mereka tentang KTD anak.

Semua pelaksanaan wawancara dilakukan di rumah partisipan. Peneliti dan partisipan duduk berdekatan dengan jarak sekitar

50 – 60 cm. Jarak antara partisipan dan peneliti tidak terlalu jauh agar peneliti dapat memperhatikan respon verbal dan non verbal partisipan. Alat perekam diletakkan ditengah-tengah antara peneliti dengan partisipan.

Pada kunjungan kedua peneliti melakukan validasi data dengan membacakan point penting dari hasil transkrip verbatim kepada partisipan terkait tema yang diangkat. Peneliti kemudian menanyakan apakah partisipan setuju dengan yang disampaikan oleh peneliti dan masih adakah yang perlu diklarifikasi. Partisipan yang sudah setuju dan tidak memerlukan klarifikasi diminta membubuhkan tanda tangan di atas transkrip verbatim. Setelah melakukan validasi, peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir. Peneliti memberikan reinforcement positif atas kerja sama peneliti dan partisipan dalam penelitian ini.

3.5.3. Alat Bantu Pengumpul Data

Alat pengumpul data dalam penelitian kualitatif yang utama adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kemudian disebut sebagai instrument kunci. Peneliti mengumpulkan data sendiri dari wawancara dengan partisipan. Sebagai instrument, maka kemampuan peneliti dalam mengumpulkan data melalui wawancara diuji terlebih dahulu. Uji coba instrument penelitian dilakukan terhadap *caregiver* utama bagi anak remaja dengan KTD dari sebuah keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kroya I.

Uji coba ini dilakukan untuk menguji kemampuan wawancara, kemampuan menulis catatan lapangan, dan kualitas alat bantu yang digunakan. Untuk mengantisipasi kegagalan alat perekam maka peneliti menggunakan 2 buah alat perekam sekaligus yaitu MP10 dan handphone.

Hasil dari wawancara kemudian dikonsulkan kepada pembimbing untuk mendapatkan masukan terkait kedalaman informasi yang diperoleh dari wawancara maupun dari catatan lapangan. Pada uji coba pertama pembimbing mengatakan bahwa instrument belum layak untuk digunakan. Instrumen dapat layak digunakan dengan beberapa masukan dan perubahan dalam memilih kalimat pertanyaan.

3.6. Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara: 1) peneliti berusaha melakukan pencelupan ke dalam isi verbatim dengan membaca semua traskrip verbatim untuk mendapatkan makna keseluruhan dari narasi, 2) peneliti mereview transkrip verbatim dan memisahkan pernyataan-pernyataan yang penting, 3) peneliti berusaha mengungkapkan makna dari setiap pernyataan penting yang ditemukan, 4) peneliti berusaha mengorganisasikan makna yang ditemukan melalui koding ke dalam kelompok tema, 5) peneliti mengintegrasikan hasil ke dalam deskripsi yang lengkap dan mendalam terhadap fenomena, 6) peneliti kemudian memformulasikan deskripsi yang lengkap dan mendalam dari fenomena yang diteliti sebagai sebuah pernyataan yang tegas, 7) akhirnya peneliti menanyakan kepada partisipan tentang penemuan yang dihasilkan sebagai langkah akhir validasi.

3.7. Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan melakukan serangkaian teknik pemeriksaan dengan kriteria tertentu. Kriteria tersebut meliputi: 1) uji *credibility*/ derajat kepercayaan/ validitas internal, 2) uji *transferability*/ keteralihan/ validitas eksternal, 3) uji *dependability*/ kebergantungan/ reliabilitas dan 4) uji *confirmability*/ kepastian/ obyektivitas (Moleong, 2010; Sugiyono, 2010; Streubert & Carpenter, 1999).

3.7.1. Uji Kredibilitas

Uji kredibilitas merupakan upaya untuk menguji tingkat kepercayaan data penelitian yang dihasilkan (Moleong, 2010). Pengujian tingkat kepercayaan ini dilakukan dengan cara mengadakan *member check*. Tujuan dari *member check* adalah agar orang yang hidup dengan pengalaman yang diteliti dapat memvalidasi apakah temuan yang dihasilkan merepresentasikan pengalaman mereka (Streubert & Carpenter, 1999).

Pada penelitian ini pengujian kredibilitas dilakukan dengan cara *member check* atau proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada partisipan. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data. Peneliti dalam hal ini kembali ke partisipan dengan membacakan hal-hal penting yang ditemukan dalam verbatim. Partisipan diminta menandatangani transkrip verbatim sebagai bukti bahwa *member check* telah dilakukan dan partisipan setuju dengan hasil penelitian yang ditemukan.

3.7.2. Uji Transferabilitas

Transferability, atau keteralihan menunjukkan derajat ketepatan sejauh mana temuan yang dihasilkan dapat diterapkan dalam situasi atau kelompok lain (Streubert & Carpenter, 1999). Pada penelitian ini peneliti menguji transferabilitas hasil penelitian dengan menggambarkan tema-tema yang telah teridentifikasi kepada *caregiver* remaja KTD yang tidak dijadikan partisipan, yaitu *caregiver* dari keluarga dengan remaja KTD di wilayah kerja Puskesmas Cilacap Selatan II. *Caregiver* pada penelitian ini setuju dengan hasil penelitian. Sehingga dapat dikatakan temuan yang dihasilkan sudah memenuhi syarat transferabilitas.

3.7.3. Uji Konfirmabilitas

Uji konfirmabilitas mengacu kepada obyektifitas atau netralitas dari data. Pengujian ini dilakukan dengan cara melibatkan audit terdiri dari 2 atau lebih orang yang independen untuk memeriksa akurasi, relevansi dan pemaknaan dari data (Polit & Beck, 2006). Hasil penelitian telah memenuhi syarat konfirmabilitas jika hasil penelitian bersifat netral dan datanya obyektif. Pengujian dilakukan dengan cara menunjukkan semua transkrip beserta catatan lapangan, hasil analisis data berupa tabel sub tema, tema dan kategori kepada pembimbing, sampai dengan pembimbing menyetujui temuan yang dihasilkan peneliti. Pengujian ini dilakukan bersamaan dengan uji *dependability*.

3.7.4. Uji Dependabilitas

Uji *dependabilitas* menunjuk kepada kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi (Polit & Beck, 2006). Hal ini dilakukan dengan melibatkan pembimbing sebagai *eksternal reviewer* untuk melakukan penelaahan terhadap data dan dokumen pendukung secara menyeluruh dan detail. Pembimbing dilibatkan dalam penelaahan kata kunci, sub tema, tema, kategori dan pemaknaan secara umum yang sesuai dengan tujuan penelitian.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang hasil penelitian terkait pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD di Kabupaten Cilacap tahun 2011. Data yang peneliti dapatkan berupa transkrip verbatim dan catatan lapangan dari setiap wawancara mendalam yang peneliti lakukan. Data ini telah di analisis dengan menggunakan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi's (Polit & Beck, 2004). Hasil yang peneliti dapatkan setelah di analisis dengan enam langkah menurut Colaizzi teridentifikasi arti dan makna pengalaman keluarga dalam merawat anak remaja dengan KTD dengan disertai 7 tema terkait tujuan khusus dan 1 tema terkait tujuan umum yang ditetapkan.

4.1. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah *caregiver* dari keluarga yang mempunyai anak remaja dengan KTD. Data partisipan diperoleh dari data register permintaan imunisasi “cantin” di Puskesmas, sebagai salah satu syarat administrasi pernikahan di Kantor Urusan Agama (KUA).

Partisipan terdiri dari 8 *caregiver* yang merupakan ibu dari anak remaja KTD. Tujuh dari 8 partisipan adalah ibu kandung dan 1 partisipan adalah ibu angkat. Partisipan berusia antara 34 – 54 tahun. Jenis pekerjaan partisipan sebagian besar adalah ibu rumah tangga: 6 orang; pedagang: 1 orang; dan buruh nelayan: 1 orang. Tingkat pendidikan partisipan yang paling tinggi adalah Sekolah Menengah Atas (SMA): 1 orang; Sekolah Dasar (SD): 1 orang; SD tidak tamat: 5

orang dan tidak sekolah: 1 orang. Semua partisipan bersuku Jawa dan beragama Islam.

Enam partisipan menikahkan anaknya, dan 2 partisipan tidak bisa menikahkan anaknya. Partisipan ke-3 tidak bisa menikahkan anaknya karena teman lelaki anaknya tidak bisa membuat KTP. Teman lelaki anaknya adalah gelandangan di Jakarta. Walaupun anak lelakinya sempat berkunjung ke rumah partisipan ke-3 untuk mengurus pernikahan, namun karena tidak ada KTP sehingga pihak KUA tetap tidak bisa menikahkan.

Sedangkan anak partisipan ke-2 tidak dinikahkan karena yang menghamili adalah kakaknya sendiri. Tindakan keluarga begitu mengetahui anak perempuannya hamil oleh kakaknya, adalah langsung memisahkan anak lelakinya. Saat ini mereka masing-masing sudah menikah. Cucu partisipan ke-2 yang dihasilkan dari KTD akibat *incest* sekarang sudah berumur 1,5 tahun dan saat ini anak partisipan ke-2 sedang mengandung janin hasil pernikahan sahnya dengan suaminya.

Usia remaja pada saat hamil berkisar antara 16 – 20 tahun. Usia kehamilan pada saat menikah antara 2 – 5 bulan. Usia bayi yang dilahirkan oleh remaja KTD pada saat pengambilan data adalah 1 minggu sampai 1,5 tahun. Remaja yang pada saat hamil sudah tidak bersekolah ada 6 orang, dan yang sedang bersekolah 2 orang. Remaja yang masih bersekolah ini akhirnya tidak melanjutkan sekolahnya.

4.2. Hasil Analisis Penelitian

Hasil analisis penelitian berikut ini akan dijelaskan dalam bentuk tema-tema. Tema-tema yang ditemukan pada penelitian ini akan dijelaskan berdasarkan tujuan khusus penelitian.

4.2.1. Masalah kesehatan yang dihadapi keluarga dalam perawatan anak dengan KTD.

Tujuan ini teridentifikasi dari 2 tema yaitu faktor yang mendukung terjadinya KTD dan stress yang dirasakan keluarga. Penentuan tema faktor yang mendukung terjadinya KTD sebagai salah satu tema yang teridentifikasi dalam tujuan pertama ini karena kontribusinya yang sangat besar dalam menyebabkan terjadinya masalah dalam keluarga.

a. Tema 1: Faktor yang mendukung terjadinya KTD

Tema ini teridentifikasi dari beberapa sub tema yaitu: *illegatimasi/destigmatisasi* dan koping destruktif dari masalah. *illegatimasi/destigmatisasi* merupakan kondisi penurunan stigma di mana saat ini, remaja hamil sebelum menikah merupakan hal yang biasa terjadi. Hal ini seolah-olah secara tidak langsung menunjukkan bahwa suatu hal yang legal untuk berpacaran dan akhirnya hamil. Tema ini teridentifikasi dari beberapa sub tema yaitu: *destigmatisasi* dan koping destruktif dari masalah (Skema 1)

1) Sub tema: *destigmatisasi*

Sub tema *destigmatisasi* teridentifikasi dari 2 kategori. Kategori tersebut adalah: banyak contoh di masyarakat dan tinggal bersama.

Partisipan ke-7 mengungkapkan banyaknya kejadian hamil di luar nikah di masyarakat dimana dia tinggal dalam kategori banyak contoh sebagai berikut:

“...memang di sini banyak yang kayak gitu (hamil di luar nikah) (P7)”

Sedangkan P3 mengungkapkan bahwa anaknya tinggal satu kontrakan dengan pacarnya di Jakarta dan tanpa sepengetahuan mereka dalam kategori tinggal bersama sbb:

“ Iya, satu kontrakan (di Jakarta, tanpa sepengetahuan keluarga)” (P3)

2) Sub tema: sikap *permisif* orang tua

Kategori diperbolehkan pacaran dan berduaan di kamar terungkap dari pernyataan partisipan berikut:

“Laki-laki perempuan, pacaran, tunangan, koq disuruh dijaga kamarnya, enggak boleh (ke kamar)...ya enggak benar kan? Jaman sekarang, ...itu terjadinya” (P1).

“...udah tunangan (masa) enggak boleh tidur sini, daripada nanti marah-marah malah ditinggal pergi?” (P8).



Skema 1: Faktor yang mendukung terjadinya KTD

P7 mengungkapkan perilaku pacaran remaja yang di luar pengawasan dalam kategori berpacaran di luar pengawasan sbb:

“Yang namanya anak remaja, ya mungkin enggak dirumah kan diluaran. Orang tua kan enggak tahu, padahal orang tua sudah istilahnya sudah menjaga sebaik-baiknya....(P7)

3) Sub tema: koping destruktif dari masalah

Sub tema ini teridentifikasi dari kategori kecewa dengan pacar. Partisipan adalah partisipan tua yang anak perempuannya dihamili oleh anak lelakinya sendiri. Partisipan berusaha menjelaskan bahwa perilaku kakaknya karena kecewa dengan pacarnya, namun yang menjadi pelampiasan adalah menghamili adiknya sendiri. Kategori ini terungkap dari pernyataan partisipan sbb:

“Itu dibawa emosi sama pacarnya sampai lupa, sehingga yang jadi sasaran adiknya” (P2)

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya KTD di atas yang menimbulkan berbagai masalah yang dialami oleh keluarga. Masalah tersebut terkait stress fisik, finansial, psikologis dan sosial

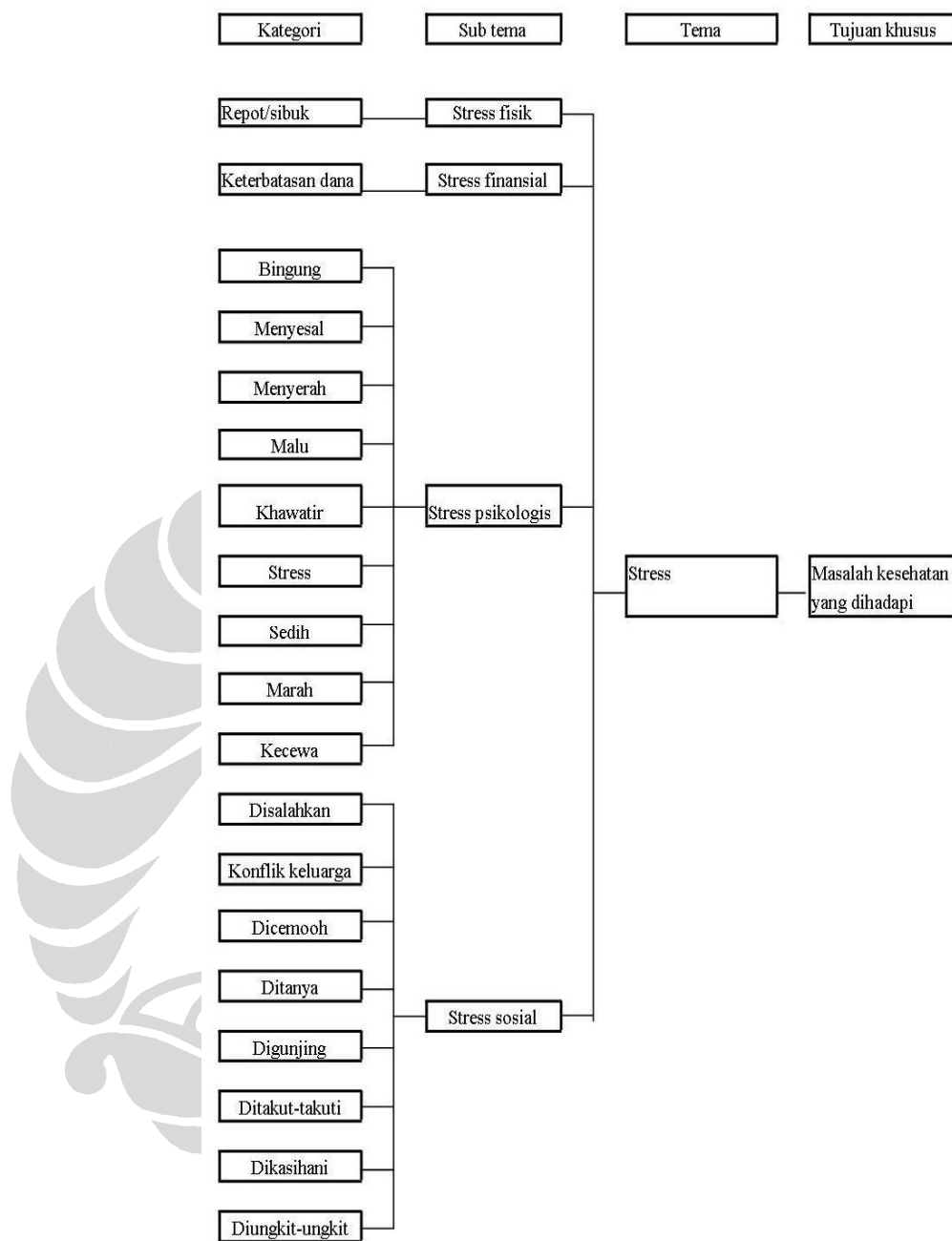
b. Tema 2: Stress

Tema ini teridentifikasi dari 4 sub tema yaitu stress fisik, stress finansial, stress psikologis dan stress sosial (skema 2)

1) Sub tema: Stress fisik

Stress fisik berasal dari kategori kondisi repot/sibuk yang dialami partisipan ketika harus mendampingi anak remaja yang harus dirawat karena *morning sickness* yang dialami. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...cepat-cepat saya kondangan, ...lalu saya ke sini (RS) lagi, lah bolak-balik!! (P1)



Skema 2: Tema 2, Stress

2) Sub tema: Stress finansial

Stress finansial terdiri dari kategori keterbatasan dana yang dihadapi partisipan dalam merawat anak remaja KTD. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...dari dana juga sih ya, saya kan orang nggak punya sih bu....” (P3)

“...yang pasti tidak ada biaya, orang tidak punya sih.” (P4)

3) Sub tema: Stress psikologis

Sedangkan stress psikologi terdiri dari beberapa kategori: bingung, menyesal, menyerah, malu, khawatir, stress, sedih, marah, kecewa. Umumnya hal ini dirasakan partisipan ketika mereka menyadari anak remajanya mengalami KTD.

P3 misalnya mengungkapkan kebingungannya karena menyadari anak yang sudah setahun tidak bertemu, ketika bertemu ternyata sudah hamil.

“Ya saya sebagai orang tua ya bingung, tahu-tahu ini (remaja pulang) sudah hamil (P1)

P1 mengungkapkan kebingungannya ketika mendapati anak remajanya tidak mau makan, tidak mau minum dan 10 hari tidak mau bicara. Kejadian ini dialami remaja ketika remaja tahu bahwa dirinya hamil.

“ Enggak mau bicara sampai 10 hari, kan bingung? Sudah dibujuk, dimacem-macem....

Perasaan menyesal diungkapkan oleh P5 dan P6

“Saya Cuma berdoa, ya Allah, saya mohon maaf, saya khilaf cara mendidik anak saya seperti ini” (P5).

“...nangis, nyesel gitu” (P6), ketika mengetahui anak perempuannya ternyata hamil.

Perasaan menyerah diungkapkan oleh P2 ketika dia mengetahui bahwa anak perempuannya hamil oleh kakaknya sendiri.

“ Saya sebenarnya mbahnya ruwet, pusing!...sudah tidak bisa dipikir lagi “ (P2).

Perasaan malu diungkapkan oleh P4 ketika mengetahui bahwa anaknya yang masih sekolah ternyata sudah hamil.

“ ...malu sama tetangga, kan masih sekolah....” (P4).

Perasaan khawatir terhadap kemungkinan anak perempuannya bunuh diri diungkapkan oleh P1

“ Sama D? enggak marah, takut kalau sampai bunuh diri” (P1).

Stress yang menyebabkan suami partisipan tidak mau makan, minum dan keluar kamar selama sehari diungkapkan oleh P1.

“ ...dia (suami) jadi enggak mau makan” (P1).

Perasaan sedih yang mendalam diungkapkan juga oleh P2.

“ Sedih, nelangsa, macem-macem lah...gelap, nelangsa, tapi ya tetep dikukup diraup (direngkuh)” (P2).

Perasaan marah diungkapkan oleh P2, P5 dan P7.

“Pastinya geregetan sama ingin membunuh sebenarnya. Ingin membunuh sebenarnya, karena sudah mempermalukan! Cuma untungnya tidak sampai bertindak” (P2).

“Sikapnya bapak (suami) ya marah....” (P5).

“ Malah justru saya yang marah” (P7).

Perasaan kecewa diungkapkan oleh P3, P5, P7.

“...ya sebenarnya kecewa ya, sudah dibesar-besarkan seperti itu, harusnya bagaimana lah ya balasannya sama orang tua....” (P3).

“Kecewa jadi orang tua....” (P5)

“Ya perasaan kecewa ya ada...saya juga nggak nyangka kayak gitu....(P7)

4) Sub tema: Stress sosial

Sub tema stress sosial dibentuk dari beberapa kategori: disalahkan, konflik keluarga, dicemooh, ditanya, digunjing, ditakut-takuti, dikasihani, diungkit-ungkit.

Perasaan disalahkan dirasakan oleh P3 ketika ibunya atau nenek si remaja menyalahkan partisipan. Hal ini diungkapkan partisipan melalui:

“kesalahan sih, anak disuruh kerja di Jakarta, di sini juga ada kerjaan” (P3).

Konflik keluarga dirasakan oleh P3:

“Tadinya saya ini sempat tidak rukun dengan ibunya ini, ibunya bapaknya ini (sambil menunjuk cucunya = ibunya pihak laki-laki). Dikiranya saya mempersulit lho....(P3).

Perasaan dicemooh dialami oleh P3, P5, P7

“...ya jelas ada yang menjelekan, kadang ada yang bilang, anaknya itu, anaknya bu K, oh ya pantes” (P3).

“...kamu enggak punya anak, udah ngangkat anak koq sampai seperti itu” (P5).

“Kayak gitu, memalukan! (P7).

P1 ditanya tentang kehamilan anaknya, yang disertai keheranan:

“lha itu D sedang hamil?”

Adanya perasaan digunjing diungkapkan oleh P2 dan P8

“...ya bilang, ...hamil di luar nikah, belum punya surat nikah” (P2).

“...mengejek, tapi di depan orang lain. Kadang ada orang yang suka (sama saya) bilang (ke saya)” (P8).

Perasaan yang lain adalah ditakut-takuti, dikasihani, dan diungkit-ungkit dialami oleh P5.

“ ada yang bilang gini: “ bu, ini anak apa cucu? Ini (remaja) ibunya? He..he..he..ibunya kecil banget, nanti bisa kena kanker lo” (P5)

“ Kasihan banget kamu lho...” (P5).

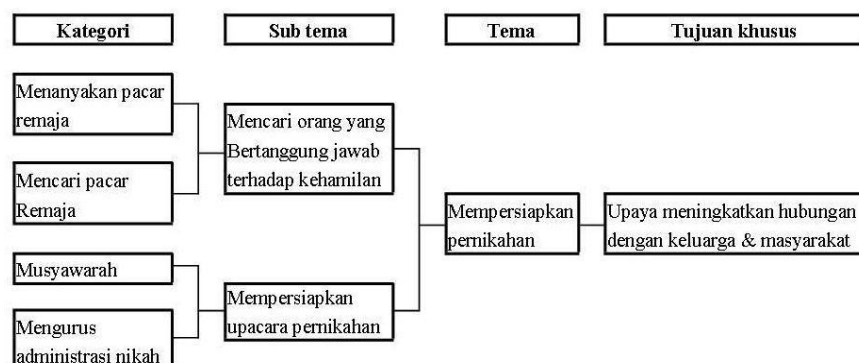
“ Cuma kadang orang tua saya sendiri mengungkit-ungkit” (P5).

4.2.2. Upaya meningkatkan hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Tujuan khusus di atas teridentifikasi dari tema menyegerakan pernikahan dan mencegah terulangnya kejadian. Bagi keluarga, cara paling aman untuk menutup malu atas aib hamil sebelum menikah adalah menyegerakan pernikahan. Namun hal ini tidak dapat dilakukan oleh keluarga yang mengalami *incest*. Pada keluarga ini, hal yang pertama kali dilakukan adalah bagaimana caranya agar kejadian tersebut tidak terulang kembali, yang dilakukan dengan cara menjauhkan anak lelakinya dari rumah.

a. Tema 3: menyegerakan pernikahan

Tema ini teridentifikasi dari beberap sub tema yaitu: mencari partisipan yang telah menghamili dan menyiapkan upacara pernikahan. Tindakan keluarga yang diambil pertama kali setelah mengetahui bahwa anaknya hamil adalah mencari tahu siapa yang telah menghamili.



Skema 3: Tema 3, menyegerakan pernikahan

1) Sub tema: Mencari orang yang telah menghamili

Sub tema mencari partisipan yang telah menghamili teridentifikasi dari kategori menanyakan dan mencari pacar remaja. Ungkapan partisipan untuk menanyakan pacar remaja tergambar sebagai berikut:

“Terus saya Tanya, siapa yang menghamili? Kamu jawab sejujur-jujurnya!” (P5)

Kategori mencari pacar remaja tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ ...mencari orang laki-laki itu, ...yang menghamili ini ...supaya tanggung jawab lah” (P3)

“...(lelakinya) dicari, tahu rumah (lelakinya) terus ketemu” (P4).

“Tinggal laki-lakinya saja yang suruh ke sini, tanggung jawabnya bagaimana?” (P7)

2) Sub tema: Mempersiapkan upacara pernikahan

Sub tema mempersiapkan upacara pernikahan teridentifikasi dari kategori musyawarah dan mengurus administrasi pernikahan. Kategori musyawarah diungkapkan partisipan sebagai berikut:

Lha, lalu sorenya, orang tuanya (lelaki) datang (untuk berembug)” (P1).

“ Bapak yang ke Jakarta dengan paman saya yang di Cilacap itu supaya musyawarah dengan orang tua laki-laki” (P3).

“...ayo ke sana (pihak laki-laki), ngomong baik-baik” (P5).

“ Ya semuanya dibicarakan sama suaminya dia (remaja putrid)” (P6).

“ Ya sudah, hubungi pihak laki-laki....” (P7).

“...musyawarah dengan pihak besannya laki-laki, bagaimana-bagaimana” (P8).

Sedangkan kategori mengurus administrasi pernikahan tergambar dari ungkapan partisipan sbb:

“...ya sudah ke pak carik, ke mana saja saya urus, tapi tetap engga bisa buat KTP (P3).

b. Tema 4: Mencegah terulangnya kejadian

Tema mencegah terulangnya kejadian merupakan tindakan yang dilakukan oleh P2 untuk memisahkan kakak yang telah menghamili adiknya segera setelah kejadian tersebut diketahui dari kehamilan adiknya.



Skema 4: tema 4, upaya meningkatkan hubungan dengan keluarga dan masyarakat.

Tema ini teridentifikasi dari kategori dipisah.

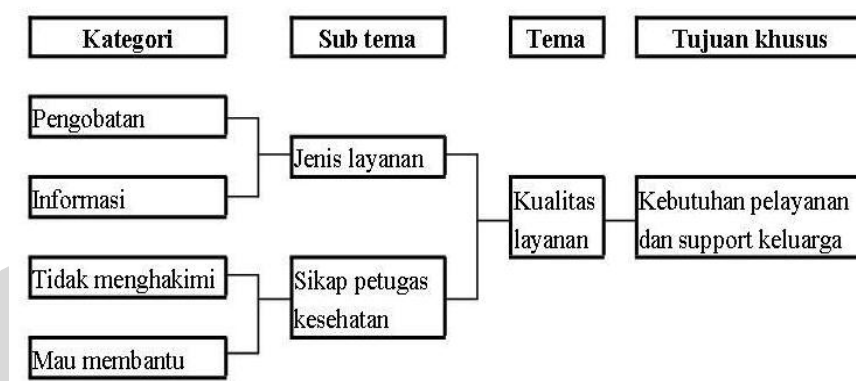
“(lelakinya) tidak diusir atau dibuang, tapi istilahnya dipisah” (P2).

4.2.3. Kebutuhan pelayanan dan kebutuhan support keluarga

Tujuan ini teridentifikasi dari tema kebutuhan pelayanan dan harapan bagi kesehatan remaja serta tema kebutuhan dan harapan bagi support keluarga.

a. Tema 5: Kualitas layanan

Tema ini teridentifikasi dari sub tema jenis pelayanan dan sikap petugas kesehatan. Sub tema jenis pelayanan terdiri dari kategori pengobatan dan informasi.



Skema 5: Tema 5, kualitas layanan

Kategori pengobatan tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ Lah, kalau saya yang penting anak saya, cucu saya sakit panas, pusing atau pilek di tempat bu bidan atau bu mantri ya diobati” (P2).

Sedangkan kategori informasi tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ (minta diberi pengertian) apa enggak (bahaya) nanti reproduksinya, kan termasuk hamil muda” (P5).

“ ...kepengennya ya ada masukan dari kesehatan...biar ibu-ibunya kalo ada masukan kan ...bisa nasehatin anak gadisnya” (P7).

(minta diberi informasi) ini kan masih muda, (tapi sudah) hamil, sebaiknya bagaimana? (P8)

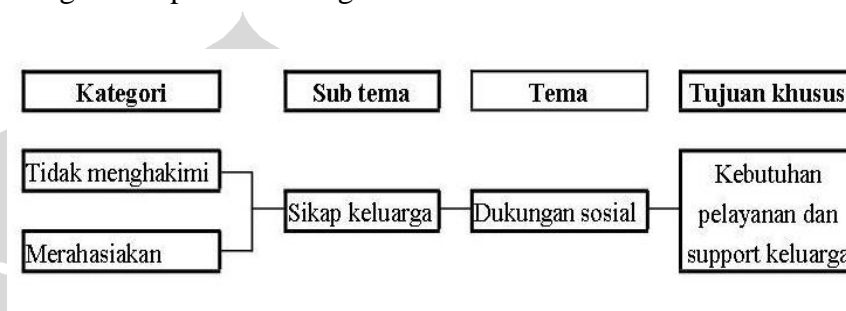
Sedangkan sub tema sikap petugas kesehatan teridentifikasi dari 2 kategori yaitu sikap tidak memarahi dan mau membantu. Kategori sikap baik tergambar dalam ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ Yang penting saya minta tolong itu juga saya mau bayar, jadi saya jangan dimarahi (P2).

“ ..ya kepengennya dibantu bu, seperti dibantu...menikahkan inilah, ...agar ini (cucu) punya nama bapak” (P3).

b. Tema 6: Dukungan sosial

Tema ini teridentifikasi dari sub tema sikap tidak menghakimi dan bantuan materi. Sub tema sikap keluarga teridentifikasi dari kategori sikap baik keluarga dan merahasiakan.



Skema 6: Tema 6, kebutuhan pelayanan dan support keluarga

Kategori sikap baik keluarga tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ Ya saudara yang biasa-biasa saja, jangan memarahi” (P2).

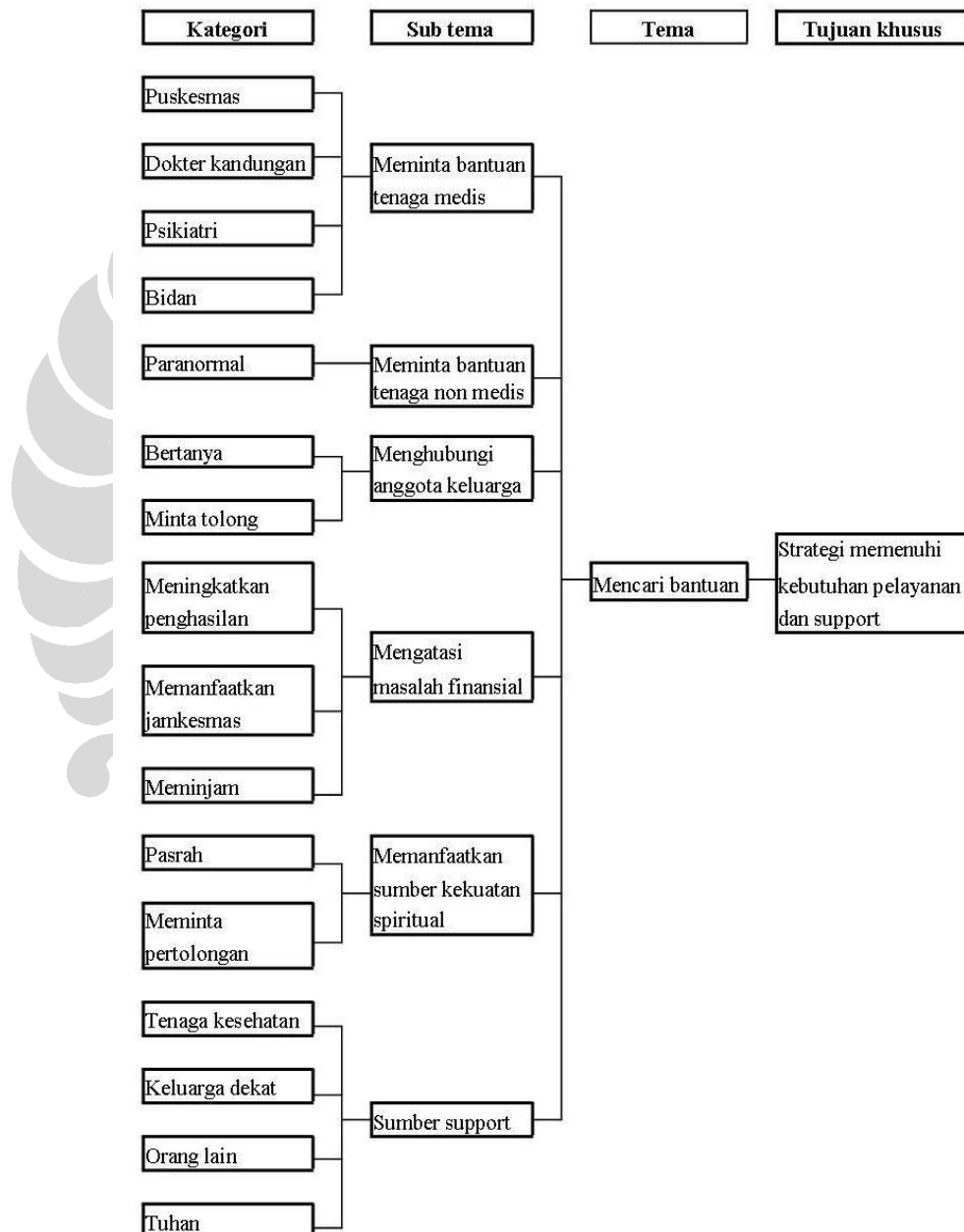
“ (saudara, tetangga)...jangan bilang-bilang (tentang kehamilan anak)” (P4).

Sedangkan sub tema bantuan materi teridentifikasi dari kategori biaya. Kategori biaya tergambar dari ungkapan partisipan ketika ditanya tentang harapan terhadap anggota keluarga yang lain, sebagai berikut:

“ ...yang pastinya biaya, orang tidak punya sih” (P4).

4.2.4. Strategi memenuhi kebutuhan pelayanan dan kebutuhan support keluarga

Tujuan ini teridentifikasi dari tema mencari bantuan. Tema mencari bantuan merupakan upaya keluarga untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dan kebutuhan support.



Skema 7: Tema7, mencari bantuan

a. Tema 7: Mencari bantuan

Tema cara mencari bantuan teridentifikasi dari sub tema: meminta bantuan tenaga medis, meminta bantuan tenaga non medis, menghubungi anggota keluarga, memanfaatkan sumber kekuatan spiritual, dan sumber support keluarga (skema 7).

1) Sub tema: meminta bantuan tenaga kesehatan

Sub tema meminta bantuan tenaga kesehatan teridentifikasi dari kategori: Puskesmas, dokter kandungan, dokter spesialis, dan bidan desa. Hal tersebut tergambar dari pernyataan partisipan satu sebagai berikut:

"...darahnya Cuma 80, sempat lemes banget. Lalu saya bawa ke Kroya (Puskesmas)" (P1).

"Di Puskesmas 6 hari tidak ada bedanya...Lalu saya bawa ke dokter M (dokter kandungan)" (P1)

"...saya priksakan ke dokter psikis" (P1)

Sedangkan tenaga kesehatan yang lain adalah bidan desa. Hal ini terungkap dari pernyataan partisipan sbb:

"Ya, kadang partisipan kan pengen dibantu pikiran juga...saya kadang ya datang ke bu T (bidan), "bagaimana ya bu?" (P3)

2) Sub tema: meminta bantuan tenaga non medis

Sub tema ini teridentifikasi dari kategori para normal. Meminta bantuan tenaga non medis dilakukan partisipan dengan cara mendatangi para normal atau dalam istilah Jawa disebut "orang tua". Hal ini dilakukan oleh P1 untuk mengatasi stress yang dialami anak setelah mengetahui KTD yang dialami. Hal ini juga dilakukan oleh keluarga P2 untuk meredam kemarahan P2 setelah mengetahui kehamilan anaknya oleh anaknya yang lain. Hal ini terungkap dari pernyataan partisipan berikut:

“...sampai saya mintakan ke orang tua (para normal), mungkin saja kena apa-apa. Ini kan lapangan bola sih, ya barangkali...” (P1).

“Dari saudara saya memang ada yang ke orang tua, supaya saya jangan sampai terlalu marah. Ndilallah saya getet-getet Cuma enggak sampai bertindak” (P2).

3) Sub tema: menghubungi anggota keluarga

Sub tema menghubungi anggota keluarga teridentifikasi dari kategori bertanya dan meminta tolong. Kategori bertanya tergambar dalam ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ (setelah perawatan 6 hari di Puskesmas tidak ada perkembangan)...lha saya telpon ke pamannya, saudara tua di Jati, ini gimana T?” (P1).

Kategori meminta tolong tergambar dalam ungkapan partisipan berikut:

“ saya (ngasih tau ke kakaknya suami saya, kalo N hamil, biar dia bilang ke bapaknya supaya jangan memarahi anak)” (P4)

“Lalu kan saya bilang sama adik, suruh negaskan gimana (tentang kehamilan anak remajanya)” (P6).

4) Sub tema: Mengatasi masalah finansial

Sub tema mengatasi masalah finansial teridentifikasi dari kategori: mengumpulkan uang, memanfaatkan jamkesmas, dan meminjam. Kategori meningkatkan penghasilan tergambar dari ungkapan partisipan berikut:

“Bapaknya mencari (uang) untuk mengumpulkan bekal dua ribu, seribu, untuk biaya melahirkan....” (P3)

Kategori memanfaatkan Jamkesmas tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“Iya, soalnya ini punya Jamkesmas” (P3).

Kategori meminjam, tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ saya korbankan yang di sini untuk pinjam dana (untuk dipakai) ke Jakarta” (P3)

“...Iya pinjam dulu (ke saudara)” (P4).

“...pinjam-pinjam (ke tetangga)” (P6).

5) Sub tema: memanfaatkan sumber kekuatan spiritual

Tema ini teridentifikasi dari kategori pasrah dan meminta pertolongan Tuhan. Kategori pasrah tergambar dalam ungkapan partisipan berikut:

“ Iya pasrah aja, semua hidup ada ujian dari Alloh. Kita orang beriman harus bisa menghadapi ujian dari Alloh” (P5).

Kategori meminta pertolongan tergambar dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“ ...diuji seperti ini, saya minta dukungan dari sisi apapun ya Alloh!” (P5).

6) Sub tema: sumber support

Sub tema sumber support keluarga teridentifikasi dari kategori tenaga kesehatan, keluarga dekat, partisipan lain dan Tuhan. Sumber dukungan dari tenaga kesehatan tergambar dari ungkapan partisipan berikut:

“Saya itu sih...sering mencurahkan isi hati saya ke bu T (bidan)” (P3).

“Kadang itu bu T (bidan) gimana ya ke saya, ...partisipasi tidak punya sering dibantu sama bu T” (P3).

Sumber dukungan dari keluarga dekat tergambar dari pernyataan partisipan berikut:

“Kakak yang di Karang cengis itu ...(yang memberi tahu ke suami kalo N hamil)” (P4)

“Terus saya ngomong sama mbahnya, bapak saya...” (P5).

“ Dari saudara saya memang ada yang ke orang tua/para normal supaya jangan terlalu marah” (P2).

“ Saya pikir sendiri...sama bapak (suami) paling” (P3)

“ Suami: ya udah, jangan ditangisi, kan udah terlanjur” (P6).

“ Suami: Ya udah, ...tapi kaya gitu mau diapakan lagi?” (P7).

“ Suami: ya udah lah, mau diapain lagi” (P8).

“ saya musyawarah sama suami” (P8).

Support keluarga juga bersumber dari partisipan lain. Sumber ini termasuk dalam kategori partisipan lain. Hal ini terungkap dalam pernyataan partisipan berikut:

“Tetangga: "Bukan Cuma kamu koq yang mengalami seperti itu" (P5).

“Ya udah lah bu, ...mau diapakan lagi, temen-temen ya pada dukung” (P7).

“...dukungan dari mertua/besan itu, jadi alhamdulillah, kitanya kan semangat sebagai orang tua” (P8)

Partisipan juga menjadikan Tuhan sebagai sumber dukungan dalam menghadapi permasalahan menghadapi anak remaja KTD. Hal ini terungkap dalam pernyataan partisipan berikut:

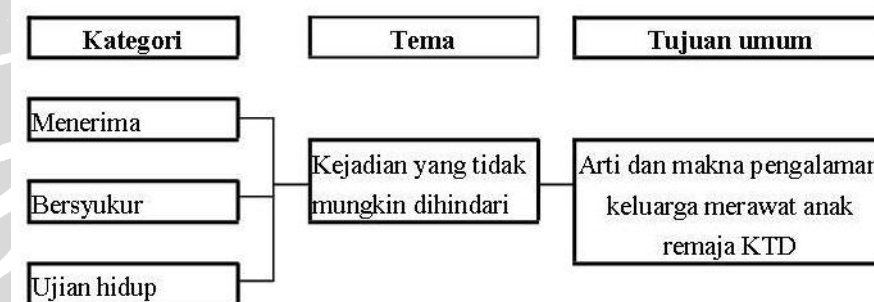
“ Sana (keluarga laki-laki) juga bilangnye ya udah, cepet-cepet kita urus, ... Ya mungkin berkat do'a saya dikabulkan sama Alloh, minta dimudahkan segala urusan” (P5).

4.2.5. Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD

Tujuan umum penelitian ini adalah teridentifikasinya arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD. Hal ini diperoleh setelah peneliti mencoba membaca berulang-ulang transkrip verbatim dan mencoba mengambil makna utama dari pernyataan setiap partisipan. Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD teridentifikasi dari tema yang dihadapi keluarga.

Tema 8: *Unavoidable Acceptance*/ penerimaan yang tidak bisa dihindari.

Tema penerimaan yang tidak bisa dihindari teridentifikasi dari kategori: menerima, bersyukur, dan ujian hidup.



Kategori menerima tergambar dari ungkapan partisipan berikut:

“ *Rasanya ya, orang sudah kejadian ya? Ya sudah nggak papa, yang penting ya disegerakan*” (P1).

“ *...tapi ya sudah seperti ini sih mau bagaimana lagi....*” (P3)

“ *Cuma malu lah dengan tetangga, ...mau dimarahin bagaimana, sudah terlanjur*” (P4).

“ *Iya biasa, orang sudah kebobolan ya...*” (P6).

“ *...kecewa memang ada, tapi mau gimana lagi, yang namanya sudah terjadi...*” (P7).

“ Mulai dengar (hamil) sampai lahir, tetap saya usap-usap (anak remaja), sudah...yang nggak punya (anak) saja kepengen (punya anak)” (P1).

“ Kita sebagai orang tua...ya udahlah, kita mau marahin anak ya buat apa? Ya kan? Malah jadi pikiran anak” (P8).

“Sedih, nelangsa, macem-macem lah. Tapi kan sudah otomatis jadi kewajibannya.... tetap dikukup-diraup (istilah jawa untuk tetap direngkuh) dirawat” (P2).

““Lah saya ya udah pasrah aja, mau apalagi. Sekarang mau malu-malu bagaiman ya nantinya ya ketahuan. Kalo mau digugurin ya kasihan anaknya, melu nanggung dosa. Daripada kita menanggung dosa ya lebih baik biarkan besar” (P8).

Kategori bersyukur, tergambar dari ungkapan partisipan berikut:

“ Bersyukur, (lelakinya) mau bertanggung jawab (nasib lebih baik dari keponakannya yang lain yang tidak dinikah)” (P4).

Kategori ujian hidup tergambar dari ungkapan partisipan berikut:

“ Ini ujian sebagai manusia, ya sabar aja. Namanya ujian kan berupa...ada yang lewat anak....” (P5).

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan membandingkan hasil penelitian dengan hasil penelitian terdahulu dan studi literature terkait. Peneliti akan berusaha mengidentifikasi kesamaan atau perbedaan dengan hasil penelitian terdahulu baik dari aspek konseptualnya maupun metodologinya.

Keterbatasan penelitian akan dipaparkan dengan membandingkan antara proses penelitian yang dilalui dengan hambatan dan kendala yang ada. Keterbatasan penelitian ini selanjutnya dapat dijadikan sebagai bahan terkait implikas bagi penelitian selanjutnya, maupun bagi tatanan di lapangan.

Implikasi penelitian akan diuraikan dengan berdasarkan hasil penelitian. Implikasi penelitian akan dikembangkan lebih lanjut bagi keluarga, pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

5.1. Interpretasi Data dan Diskusi Hasil

Penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD. Pada penelitian ini ditemukan 7 tema terkait tujuan khusus dan 1 tema terkait tujuan umum. Selanjutnya peneliti akan berusaha membahas masing-masing tema berdasarkan tujuan khusus penelitian.

5.1.1. Masalah kesehatan yang dihadapi keluarga dalam perawatan anak dengan KTD

Masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat anak remaja dengan KTD dalam penelitian ini tergambar dalam 2 tema. Tema-tema tersebut adalah faktor yang mendukung timbulnya KTD dan stress yang dirasakan oleh keluarga. Peneliti mengangkat tema faktor yang mendukung timbulnya KTD dalam tujuan khusus ini karena peneliti melihat bahwa hal tersebut yang telah

menimbulkan masalah-masalah yang lain yang harus dihadapi keluarga dalam kasus KTD anak. Masalah tersebut termasuk timbulnya stress yang harus diasakan keluarga.

a. Tema 1: Faktor yang mendukung terjadinya KTD

Pada penelitian ini ditemukan adanya faktor terlalu *permisif* dalam hal pacaran dan *destigmatisasi*. *Permisif* diartikan sebagai kelonggara-kelonggaran dalam melakukan sesuatu hal tanpa memperhatikan norma yang berlaku. Berbagai keadaan diluar diri remaja diinterpretasikan oleh remaja itu sebagai kelonggaran yang perlu dimanfaatkan. Salah satu hal yang dapat memupuk sikap *permisif* dari remaja adalah sikap *permisif* dari lingkungan sosialnya termasuk teman sebaya dan kedua orang tuanya. Semua faktor tersebut akan saling menguatkan (Faturochman, 1990).

Sikap *permisif* dari teman sebaya dalam hal pacaran berpengaruh sangat besar. Sebagaimana diketahui bahwa pengaruh teman sebaya sangat kuat dalam perkembangan diri remaja (Wong, 2008), maka termasuk bagaimana temannya berpacaran juga mempengaruhi sikap *permisif* remaja. Remaja akan mengkonfirmasi sikapnya agar bisa dianggap benar dengan melihat contoh-contoh yang ada di sekitar mereka (Faturochman, 1990). Jika temannya berpacaran sampai dengan melakukan hubungan seks, maka remaja merasa ada kelonggaran untuk melakukan hal serupa. Terkait KTD, maka sikap *permisif* dalam hal pacaranlah yang menjadi sebabnya. Hasil penelitian Arida (2005) terhadap remaja di Bali juga menyebutkan bahwa pacaran merupakan pintu masuk eksperimen seksual remaja.

Anak *caregiver* dalam penelitian ini berada pada tahap remaja tengah dan akhir. Jika ditinjau dari perkembangan sosial remaja pertengahan dan remaja akhir, maka remaja pada usia ini mulai mengembangkan hubungan romantis dengan lawan jenis. Pada saat inilah kebanyakan remaja mulai melakukan percobaan aktivitas seksual. Insidens aktivitas seksual remaja tinggi dan meningkat sesuai dengan penambahan usia mereka (Wong, 2008).

Selain sikap *permisif* dari remaja, terdapat juga sikap *permisif* dari orang tua. Sikap ini antara lain adalah dengan dibolehkannya berduaan dan berpacaran dalam kamar, sebagaimana dilakukan oleh *caregiver* yang tidak mengenyam pendidikan di sekolah. *Caregiver* yang mempunyai anak remaja KTD dan sudah tunangan juga melakukan hal yang sama dengan alasan anak sudah tunangan dan tinggal beberapa bulan lagi menikah. Walaupun ketika ditanya oleh peneliti lebih baik mana antara menikah dulu atau hamil dulu, partisipan dengan tegas menjawab “*mana ada sih yang kepengen malu?*”. Namun tetap saja membiarkan pacar anaknya tidur satu kamar.

Caregiver ini juga melihat bagaimana orang-orang disekitarnya memperlakukan anak mereka dalam hal berpacaran. Sebagaimana yang sudah disebutkan sebelumnya, bahwa apa yang dilihat di masyarakat sekitar akan menguatkan sikap *permisif* seseorang tentang sesuatu hal. Begitu juga dengan orang tua, jika di daerah sekitar tempat tinggal orang tua banyak terjadi kehamilan di luar nikah, maka secara tidak langsung orang tua dengan anak remaja KTD merasa dibenarkan dengan adanya contoh di sekitar mereka.

Hal ini juga diungkapkan oleh *caregiver* yang juga seorang kader kesehatan, bahwa di daerah tempat tinggalnya banyak terjadi kehamilan di luar nikah.

Kondisi di atas juga didukung hasil penelitian Arida, dkk. (2005) terhadap remaja Bali bahwa sebagian besar orang tua memilih bersikap pura-pura tidak tahu dan membiarkan aktivitas pacaran dan seksual anaknya. Para orang tua menganggap bahwa “tren” pergaulan bebas sudah menjadi gaya pergaulan sekarang.

Menurut Faturochman (1990) adanya sikap permisif dalam hal berpacaran tersebut karena dilanggarnya norma-norma yang berlaku di masyarakat. Norma adalah pernyataan yang menekankan aspek “seharusnya” dengan menyertakan beberapa peraturan tentang apa yang harus dilakukan (Usman, 2010). Norma mempunyai dua macam isi, berwujud perintah dan larangan. Perintah merupakan kewajiban bagi seseorang untuk berbuat sesuatu oleh karena akibat-akibatnya dipandang baik. Sedangkan larangan merupakan kewajiban bagi seseorang untuk tidak berbuat sesuatu oleh karena akibat-akibatnya dipandang tidak baik (Crayonpedia, 2009). Norma yang dilanggar dalam hal ini adalah terkait hubungan seks yang seharusnya dilakukan dalam ikatan perkawinan yang sah.

Adanya norma berhubungan dengan nilai yang ada di keluarga. Nilai adalah gambaran utama sistem keyakinan individu. Nilai berfungsi sebagai panduan untuk bertindak. Nilai dalam keluarga akan membimbing atau mengarahkan perkembangan keyakinan norma atau aturan yang dianut oleh keluarga. Menurut Parad dan Caplan (1965) nilai keluarga didefinisikan sebagai suatu sistem ide, perilaku, dan keyakinan

tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar atau tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam kebudayaan sehari-hari atau kebudayaan umum (dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Norma pergaulan dan hubungan seks yang dilanggar menunjukkan ada nilai yang tidak semestinya yang ada di keluarga maupun pada diri remaja sendiri. Hasil penelitian oleh Neamsakul (2008) pada remaja KTD di Thailand menunjukkan bahwa masyarakat Thailand memandang remaja KTD sudah menyalahi nilai yang berlaku di lingkungan sosial mereka. Mereka menganggap merupakan suatu kebanggaan bagi seorang remaja untuk “tidak tersentuh” atau secara seksual masih perawan.

Masyarakat Indonesia yang mayoritas muslim, sebenarnya masih memegang erat keyakinan bahwa seorang remaja harus menjaga keperawanannya sampai menikah. Keyakinan ini timbul dari ajaran agama Islam yang dianutnya. Adanya remaja KTD dan keluarganya yang sangat *permisif* terhadap aktivitas pacaran anak sebenarnya merupakan pelanggaran nilai agama yang dianut keluarga.

Faktor penyebab KTD lain yang ditemukan dalam penelitian ini adalah adanya *destigmatisasi*. *Destigmatisasi* adalah tidak memberikan stigma atau tidak menghakimi (Syamsudin, 2005), atau dengan kata lain membiarkan sesuatu hal terjadi.

Fenomena tersebut memperlihatkan bahwa telah terjadi penurunan stigma di masyarakat tentang bagaimana sebaiknya

hubungan antara laki-laki dan perempuan dan bagaimana sebaiknya bersikap terhadap perilaku pacaran remaja.

Destigmatisasi juga terjadi tidak hanya dibolehkannya berpacaran berdua di kamar, namun juga adanya anggapan biasa untuk seorang perempuan hamil sebelum menikah. Setidaknya ini yang terjadi di sekitar tempat tinggal caregiver yang juga seorang kader kesehatan. Penurunan stigma ini seolah-olah menjadi legalisasi bagi remaja bahwa hamil ketika remaja dan belum menikah adalah hal yang biasa dan dapat diterima masyarakat. Hal ini juga disampaikan oleh Maurer dan Smith (2010) bahwa saat ini sudah menjadi hal yang biasa seorang remaja untuk hamil dan menjadi *single parent*.

Faturochman (2009) mengatakan bahwa di masyarakat kita telah terjadi *dualisme* yang berjalan bersamaan. Norma yang melarang berhubungan seks sebelum menikah dan pelanggaran terhadap norma tersebut. Menurutnya, faktor makro penyebab meningkatnya hubungan seks remaja yang belum menikah adalah lingkungan sosial perkotaan yang makin individualistis, rangsangan melalui media elektronik dan cetak serta pola pergaulan yang cenderung bebas. Sedangkan penyebab faktor mikro adalah keadaan keluarga remaja yang kurang memberikan perhatian dan kasih sayang.

Selain faktor-faktor tersebut di atas, Maurer dan Smith (2010) juga mengatakan bahwa salah satu faktor yang berhubungan dengan kehamilan pada remaja adalah kurangnya maturitas dan orientasi masa depan. Menurutnya, perencanaan masa depan remaja sangat minimal dan mereka kurang bisa berpikir tentang akibat aktivitas pacaran dan aktivitas seksual mereka.

Jika melihat perkembangan kognitif remaja, maka pada masa ini remaja sebenarnya sudah dapat membayangkan suatu rangkaian peristiwa yang mungkin terjadi dan akibatnya (Wong, 2000). Remaja dengan kemampuan kognitif seperti ini sebenarnya sudah mengetahui beberapa hal yang bisa ditimbulkan dari perilaku seks pra nikah yang dilakukannya. Ketika melakukan seks pra nikah, secara logis mereka sebenarnya mengetahui kemungkinan yang bakal terjadi. Namun perilaku tersebut tetap dilakukan karena berbagai macam hal, diantaranya: memperoleh sensasi yang menyenangkan, memuaskan dorongan seksual, memuaskan rasa keingintahuan, sebagai tanda penaklukan, sebagai ekspresi rasa sayang, atau karena mereka tidak mampu untuk menahan tekanan penyesuaian diri dengan kelompok (Wong, 2008).

Orientasi masa depan remaja juga memberikan pengaruh besar dalam keterlibatan dalam hubungan seks pra nikah. Pada masa ini, orientasi masa depan remaja sebenarnya terfokus pada bidang pendidikan. Usia remaja merupakan usia kritis karena remaja mulai memikirkan tentang prestasi yang dihasilkannya, dan prestasi ini terkait dengan bidang akademis mereka. Suatu prestasi dalam bidang akademis menjadi hal yang serius untuk diperhatikan, bahkan mereka sudah mampu membuat perkiraan kesuksesan dan kegagalan mereka ketika mereka memasuki usia dewasa (Santrock, 2001 dalam Rumah Belajar Psikologi, 2011)

Orientasi masa depan remaja terkait pendidikan seperti di atas ternyata tidak dilakukan oleh *caregiver* yang merencanakan

anaknya untuk pergi ke luar negeri untuk bekerja sebagai Tenaga Kerja Indonesia (TKI). Beberapa caregiver yang lain juga melakukan hal yang sama. Mereka merencanakan setelah remaja lulus SMP atau SMA maka remaja harus bekerja, walaupun secara ekonomi beberapa dari mereka tergolong mampu.

Orang tua sebenarnya berperan besar dalam mengorientasikan masa depan anak. Orang tua yang seharusnya menyadarkan anak tentang masa depan mereka dan efek negative dari aktivitas pacaran dan hubungan seksual sebelum menikah. Namun jika melihat tingkat pendidikan orang tua yang umumnya tidak tamat SD, maka tugas tersebut menjadi hal yang sangat mustahil untuk dapat dipenuhi oleh orang tua.

Selain faktor tersebut di atas, faktor lain yang mendukung terjadinya KTD adalah adanya koping destruktif terhadap masalah. Hal ini dialami oleh remaja yang hamil oleh kakaknya sendiri (*incest*). Menurut *caregiver* hal itu dilakukan oleh anak lelakinya karena sudah dikecewakan oleh pacarnya namun dilampiaskan kepada adik kandungnya sendiri.

Koping adalah cara individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, atau respon terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping dibagi menjadi 2 yaitu mekanisme koping adaptif dan mal adaptif. Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan belajar dan mencapai tujuan. Sedangkan koping maladaptive adalah koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan,

menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan (Unimus, 2004).

Reaksi orientasi terhadap tugas merupakan komponen koping yang dapat diidentifikasi. Reaksi ini meliputi: 1) perilaku menyerang (agresif) biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk memenuhi kebutuhan; 2) perilaku menarik diri, biasanya digunakan untuk menghilangkan sumber-sumber ancaman baik fisik maupun psikologis; 3) perilaku kompromi, biasanya digunakan untuk merubah cara melakukan, merubah tujuan, atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang.

Koping yang dilakukan oleh anak lelaki caregiver ini merupakan koping yang maladaptive/destruktif termasuk kategori perilaku menyerang (agresif). Jika mengacu kepada teori di atas, hal ini menunjukkan adanya kebutuhan biologis yang mungkin awalnya diharapkan dapat diperoleh dari pacarnya. Namun karena pacarnya justru meninggalkan dia sementara dia merasa sudah berkorban banyak, akhirnya dia mencoba *memenuhi* kebutuhannya dari orang lain. Namun, sayangnya, dia memenuhi kebutuhannya tersebut dari adiknya sendiri.

b. Tema 2: Stress yang dirasakan keluarga

Pada penelitian ini juga teridentifikasi adanya stress yang dirasakan keluarga. Stress tersebut meliputi stress fisik, stress finansial, stress psikologis dan stress sosial.

Penelitian yang dilakukan oleh Vithayachockitikhun (2009) di Thailand tentang pengalaman caregiver dalam merawat anggota

keluarga yang menderita HIV/AIDS juga menggambarkan dampak negatif dari perawatan tersebut. Penelitian tersebut menemukan adanya stress fisik, emosional, dan finansial yang dirasakan oleh pemberi pelayanan.

Stress didefinisikan sebagai tanggapan/ proses internal atau eksternal yang mencapai tingkat ketegangan fisik dan psikologis sampai pada batas atau melebihi batas kemampuan subyek (Cooper, 1994 dalam Widyasari, 2007). Menurut Hager (1999, dalam Widyasari, 2007), stress sangat bersifat individual dan pada dasarnya bersifat merusak bila tidak ada keseimbangan antara daya tahan mental individu dengan beban yang dirasakannya.

Stress fisik yang dialami oleh caregiver yang anaknya mengalami *morning sickness* terungkap ketika dia harus bolak-balik antara mendampingi anaknya yang sedang dirawat di Rumah Sakit dengan melaksanakan kewajibannya sebagai anggota masyarakat dalam kegiatan kemasyarakatan. Stress fisik juga dirasakan oleh caregiver yang harus merawat anggota keluarga dengan kondisi terkait aib yang melekat, yaitu pada penderita HIV/AIDS. Mereka juga mengalami gangguan tidur karena harus menjaga penderita, bangun lebih awal untuk merawat penderita, menyiapkan obat dan merawat gejala-gejala yang timbul (Vithayachockitikhun, 2009).

Perbedaan hasil penelitian di atas dapat timbul karena aspek kesehatan fisik yang terganggu pada penderita HIV/AIDS cukup besar. Stress fisik pada penelitian ini tidak banyak ditemukan. Hasil penelitian ini lebih banyak mengungkap stress psikologis dan sosial yang ditimbulkan dari KTD anak

remaja. Hal ini dapat terjadi karena KTD bagi keluarga lebih terkait kesehatan psikologis daripada kesehatan fisik.

Stress finansial dialami *caregiver* yang suaminya menjadi penjual "cilok" keliling. Kehidupan mereka serba kekurangan. Hal ini terlihat dari kondisi tempat tinggal dan anak mereka yang masih kecil-kecil. Kehamilan anaknya menambah beban keuangan tersendiri. *Caregiver* mengaku masalah dana menjadi masalah yang sangat besar untuk biaya melahirkan dan biaya hidup sehari-hari. Seorang *caregiver* yang bersuamikan nelayan juga mengungkapkan bahwa untuk menyelenggarakan pernikahan anaknya dia harus meminjam uang kepada orang lain.

Stress finansial juga dialami oleh *caregiver* yang merawat penderita AIDS. Stress tersebut timbul karena biaya perawatan HIV/AIDS yang tinggi dan berkurangnya pemasukan karena berkurangnya kesempatan untuk mencari penghasilan (Vithayachokitikhun, 2009).

Stress finansial pada *caregiver* yang merawat anak remaja dengan KTD lebih disebabkan karena kondisi awal mereka yang memang berada pada ekonomi yang kurang. Hal ini diperberat dengan kehamilan anaknya. Sedangkan pada *caregiver* yang merawat penderita HIV/AIDS memang disebabkan karena biaya perawatan yang sangat tinggi, sementara *caregiver* tidak mempunyai waktu yang cukup untuk menambah penghasilannya. Waktu *caregiver* lebih banyak digunakan untuk mendampingi dan merawat penderita.

Selain stress fisik dan finansial, stress psikologis juga dialami oleh hampir semua *caregiver* dalam penelitian ini. Hanya *caregiver* yang bekerja sebagai buruh nelayan yang tidak mengalami stress psikologis. Hal ini bisa dikaitkan dengan kondisi KTD anaknya yang memang walaupun tidak diinginkan, namun sebenarnya kejadiannya sudah diprediksi. Anak *caregiver* adalah adalah Y (20 tahun) yang mengalami KTD dengan tunangannya.

Stress psikologis yang dirasakan oleh hampir semua *caregiver* meliputi perasaan bingung, menyesal, menyerah, malu, khawatir, stress, sedih, marah dan kecewa. Umumnya perasaan ini muncul ketika pertama kali mereka mengetahui KTD anak remajanya.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) terhadap remaja di (Daerah Istimewa (DI) Yogyakarta. Hasil penelitian menyebutkan bahwa banyak orang tua yang kecewa dan marah besar begitu mendengar kehamilan anak remajanya. Perasaan itu timbul karena dalam pandangan masyarakat umum, remaja perempuan yang hamil adalah *black sheep* di tengah keluarganya, yang secara telak mencoreng nama baik keluarga.

Walaupun banyak orang tua yang sangat *permisif* dengan aktivitas pacaran anaknya, namun masih menjadi norma umum yang disepakati dalam masyarakat bahwa suatu nilai yang baik dan bermartabat jika kehamilan terjadi dalam bingkai pernikahan yang sah. Hal inilah yang menyebabkan adanya perasaan bingung, menyesal, menyerah, malu,

khawatir, stress, sedih, marah dan kecewa ketika orang tua mengetahui KTD anaknya. Orang tua dengan anak remaja KTD merasa sudah keluar dari idealisme sebagai orang tua yang berhasil mendidik anak. Hal ini juga terungkap antara lain oleh *caregiver* yang mempunyai anak remaja KTD ketika remaja masih duduk di bangku sekolah.

Caregiver yang mempunyai anak remaja KTD yang duduk di bangku sekolah merasa sudah mendidik anak dengan sebaik-baiknya, bahkan selalu mengantar anak ke sekolah atau les. *Caregiver* sangat merasa bersalah, namun pada akhirnya dia menyadari bahwa hal itu bukan mutlak kesalahannya sendiri. Menurutnya, adanya kecanggihan teknologi melalui handphone dan internet sebagai salah satu penyebabnya.

Walaupun anak remajanya adalah anak angkat yang sebenarnya adalah keponakannya sendiri, namun *caregiver* sudah menganggap seperti anak sendiri. *Caregiver* mengangkat keponakannya sebagai anak karena perkawinannya dengan suaminya belum dianugerahi keturunan. *Caregiver* merupakan ibu dengan pemahaman agama yang paling baik dibandingkan dengan *caregiver* lain.

Stress sosial juga ditemukan dalam penelitian ini. Seorang *caregiver* yang mempunyai anak yang hamil dengan anak jalanan di Jakarta mengalami konflik keluarga dengan keluarga teman lelaki anaknya. Konflik ini terjadi karena *caregiver* dianggap mempersulit proses pernikahan anaknya.

Sedangkan partisipan yang lain mengalami perasaan seperti disalahkan, dicemooh, ditanya, digunjing, ditakut-takuti,

dikasihani, dan diungkit-ungkit. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Neamsakul (2008) terhadap remaja Thailand yang mengalami KTD bahwa terdapat respon orang lain/keluarga terhadap KTD remaja. Respon ini antara lain dilakukan dengan cara terang-terangan maupun tertutup. Respon secara terang-terangan dilakukan dengan melalui kata-kata maupun sikap. Kata-kata yang dikeluarkan berupa pertanyaan, kata-kata kasar, menyalahkan dan mengeluh. Sedangkan respon melalui sikap ditunjukkan melalui tatapan tajam dan pandangan asing. Respon secara tertutup dilakukan dengan “menggosip”, diam, dan “acuh tak acuh” .

Walaupun penelitian Neamsakul ditujukan kepada remaja dan penelitian ini ditujukan kepada orang tua, namun karena issue yang melekat di dalamnya adalah sama, sehingga respon yang dihadapi oleh orang tua dengan anak remaja KTD pada penelitian ini hampir sama dengan respon yang dihadapi remaja KTD pada penelitian Neamsakul. Hal ini juga menunjukkan sebenarnya ada persamaan nilai yang dipahami dan dijadikan anutan pada masyarakat Thailand dengan nilai yang sama pada masyarakat Indonesia. Akibatnya stress sosial yang timbul hampir sama.

Stress sosial adalah stress yang ditimbulkan karena kondisi sosial yang dirasakan. Umumnya kondisi ini adalah terkait aturan sosial yang tidak secara eksplisit ditemukan. Misalnya: orang yang gemuk lebih sedikit dari pada orang yang kurus, orang tua tidak terlalu penting, dan ”jika kamu miskin itu adalah salahmu sendiri” (Hahn, 2007).

Stress sosial yang ditemukan dalam penelitian ini adalah karena adanya aturan sosial yang tidak secara eksplisit disepakati bersama dalam masyarakat bahwa keluarga dengan anak remaja KTD adalah keluarga yang tidak berhasil dan jauh dari idealisme keluarga yang baik. Maka wajar jika ada anggota masyarakat yang jauh dari aturan yang tidak tertulis tersebut akan mendapatkan perlakuan yang tidak semestinya dari lingkungan sekitarnya.

5.1.2. Upaya keluarga dalam meningkatkan hubungan keluarga dan sosial kemasyarakatan

Upaya keluarga dalam meningkatkan hubungan keluarga dan sosial kemasyarakatan adalah upaya-upaya yang dilakukan keluarga agar hubungan keluarga dan sosial berjalan secara baik. Pada penelitian ini ditemukan bahwa banyak dari *caregiver* yang merasa tidak ada gangguan dalam hubungan dengan keluarga dan masyarakat. Walaupun sebagian dari *caregiver* merasa bahwa orang-orang di sekitar mereka membicarakan keadaan yang terjadi dengan anak mereka, hanya sebagian yang mengetahui bahwa mereka menjadi bahan pergunjungan oleh masyarakat sekitar. Umumnya mereka mengetahui secara tidak langsung dari orang yang mengetahui pergunjungan dari masyarakat. Sedikit sekali dari *caregiver* yang mendengar secara langsung pergunjungan masyarakat sekitar mereka.

Walaupun banyak yang merasa bahwa tidak ada gangguan dalam berhubungan dengan keluarga dan masyarakat sekitar, namun keluarga dengan anak remaja KTD berusaha untuk memenuhi tuntutan ideal dari masyarakat dengan menyegerakan pernikahan anaknya. Tema inilah yang teridentifikasi pada tujuan khusus ini.

c. Tema 3: mempersiapkan pernikahan

Ketika kehamilan remaja diketahui oleh orang tuanya, maka hal pertama yang dilakukan adalah menanyakan kepada remaja putri siapa orang yang menghamili. Hal ini sebagaimana yang dilakukan oleh *caregiver* yang mempunyai anak remaja yang masih sekolah yang menanyakan kepada anak perempuannya. Setelah itu, baru pihak keluarga perempuan mencari lelaki pacar anaknya.

Selanjutnya, keluarga akan melakukan musyawarah untuk melangsungkan upacara pernikahan. Hal ini sebagaimana disebutkan dalam hasil penelitian Khisbiyah, Murdijana dan Wijayanto (1997) terhadap remaja di DI Yogyakarta. Hasil penelitian itu mengatakan setelah orang tua dapat menerima kehamilan anaknya, maka keputusan selanjutnya adalah orang tua remaja perempuan biasanya memusyawarahkan masalah ini dengan pacar anak remajanya dan orang tua sang pacar. Hal ini juga sebagaimana disebutkan dalam penelitian oleh Neamsakul (2008) bahwa ketika remaja sudah menerima kehamilannya, maka dia akan mempersiapkan upacara pernikahan untuk “menyelamatkan muka”.

Hasil penelitian yang ditemukan sama dengan hasil penelitian sebelumnya karena baik masyarakat Indonesia maupun masyarakat Thailand menganggap menyegerakan pernikahan merupakan upaya yang paling cepat untuk segera “*menyelamatkan muka*”. Keluarga akan merasa tenang dan dapat diterima oleh masyarakat sekitar jika anak remajanya yang hamil sudah menjalani proses pernikahan yang sah menurut anggapan masyarakat di tempat mereka tinggal.

Salah satu syarat untuk menyelenggarakan upacara pernikahan adalah harus memenuhi persyaratan nikah. Persyaratan nikah tersebut antara lain adalah administrasi pernikahan. Caregiver yang istri penjual “cilok” keliling mengalami kesulitan dalam menikahkan anaknya karena lelaki yang akan menikahi anaknya tidak memiliki KTP. Pacar anaknya adalah anak jalanan di Jakarta. Walaupun memiliki orang tua, namun karena namanya tidak tercantum di Kartu Keluarga (KK) maka sulit untuk dapat tetap membuat KTP. Namanya tidak tercantum di KK karena dia adalah anak tiri. Caregiver telah berusaha dengan berbagai cara, namun pernikahan yang sah untuk anaknya tidak dapat dilakukan. Caregiver sendiri sudah tidak tahu harus berbuat apa.

d. Tema 4: Mencegah terulangnya kejadian.

Tema ini muncul karena adanya perilaku seksual menyimpang antar saudara kandung (*incest*). Anak perempuan caregiver yang istri seorang *penderes* ini dihamili oleh anak lelakinya sendiri. Setelah anak perempuannya mengaku kalau kakaknya sendiri yang menghamili, maka tindakan pertama yang dilakukan adalah menjauhkan anak lelakinya dari rumah.

Incest dalam masyarakat Indonesia merupakan tindakan yang sangat tabu dan tidak bermoral. Umumnya, kasus *incest* terjadi dalam masyarakat kelas bawah. Kebanyakan kasus ini terjadi karena hubungan seksual yang tidak diinginkan dan melibatkan pemaksaan, ancaman, atau membahayakan. *Incest* di Indonesia kebanyakan tidak pernah dilaporkan karena bagi masyarakat Indonesia, kehormatan keluarga adalah hal yang sangat penting. Umumnya mereka akan membatasi informasi ini hanya bagi keluarga mereka sendiri (Setiogi, 2003).

Caregiver dari anak remaja KTD yang hamil oleh saudaranya memiliki yang pas-pasan. *Caregiver* adalah seorang ibu rumah tangga dan suaminya adalah seorang petani dan “penderes” (mengambil air nira untuk diolah menjadi gula). Menurut *caregiver*, hubungan keseharian dua anaknya sebenarnya sangat tidak rukun. Kakak remaja KTD sering memarahi adiknya karena sering tidak bisa membantunya berjualan mainan anak-anak. *Caregiver* sendiri sering menasehati agar kakak remaja KTD bisa bersikap lebih baik kepada adiknya karena adiknya adalah saudara kandung satu-satunya. *Caregiver* sendiri sangat tidak menyangka hubungan sedarah tersebut dapat terjadi. Ketika ditanya oleh peneliti bagaimana awalnya bisa terjadi hubungan sedarah tersebut, *caregiver* mengatakan tidak tahu. Anak remajanya diketahui hamil oleh pemilik rumah di tempat kerjanya sebagai pembantu rumah tangga di Jakarta. Ketika diketahui hamil, anak remaja KTD yang baru beberapa hari bekerja kemudian dikembalikan kepada orang tuanya.

Incest yang dilakukan oleh anak lelaki *caregiver* terjadi karena pemaksaan sebagai kompensasi dari sebuah penyelesaian masalah yang maladaptif. Keluarga tidak mampu menghalangi informasi ini dari masyarakat umum karena keluarga tidak mampu lagi menutupi kehamilan yang ditimbulkannya. Upaya menjauhkan anak lelaki dari rumah merupakan upaya agar kejadian tidak terulang. Upaya itu juga dimaksudkan untuk menyesuaikan dengan tuntutan norma umum yang ada di masyarakat.

5.1.3. Kebutuhan pelayanan dan harapan serta kebutuhan support keluarga

Kebutuhan pelayanan adalah kebutuhan yang diperlukan keluarga dalam merawat anak remaja KTD. Support keluarga adalah

dukungan yang diperlukan keluarga dalam merawat anak remaja dengan KTD. Tujuan ini teridentifikasi dari 2 tema yaitu kualitas layanan dan dukungan sosial.

a. Tema 5: Kualitas layanan

Kualitas layanan adalah kualitas yang dipersepsikan oleh konsumen sebagai arah dan besarnya kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima. Kualitas layanan dapat dibagi menjadi 5 dimensi yaitu: *tangible, reliable, responsiveness, assurance dan empathy*. 1) *Tangible* adalah tampilan yang merupakan penampakan fasilitas fisik, dari fasilitas, peralatan dan personal, 2) *reliable* adalah kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan handal dan akurat, 3) *responsiveness* adalah berhasrat membantu pelanggan dengan pelayanan yang cepat dan tepat, 4) *assurance* adalah pelayanan yang meyakinkan berupa penguasaannya berupa pengetahuan yang berkaitan dengan bidangnya dan ramah, 5) *empathi* adalah peduli, mampu mendengarkan dan berkomunikasi dengan baik, serta memahami kondisi pengguna jasa (Parasuraman dalam Afifudin, 2009).

Pada penelitian ini ditemukan adanya kebutuhan *caregiver* berupa bentuk layanan (dimensi *reliable*) adalah terkait pengobatan dan pemberian informasi. *Caregiver* juga mengharapkan sikap petugas kesehatan yang baik dan mau membantu (dimensi *empathi*). Hal tersebut merupakan wujud aplikasi dari konsep kualitas pelayanan yang sudah disebutkan sebelumnya. Hal penting inilah yang harus diperhatikan oleh pemberi jasa layanan kesehatan masyarakat untuk menjawab tuntutan kebutuhan ini.

Pada penelitian ini tidak diketemukan adanya kebutuhan layanan terkait dimensi yang lain yaitu: dimensi *tangible*, *responsiveness*, dan *assurance*. Hal tersebut dapat dimaklumi karena tingkat pendidikan *caregiver* yang mayoritas tidak tamat SD, sehingga sangat mempengaruhi keragaman jawaban.

Ketika ditanya tentang kebutuhan dan harapan terhadap petugas kesehatan, sebagian *caregiver* tidak mampu menjawab, walaupun peneliti sudah mengganti kata harapan dengan keinginan atau yang diinginkan. Seorang suami *caregiver* dari anak remaja yang mengalami KTD karena *incest* akhirnya menyatakan bahwa harapannya adalah masih seputar pelayanan kuratif untuk cucu atau anaknya. Sedangkan 3 orang *caregiver* yang lain mampu menyebutkan kebutuhannya akan informasi seputar kesehatan remaja dengan kehamilan dini.

Tingkat pendidikan dan keluasan pergaulan sangat mempengaruhi jawaban *caregiver*. Suami *caregiver* yang dengan tingkat pendidikan SD tidak tamat dan hanya bekerja sebagai petani dan "penderes" hanya dapat menjawab bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan adalah seputar hal konkret yang selama ini dia hadapi. Kebutuhan terkait petugas kesehatan adalah pengobatan untuk anak dan cucunya.

Jawaban yang agak berbeda keluar dari *caregiver* yang tingkat pendidikannya SMA. *Caregiver* mampu menyebutkan istilah terkait kesehatan reproduksi untuk anaknya. Sedangkan *caregiver* yang juga seorang kader kesehatan sudah mulai berpikir bahwa ibu-ibu di daerahnya membutuhkan tambahan

informasi kesehatan yang berguna untuk anak gadisnya. Hal ini penting untuk segera di *follow up* oleh perawat komunitas untuk memenuhi harapan masyarakat terkait pendidikan kesehatan reproduksi (KRR) yang menyentuh level keluarga.

b. Tema 6: Dukungan sosial

Tema dukungan sosial yang dimaksud di sini adalah dukungan sosial yang diharapkan oleh keluarga dengan remaja KTD. Tema dukungan sosial teridentifikasi dari sub tema sikap keluarga dan bantuan materi.

Katc dan Kahn (2000 dalam Masbow, 2009) berpendapat, dukungan sosial adalah perasaan positif, menyukai, kepercayaan, dan perhatian dari orang lain yaitu orang yang berarti dalam kehidupan individu yang bersangkutan, pengakuan, kepercayaan seseorang dan bantuan langsung dalam bentuk tertentu. Dukungan Sosial adalah bentuk pertolongan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara, rekan kerja, atasan atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan. Bantuan atau pertolongan ini diberikan dengan tujuan agar individu yang mengalami masalah merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai.

Caregiver dalam hal ini mengharapkan dukungan dari keluarga berupa sikap baik, tidak menghakimi dan merahasiakan kehamilan anaknya. Sedangkan *caregiver* yang taraf ekonominya rendah mengharapkan adanya bantuan materi dari keluarga yang lain. Harapan terhadap dukungan ini

dapat sedikit mengurangi beban keluarga dengan anak remaja KTD.

Adanya kebutuhan dukungan keluarga juga teridentifikasi pada *caregiver* yang merawat anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS. Caregiver pada penelitian tersebut membutuhkan dukungan *emotional, material, finansial, medical, informational, dan jaringan* (Vithayachockitikhun, 2009). Adanya perbedaan dukungan dengan hasil penelitian dapat disebabkan karena perbedaan tingkat pendidikan *caregiver*, yang mempengaruhi keluasan cara berpikir.

5.1.4. Strategi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pelayanan dan support keluarga

Strategi keluarga adalah cara-cara yang dilakukan oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga akan pelayanan dan kebutuhan keluarga akan dukungan sosial. Tujuan khusus ini teridentifikasi dari tema mencari bantuan.

a. Tema 7: Mencari bantuan

Hampir semua *caregiver* mencari bantuan dalam memenuhi kebutuhan pelayanan dan dukungan sosial dalam perawatan remaja KTD. Pada saat keluarga mencari bantuan, maka sebenarnya keluarga sedang mencari dukungan sosial. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Suhita (2005 dalam Masbow, 2009) bahwa dukungan sosial dapat dipenuhi dari teman atau persahabatan, keluarga, dokter, psikolog, psikiater. Sofia (2003 dalam Masbow, 2009) juga mengatakan bahwa dukungan sosial dapat bersumber dari orang-orang yang memiliki hubungan berarti bagi individu seperti keluarga, teman dekat, pasangan hidup, rekan kerja, tetangga, dan saudara. Hasil penelitian Neamsakul (2008) juga menyebutkan

bahwa sumber dukungan bagi KTD remaja adalah orang tua, teman lelaki remaja putri, orang lain, keluarga teman lelaki remaja putri, tetangga dan pemberi layanan kesehatan.

Hal ini sejalan dengan dengan temuan peneliti bahwa *caregiver* mencari bantuan ke petugas kesehatan, yaitu petugas kesehatan Puskesmas, dokter kandungan, psikiatri dan bidan. Mereka juga mencari bantuan ke anggota keluarga dekat. Terbukti bahwa *caregiver* mencari bantuan kepada orang-orang yang memiliki hubungan yang berarti bagi mereka sendiri.

Terdapat seorang *caregiver* yang meminta bantuan tenaga non medis (para normal) di samping tenaga kesehatan. Hal ini dilakukan karena anak remajanya tidak mau bicara, tidak mau makan dan minum. Jika dilihat bahwa *caregiver* adalah orang Jawa, maka hal tersebut bisa dianggap biasa oleh orang Jawa. Hal ini sebagaimana yang disebutkan oleh Walcott (2004) melalui hasil penelitiannya tentang seni pengobatan alternatif bahwa dasar-dasar pola pikir orang Jawa sangat berbau kepercayaan. Kepercayaan mistik termasuk sebagian dari identitas orang Jawa karena sudah ada sejak zaman dahulu.

Hanya satu *caregiver* yang mempunyai tingkat pendidikan paling tinggi (SMA) yang memanfaatkan sumber kekuatan spiritual yaitu Tuhan, sebagai strategi untuk memenuhi kebutuhan dan support. Melalui sikap pasrah dan dengan memohon pertolongan Alloh, *caregiver* merasa mendapatkan kekuatan yang luar biasa untuk menghadapi segala masalah yang timbul akibat KTD anak remajanya.

Menurut Setiyo (2008) pasrah adalah kekuatan, orang pasrah berarti menyerahkan dirinya kepada Alloh. Hal itu berarti pula ada kekuatan yang diarahkan yaitu kekuatan kembali kepada Alloh. Berarti juga kekuatan pasrah ini dapat digunakan untuk menyerahkan sesuatu yang menjadi kebutuhan bagi kita. Barang siapa yang bertawakal kepada Alloh maka Alloh akan memberikan kecukupan bagi masalahnya, artinya Alloh akan memenuhi solusi dari masalah yang dihadapi. Sehingga kunci dari segala masalah adalah dengan kekuatan pasrah kita.

Bentuk mencari bantuan yang lain dari *caregiver* adalah dengan mengatasi masalah finansial. Salah seorang *caregiver* mencoba memenuhi kebutuhan finansialnya dengan cara meningkatkan penghasilannya dari berjualan “cilok”. Hal ini dilakukan untuk membayar biaya kelahiran. *Caregiver* juga memanfaatkan jamkesmas untuk pengobatan anaknya. Di samping itu, *caregiver* juga meminjam uang kepada orang lain untuk menutupi kebutuhannya. Mengatasi masalah finansial juga merupakan coping positif yang digunakan oleh *caregiver* yang merawat penderita HIV/AIDS, karena besarnya biaya perawatan penderita (Vithayachockitikhun, 2009).

Upaya mencari bantuan dengan segala bentuknya di atas, jika ditinjau dari sudut upaya penyelesaian masalah merupakan salah satu bentuk coping aktif yang berorientasi pada problem. Martin, et.al (2004, dalam Vithayachockitikhun, 2009) juga mengatakan bahwa coping aktif yang berfokus pada masalah seperti spiritualitas, mendapatkan informasi, mencari dukungan sosial, merencanakan dan menyelesaikan masalah ternyata merupakan cara yang lebih positif untuk mengatasi kejadian stress dan lebih memungkinkan

memproduksi *outcome* positif. Sehingga dapat dikatakan bahwa coping yang sudah dilakukan oleh hampir semua *caregiver* merupakan coping yang sangat positif, berorientasi pada penyelesaian masalah dan pada akhirnya berdampak pada penurunan stress.

5.1.5. Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD

Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan KTD teridentifikasi dari tema *unavoidable acceptance/* penerimaan yang tidak bisa dihindari. Semua *caregiver* pada akhirnya menerima kehamilan anak remajanya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Neamsakul (2008) yang mengatakan bahwa respon orang tua terhadap KTD anak remajanya berupa penerimaan yang tidak bisa dihindari (*unavoidable acceptance*).

Caregiver menganggap bahwa apa yang terjadi adalah kejadian yang harus diterima dan tidak bisa dihindari. Walaupun hal itu adalah sesuatu yang tidak disukai. Seorang *caregiver* yang mempunyai pemahaman agama yang paling baik, menganggap kejadian KTD anaknya adalah merupakan ujian dari Allah. Baginya, sebagai makhluk ciptaan Allah maka harus bisa menghadapi ujian ini. Sedangkan *caregiver* yang istri nelayan lebih merasa bersyukur karena anaknya mempunyai nasib yang lebih baik dari keponakannya yang mengalami KTD namun tidak dinikah. Lelaki yang telah menghamili tidak dapat menikahinya karena lelaki tersebut telah memiliki istri.

Kejadian yang harus diterima dan tidak bisa dihindari bagi umat islam disebut dengan takdir. Islam memandang takdir sebagai sesuatu yang sudah ditetapkan Allah untuk terjadi. Apa yang

sudah ditetapkan itu bisa sesuatu yang disukai oleh manusia, ataupun sesuatu yang tidak disukai oleh manusia. Kewajiban manusia terhadap taqdir adalah ridho/menerima dengan sabar, menyerah dan tenang (Adz-Dzakirah, 2003).

Kejadian KTD anak jelas merupakan hal yang sangat tidak disukai. Namun sebagai seorang muslim, maka wajib untuk menerima taqdir itu. Hal inilah yang dilakukan oleh semua *caregiver*.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti adalah peneliti pemula dalam penelitian kualitatif. Tidak adanya pengalaman meneliti kualitatif sedikit banyak mempengaruhi proses dan hasil dari penelitian ini. Kondisi tersebut menimbulkan banyaknya keterbatasan dalam penelitian ini.

5.2.1. Sebenarnya, penelitian direncanakan dilakukan di 4 wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Cilacap, yaitu Puskesmas Nusawungu I, Cilacap Selatan II, Cilacap Tengah dan Binangun. Wilayah kerja ini dipilih karena berdasarkan data program KRR-DKK Cilacap tahun 2010, merupakan 4 wilayah kerja Puskesmas dengan jumlah KTD terbanyak dari 36 wilayah Puskesmas di Kabupaten Cilacap (data terlampir). Namun pada kenyataannya dari 4 wilayah kerja Puskesmas ini tidak semuanya mempunyai data calon *caregiver* yang dapat langsung digunakan. Puskesmas Binangun misalnya, data remaja KTD yang ada di buku register suntikan imunisasi untuk cantin tidak disertai alamat lengkap rumah yang meliputi RT dan RW. Hal ini menyulitkan peneliti mencari rumah calon *caregiver*. Akibatnya, tidak ada *caregiver* yang berasal dari wilayah kerja Puskesmas tersebut.

5.2.2. Penelitian ini merupakan penelitian yang bersinggungan dengan aspek yang sensitive karena terkait hal yang dianggap tabu oleh masyarakat. Peneliti berusaha mengatasi ini dengan terlebih dahulu menyusun pertanyaan yang tidak secara langsung mengarah kepada KTD remaja. Peneliti mengawali dengan pertanyaan tentang bagaimana perkembangan kesehatan anak remaja selama hamil dan melahirkan. Adakah keluhan atau masalah khusus yang dialami? Setelah itu peneliti menanyakan tentang tanggal perkawinan dan tanggal lahir dari anak yang dilahirkan oleh remaja KTD. Kemudian peneliti menghitung jumlah bulan umur kehamilan ketika menikah. Dari sinilah pertanyaan tentang KTD remaja dimulai. Melalui cara ini peneliti merasakan kesan tabu, malu, seram dan menakutkan yang kemungkinan dirasakan oleh caregiver tidak muncul.

5.3. Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian

5.3.1. Bagi Keluarga dan masyarakat

Hasil penelitian ini menggambarkan adanya orientasi terhadap masa depan remaja yang sangat kurang. Remaja hanya diorientasikan untuk mengenyam pendidikan menengah bahkan rendah untuk kemudian menikah atau bekerja. Remaja cenderung tidak diajak berpikir panjang terhadap aktivitas pacaran dan aktivitas seksual mereka. Kondisi ini diperparah dengan sikap *permisiv* dari orang tua terhadap aktivitas pacaran mereka. Maka KTD menjadi salah satu akibat yang dirasakan oleh remaja dan keluarga.

Peran keluarga dalam hal ini menjadi sangat penting. Keluarga dapat memulai dengan menanamkan nilai yang bertujuan untuk mengorientasikan masa depan remaja, mengorientasikan tentang pentingnya fokus pada kegiatan yang bermanfaat serta kontrol yang kuat terhadap aktivitas pacaran anak.

Sedangkan bagi masyarakat, adanya *destigmatisasi* dalam pergaulan antara laki-laki dan perempuan serta kehamilan di luar nikah, merupakan indikasi adanya norma yang dilanggar. Norma yang dilanggar disebabkan karena ada nilai yang berubah. Masyarakat harus kembali kepada nilai-nilai adat ketimuran yang baik dan dijunjung tinggi tentang pergaulan antara laki-laki dan perempuan. Apalagi jika mayoritas masyarakat beragama Islam. Masyarakat juga harus ikut serta melakukan kontrol sosial terhadap segala aktivitas pacaran yang di luar batas dan perilaku seks pra nikah. Hal ini dapat dilakukan antara lain dengan cara yang paling halus yaitu menegur. Jika hal ini tidak berhasil dapat dimusyawarahkan mekanisme khusus bersama anggota masyarakat yang lain dalam mencegah dan menghadapi perilaku tersebut.

5.3.2. Implikasi bagi keperawatan komunitas

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa tugas mengorientasikan masa depan kadang sulit dilakukan oleh orang tua dengan tingkat pendidikan rendah. Pengaruh sosial budaya juga sangat besar. Jika lingkungan di sekitar orang tua menyuruh anak remajanya setelah lulus untuk langsung bekerja atau menikah, maka orang tua juga akan terpengaruh untuk melakukan hal yang sama. Maka, sudah menjadi kewajiban perawat komunitas untuk membantu keluarga sehingga keluarga dapat melakukan perannya dalam mengorientasikan masa depan anak remaja sesuai dengan kemampuan keluarga.

Hasil penelitian ini juga menggambarkan adanya kebutuhan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja yang sampai menyentuh level keluarga. Selama ini informasi seputar KRR hanya ditujukan kepada siswa di sekolah. Sehingga menyiapkan

keluarga untuk kesehatan reproduksi bagi anaknya dapat mulai diberikan melalui satuan-satuan kelompok di masyarakat baik posyandu, kelompok PKK maupun kelompok yang lain.

Penelitian ini juga menggambarkan bahwa anak remaja KTD terpaksa harus menikah dini demi menutup aib, walaupun remaja yang menikah sebenarnya belum sepenuhnya matang secara fisik dan psikologis. Ibu yang masih remaja dan bayinya berisiko untuk mendapatkan gangguan kesehatan. Satu sisi, anjuran dari BKKBN untuk tidak menikah dini seolah tidak mendukung. Namun yang terpenting adalah bagaimana keluarga dapat mengontrol aktivitas pacaran anak agar tidak masuk dalam eksperimen perilaku seks pra nikah. Menjauhkan anak dari perilaku pacaran menjadi hal yang lebih penting untuk dilakukan saat ini.

Perawat komunitas harus menjadikan ini sebagai bagian dari interaksinya dengan keluarga terkait pencegahan primer kejadian KTD. Setiap keluarga dengan remaja harus diajak untuk mulai melakukan perencanaan dan langkah-langkah strategis agar pernikahan dini yang terpaksa dilakukan karena KTD tidak harus terjadi. Hal tersebut dapat dimulai dengan membentuk Forum Komunitas Peduli Remaja, yaitu sejenis wadah yang berguna untuk melakukan dukungan terhadap pengembangan potensi remaja dalam bidang pendidikan, olah raga, seni dan bidang yang lain. Melalui forum ini juga dikampanyekan untuk mengoptimalkan pendidikan remaja, mengontrol pergaulan dan aktivitas pacaran remaja serta pencegahan seks pra nikah. Tujuan di atas dapat difasilitasi dengan cara pembuatan modul-modul sederhana tentang tumbuh kembang remaja, mengoptimalkan pendidikan remaja, mengontrol aktivitas pacaran, menghindari

seks pra nikah dan perencanaan keluarga untuk tidak menikah dini.

Pencegahan sekunder dilakukan antara lain dengan cara mempersiapkan keluarga agar dapat mengetahui apa yang harus dilakukan jika menemui anaknya dengan tanda-tanda kehamilan seperti sering muntah, pusing, badan lemas, muka pucat atau tidak nafsu makan. Keluarga dilatih dan disiapkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dengan alat yang sudah banyak di jual di pasaran. Keluarga juga harus dilatih agar dapat mengidentifikasi adanya tanda dan gejala stress pada remaja dan upaya pertama yang harus dilakukan.

Sedangkan pencegahan tersier dapat dilakukan antara lain agar remaja dapat menerima kehamilannya serta melakukan perawatan ante natal demi kesehatan ibu dan bayinya. Selain itu remaja dan pasangannya dianjurkan untuk menggunakan alat kontrasepsi agar kehamilan berikutnya dapat dipersiapkan dengan lebih baik sambil menunggu kematangan organ-organ reproduksi optimal.

5.3.3. Bagi pendidikan dan pengembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini menggambarkan adanya stress fisik, psikologis, sosial dan finansial yang dialami caregiver dalam merawat anak remaja dengan KTD. Penelitian ini juga menggambarkan adanya kebutuhan dan support sosial baik dari tenaga kesehatan maupun dari keluarga. Hal ini dapat dijadikan panduan untuk mengembangkan model asuhan perawatan keluarga dengan anak remaja KTD antara lain melalui 3 level pencegahan yang sudah disebutkan sebelumnya.

5.3.4. Bagi Puskesmas

Selama ini sumber data jumlah remaja yang hamil adalah dari BP. Data ini yang digunakan oleh Dinas Kesehatan untuk pemantauan program KRR. Padahal jika ingin menemukan data yang lebih lengkap dan valid adalah data dari register imunisasi TT, karena disinilah banyak terjaring remaja yang hamil. Hal tersebut terjadi karena syarat untuk dapat dilakukan imunisasi TT adalah harus melakukan pemeriksaan kehamilan terlebih dahulu. Berdasarkan hasil pemeriksaan dapat diketahui apakah yang bersangkutan hamil atau tidak. Strategi ini merupakan strategi yang efektif untuk menjaring remaja yang hamil.

5.3.5. Bagi pendidikan remaja di sekolah

Pada penelitian ini ditemukan bahwa terdapat 2 remaja yang diketahui hamil akhirnya tidak melanjutkan sekolahnya. Satu orang mengundurkan diri dan seorang lagi dikeluarkan dari sekolah. Barangkali keputusan tersebut dapat dipahami mengungat perilaku asusila yang sudah dipahami. Namun lebih lanjut juga harus difikirkan bagaimana masa depan pendidikan remaja yang hamil ini kemudian.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dijelaskan tentang kesimpulan yang merupakan refleksi dari hasil penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1.SIMPULAN

6.1.1. Pada penelitian ini ditemukan bahwa salah satu factor yang mendukung terjadinya KTD adalah adanya *destigmatisasi* baik dalam hubungan antara laki-laki dan perempuan maupun terkait kehamilan sebelum menikah. Adanya penurunan stigma ini menyebabkan bahwa sudah dianggap legal atau biasa untuk berpacaran berdua di kamar ataupun untuk hamil sebelum menikah, walaupun hal tersebut hanya terjadi di daerah tertentu saja. Sikap permisif orang tua terhadap aktivitas pacaran remaja dapat memperburuk keadaan ini.

Penyebab KTD yang lain adalah kurangnya orientasi masa depan. Umumnya perencanaan masa depan remaja sangat minimal. Mereka kurang bisa berpikir tentang akibat aktivitas pacaran dan aktivitas seksual mereka. Mengorientasikan remaja tentang masa depan mereka dan efek dari aktivitas pacaran dan seksual mereka menjadi hal yang sangat penting untuk dilakukan sejak dini.

6.1.2. KTD anak remaja menimbulkan stress pada keluarga. Stress tersebut meliputi stress fisik, financial, psikologis dan sosial. Gangguan fisik dan psikologis pada anak remaja dapat menimbulkan stress fisik, financial dan psikologis yang dirasakan keluarga. Sedangkan stress sosial ditimbulkan dari masyarakat atau orang di sekitar keluarga.

- 6.1.3. Keluarga dengan anak remaja dengan KTD sebagian besar tidak secara langsung mengalami gangguan berhubungan dengan keluarga atau masyarakat yang lain. Namun keluarga dengan anak KTD berusaha memenuhi tuntutan ideal dalam masyarakat yaitu menyegerakan pernikahan sebagai salah satu upaya untuk “menyelamatkan muka”. Hal ini dilakukan dengan mencari orang yang harus bertanggung jawab terhadap kehamilan anaknya, memusyawarahkan upacara pernikahan dan mengurus administrasi pernikahan. Sebagian anak partisipan terpaksa tidak dapat melangsungkan pernikahan karena terbentur syarat administrasi nikah.
- 6.1.4. Anak seorang partisipan hamil oleh saudara kandungnya sendiri. Stress yang dirasakan oleh keluarga ini jauh lebih besar dibandingkan dengan keluarga partisipan yang lain. Menikahkan keduanya menjadi hal yang sangat tidak mungkin. Tindakan pertama keluarga adalah menjauhkan laki-laki dari rumah.
- 6.1.5. KTD yang dialami anak remaja partisipan menjadikan keluarga pada kondisi yang membutuhkan pelayanan kesehatan dan dukungan sosial. Pelayanan yang dibutuhkan keluarga seputar pengobatan dan pemberian informasi. Sedangkan dukungan yang diharapkan dari partisipan adalah terkait sikap keluarga yang baik dan merahasiakan kehamilan anaknya serta bantuan materi.
- 6.1.6. Adanya kebutuhan pelayanan dan kebutuhan dukungan keluarga menuntut keluarga melakukan sesuatu untuk memenuhinya. Cara yang dilakukan meliputi: meminta bantuan tenaga medis dan non medis, menghubungi anggota keluarga, mengatasi masalah financial dan memanfaatkan sumber kekuatan spiritual. Jika dilihat dari mekanisme koping, maka apa yang dilakukan keluarga adalah merupakan mekanisme koping aktif yang berorientasi pada tugas. Jenis koping ini merupakan jenis koping yang berefek positif dalam mengatasi stressor.
- 6.1.7. Kejadian KTD yang dialami anak remaja partisipan merupakan kejadian yang sangat bermakna. Mereka menganggap bahwa apa yang

telah terjadi merupakan takdir yang harus diterima walaupun hal tersebut tidak disukai. Sebagian menganggap hal tersebut sebagai ujian, sebagian menerima karena memang sudah terjadi, dan satu partisipan justru bersyukur. Partisipan yang bersyukur karena merasa nasib baik berpihak pada anaknya dibandingkan dengan keponakannya yang hamil di luar nikah namun laki-laki yang menghamili tidak bisa menikahi karena sudah memiliki istri.

6.2.SARAN

6.2.1. Bagi Keluarga

Keluarga hendaknya mulai lebih peduli terhadap pergaulan remaja dan aktivitas pacaran mereka. Upaya kontrol dapat diawali dengan penanaman nilai untuk orientasi masa depan dan melibatkan mereka dalam kegiatan yang bermanfaat.

6.2.2. Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

Perawat dapat mulai mengorientasikan keluarga untuk mengoptimalkan pendidikan anak. Hal ini dapat dilakukan dengan cara melakukan diskusi melalui teknik “*coaching*” tentang pentingnya masa remaja untuk melanjutkan pendidikan sesuai kemampuan keluarga, cara mengontrol aktivitas pacaran anak, cara agar remaja tidak terjerumus dalam seks pra nikah dan untuk tidak menikah dini sebagai akibat dari KTD

Upaya promotif untuk pemberian informasi tentang KRR dan pengorientasian remaja pada masa depan dapat mulai diberikan tidak hanya untuk siswa/remaja di sekolah. Kegiatan ini dapat diperluas dengan pemberian pengetahuan melalui kelompok-kelompok yang ada di masyarakat, seperti posyandu, kelompok PKK dan kelompok lainnya.

6.2.3. Bagi Puskesmas

Adanya data remaja yang hamil yang terjaring pada register imunisasi TT cantin, memudahkan perawat komunitas untuk melakukan perawatan pada remaja maupun keluarga. Perawat dapat mengidentifikasi permasalahan yang muncul, melakukan intervensi dan mempersiapkan remaja dan keluarga untuk menerima kehamilan dan melakukan perawatan ante dan post natal dengan baik.

6.2.4. Bagi pendidikan remaja di sekolah

Sekolah harus ikut mencegah siswanya terlibat dalam aktivitas pacaran yang tidak terkontrol dan seks pra nikah. Hal ini dapat dilakukan dengan terlebih dahulu mengorientasikan remaja untuk fokus dalam bidang pendidikan dan prestasi, aktif mengikuti kegiatan ekstra kurikuler di sekolah, penanaman nilai agama tentang pergaulan dan seks pra nikah, upaya meredam gejolak seksual remaja, ketrampilan bagi remaja putrid untuk dapat menolak ajakan pacaran dan aktivitas seksual oleh teman lelakinya, serta pendidikan kesehatan tentang kehamilan dini dan efeknya.

Bagi remaja yang mengalami KTD, pemberian cuti/skorsing selama hamil mungkin dapat dilakukan, namun hendaknya pihak sekolah tetap dapat membuka pintu jika remaja yang bersangkutan ingin melanjutkan sekolahnya setelah melalui masa kehamilannya. Hal ini sangat penting demi masa depan remaja.

6.2.5. Bagi Penelitian Keperawatan

Peneliti dalam bidang keperawatan perlu meningkatkan kemampuan dalam wawancara mendalam khususnya yang bersinggungan dengan aspek yang sensitive. Hal ini perlu dilakukan sehingga peneliti ketika harus berhadapan dengan partisipan sudah menyiapkan diri dengan pertanyaan-pertanyaan yang sesuai untuk masalah yang dianggap tabu.

Upaya menyiapkan diri ini dapat dilakukan dengan melalui uji coba pada partisipan yang mempunyai latar belakang yang berbeda-beda.

Penelitian terkait perlu dilakukan lebih lanjut, meliputi antara lain:

- a. Orientasi kehidupan remaja KTD yang mengalami putus sekolah.
- b. Orientasi masa depan remaja laki-laki pada kalangan ekonomi bawah, menengah dan atas
- c. Persepsi remaja terhadap perencanaan membentuk keluarga
- d. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi cara pandang remaja terhadap aktivitas pacaran dan seks pra nikah
- e. Pengaruh penanaman nilai agama dalam perubahan cara pandang pada remaja terkait aktivitas pacaran dan seks pra nikah.
- f. Pandangan masyarakat desa dan kota terhadap pergaulan antara laki-laki dan perempuan, aktivitas pacaran dan kehamilan di luar nikah
- g. Analisis faktor yang mempengaruhi cara pandang keluarga terkait pergaulan antara laki-laki dan perempuan, aktivitas pacaran dan kehamilan di luar nikah
- h. Persepsi keluarga terhadap nilai pergaulan, pacaran dan seks pra nikah serta hubungannya dengan peran keluarga mengorientasikan masa depan anak

DAFTAR PUSTAKA

- Afifuddin, (2009). Analisis pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan pada PT (Persero) Angkasa Pura I, di Bandar Udara Semarang. 7 Juli 2011. <http://pustaka.ut.ac.id/puslata/pdf/40251.pdf>
- Al-manhaj (2004). Akhlaq penuntut ilmu, ridha dan sabar pada taqdir Allah. 7 Juli 2011. <http://almanhaj.or.id/content/1206/slash/0>
- Anthony, S & Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: An integrative review. *Journal of advance nursing* 65 (6) 1171-1181. <http://www.ebscohost.com>
- Arida, dkk. (2005). *Seks dan kehamilan pra nikah: Remaja Bali di dua dunia*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan-UGM
- Budiana, Nyoman (2009). Setahun terjadi 500 kehamilan tak diinginkan. 3 Januari 2011. <http://www.antaranews.com/berita/1252763916/setahun-terjadi-500-kehamilan-tak-diinginkan>
- Christensen & Kenney, (1999). *Proses Keperawatan: Aplikasi model konseptual*. Ed. 4. Alih bahasa; Yuyun Yuningsih, Yasmin Asih. Editor edisi bahasa Indoensia Egi Komara Yudha, Nike Budi Subekti. Jakarta: EGC
- Cresswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five tradition*. California: Sage Publications
- (2010). *Research desigan: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed methode*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- DKK Cilacap (24 Maret 2011). Laporan KRR tahun 2010. DKK Cilacap.
- Edelman, Mandle, (2006). *Health promotion throughout the life span*. Philadelphia: Mosby Inc.
- Faturrochman, (1990), Sikap permisif makin mengental. 10 Juli 2011. <http://fatur.staff.ugm.ac.id/file/KORAN%20-%20Sikap%20Permisif%20Makin%20Mengental.pdf>
- Finer, L.B. & Henshaw, S.K., (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, 38 (2): 90-96. <http://www.ebscohost.com>
- Flood, A. (2010). Understanding phenomenology. *Nurse Researcher*, 2010, 17, 2. <http://www.ebscohost.com>

- Friedman, Bowden, & Jones, (2003). *Family nursing: Research, theory & practise*. Prentice Hall: Pearson Education, Inc.
- Habsari, Ririn dan Hendarwan, Harimat (2006). Menguak misteri di balik kesakitan perempuan: kajian dampak kekerasan terhadap kesehatan perempuan di propinsi DKI Jakarta dan DI Yogyakarta 2005. 3 Januari 2011. <http://www.komnasperempuan.or.id/wp-content/uploads/2009/01/misteri-di-balik-kesakitan-perempuan.pdf>
- Hahn, Martin, (2007). How to cope with social stress. 7 Juli 2011. <http://en.articlesgratuits.com/how-to-cope-with-social-stress-id1511.php>
- Harahap, SC. (2010). Bab 1 pendahuluan. 28 April 2011. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/19918/5/Chapter%20I.pdf>
- Hitchcock, Schubert, & Thomas, (1999). *Community health nursing: Caring in action*. New York: Delmar Publishers.
- Humas Pemerintah Kabupaten Pematang (17 Juni 2008). Seminar dan lokakarya kehamilan tidak diinginkan. 3 Januari 2011. <http://www.pematangkab.go.id>
- Kalyanwla, Zavier, Jejeebhoy, & Kumar, (2010). Abortion experiences of unmarried young woman in India: Evidence from a facility-based study in Bihar and Jharkand. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 36 (2): 62-71. <http://www.ebscohost.com>
- KEPK-BPPK, Depkes RI (2005). Etik penelitian kesehatan. 4 Maret 2011. <http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegionalBarat2005/KE.pdf>
- Khisbiyah, Murdijana & Wijayanto, (1997). *Kehamilan tak dikehendaki di kalangan remaja*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan-UGM
- Kimemie, V Muthoni. (2006). *Caregiver burden and coping responses for females who are the primary caregiver for a family member living with HIV/AIDS in Kenya*. 20 Maret 2011. University of Central Florida, dissertation. <http://www.proquest.com>
- Komnas Perempuan (2008). Menuju pengesahan RUU Kesehatan dalam upaya perbaikan kesehatan bagi perempuan. 3 Januari 2011 <http://www.komnasperempuan.or.id/old/demo08.trabas.web.id/metadot/indexb353.html?id=3757>
- Martha (2009). Kehamilan yang tak diinginkan “pro choice” atau “pro life”. 3 Januari 2011. <http://www.balipost.co.id/mediadetail.php?module=detailberitaminggu&kid=24&id=15605>

- Masbow, (2009). Apa itu dukungan social. 7 Juli 2011. <http://www.masbow.com/2009/08/apa-itu-dukkungan-sosial.html>
- Maurer & Smith, (2010), *Community Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*, 3th edition, Elsevier: Toronto.
- Moleong, L.J. (2010). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Murray, S.S & McKinney, (2007). *Foundations of maternal-newborn nursing*. Singapore: Elsevier.
- Muscari, M.E., (2001). *Advanced pediatric clinical assessment: Skills and procedures*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Muzayyanah, Siti Nurul (2009). Pendidikan kesehatan reproduksi remaja: Bagaimana menyikapinya. 3 Januari 2011. <http://poltekestniau.ac.id/node/15>
- Neamsakul, Wanwadee. (2008). *Unintended thai adolescent pregnancy: A grounded theory study*. University of California, dissertation. <http://www.proquest.com>
- Nicholls, D. (2009). Qualitative research: part two-methodologies. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, November 2009, vol 16, No.11. <http://www.ebscohost.com>
- Pikiran Rakyat Online (29 Oktober 2010). Lima TKW Cilacap pulang membawa HIV/AIDS. 24 Maret 2011. <http://www.aidsjateng.or.id>
- Pilar-PKBI Jawa Tengah (2000). Base line survey perilaku seks mahasiswa. 3 Januari 2011. <http://www.ceria.bkkbn.go.id>
- Pilliteri, A., (1999). *Maternal & child health nursing: Care of childbearing and childbearing family*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- PKBI (2005). Studi kasus kehamilan tidak diinginkan pada remaja. 3 Januari 2011. <http://www.swaranusa.net>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- (2008). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: principles and method*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Rumah Belajar psikologi, (1990), Remaja. 10 Juli 2011. <http://rumahbelajarpsikologi.com/index.php/isu-remaja.html>

- Santoso, B. (2009). Pengalaman mantan pengguna dalam penyalahgunaan NAPZA suntik di kota Palembang: Studi fenomenologi. Jakarta: Perpustakaan Universitas Indonesia.
- Sedgh, et.al. (2006). Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian woman. *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32 (4): 175-184. <http://www.ebscohost.com>
- Setiogi, (2003). Incest cases become rampant in the country. 7 Juli 2011. <http://www.thejakartapost.com/news/2003/05/07/incest-cases-become-rampant-country.html>
- Setiyo, (2009). Mengarahkan kekuatan pasrah. 7 Juli 2011. <http://solospiritislam.com/mengarahkan-kekuatan-pasrah/>
- Stanhope, M. & Lancaster, J., (2004). *Community & public health nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby Inc.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sugiyono, (2010). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, Zumrotin K dan Lestari, Herna (21 Desember 2007). Aborsi: fakta, kebutuhan dan tantangan serta pengaruhnya dalam profil kesehatan perempuan Indonesia. 3 Januari 2011. <http://www.pemalangkab.go.id>, <http://www.mitrainti.org/?q=node/228>
- Tomey & Alligood. (2006). *Nursing theory: Utilization & Application*. 3th ed. St Louis, Missouri: Mosby.Inc.
- (2006). *Nursing theorists: And their work*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elseveir
- Unimus, (2004). Bab 2. 7 JULI 2011. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/104/jtptunimus-gdl-dyasdindan-5184-3-bab2.pdf>
- Universitas Indonesia, (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa*. Universitas Indonesia
- Vithayachockitikhun, Niranart. (2009). *The experiences of Thai caregivers of persons living with HIV/AIDS*. Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, dissertation. <http://www.proquest.com>
- Voice of Indonesia (2009). Komnas perempuan. 3 Januari 2011. <http://id.voi.co.id/fitur/voi-bunga-rampai/5352-komnas-perempuan.html>

Walcott, (2004). Seni pengobatan alternative: pengetahuan dan persepsi. 7 Juli 2011. www.acicis.murdoch.edu.au/hi/field_topics/ewalcott.doc

Whaley & Wong, (1999), *Nursing Care of Infant and Children*. Mosby Inc., St. Louis, Missouri.

Widyasari, (2007). Stress kerja. 7 Juli 2011. <http://rumahbelajarpsikologi.com/index.php/stres-kerja.html>

Wong, Donna L, (2008), *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Wong. Vol 1 & 2. Alih bahasa, Agus Sutarna, Neti Juniarti, H.Y. Kuncara; editor edisi bahasa Indonesia, Egi Komara Yudha. Ed. 6. Jakarta EGC



PENJELASAN PENELITIAN

Pengalaman Keluarga Merawat Anak Remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) di Kabupaten Cilacap Tahun 2010

Peneliti/NPM:

Widyoningsih/0906595030 adalah mahasiswa program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bapak/Ibu sebagai orang tua dari anak remaja telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan pada peneliti kapanpun Bapak/Ibu kehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu. Sebelum Bapak/Ibu memutuskan, saya akan jelaskan beberapa hal sebagai berikut :

1. Tujuan penelitian ini untuk mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak remaja dengan Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Melalui penelitian ini masalah yang dihadapi dan cara penyelesaian oleh keluarga yang mengalami dapat teridentifikasi, sehingga dapat dijadikan panduan bagi keluarga lain yang mempunyai anak remaja KTD. Dengan begitu, keluarga telah berjasa besar dalam menambah wawasan keilmuan dan pengalaman dalam perawatan remaja KTD
2. Jika Bapak/Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu mengizinkan peneliti akan menggunakan alat perekam suara dan gambar untuk menyimpan data apa yang Bapak/Ibu katakan. Wawancara tersebut akan dilakukan sebanyak minimal satu kali selama kurang lebih 60 menit dan bila ada yang kurang jelas peneliti akan datang lagi sesuai kesepakatan.
3. Penelitian ini kecil sekali dapat menimbulkan resiko kepada Bapak/Ibu. Penelitian ini tidak akan digunakan untuk merusak nama baik Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/Ibu boleh meminta kepada peneliti waktu istirahat selama wawancara atau menunda melanjutkan wawancara

di lain waktu sesuai kesepakatan. Bapak/Ibu boleh mengundurkan diri dari penelitian ini kapanpun Bapak/Ibu mau tanpa ada konsekuensi apapun.

4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Nama Bapak/Ibu hanya ada dalam file penyimpanan peneliti. Nama yang nanti ada di laporan dalam bentuk inisial atau lambang berupa P1 untuk peserta penelitian 1, P2 untuk peserta penelitian 2, dst. Peneliti akan memberikan hasil penelitian ini pada Bapak/Ibu, jika Bapak/Ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan ke institusi tempat saya belajar dan institusi pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas silahkan Bapak/Ibu mengajukan pertanyaan
6. Jika Bapak/Ibu bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan Bapak/Ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Cilacap,2011

Peneliti

Widyoningsih,

0906595030

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan di atas, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menjunjung tinggi hak-hak saya selaku partisipan. Saya berhak menghentikan penelitian ini jika suatu saat merugikan saya.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan dalam penelitian ini besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan keperawatan khususnya dalam merawat anak remaja dengan KTD. Dengan saya menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dengan ikhlas dan sungguh-sungguh dalam penelitian ini.

Cilacap,2011

Peneliti

Saksi

Partisipan

(.....)

(.....)

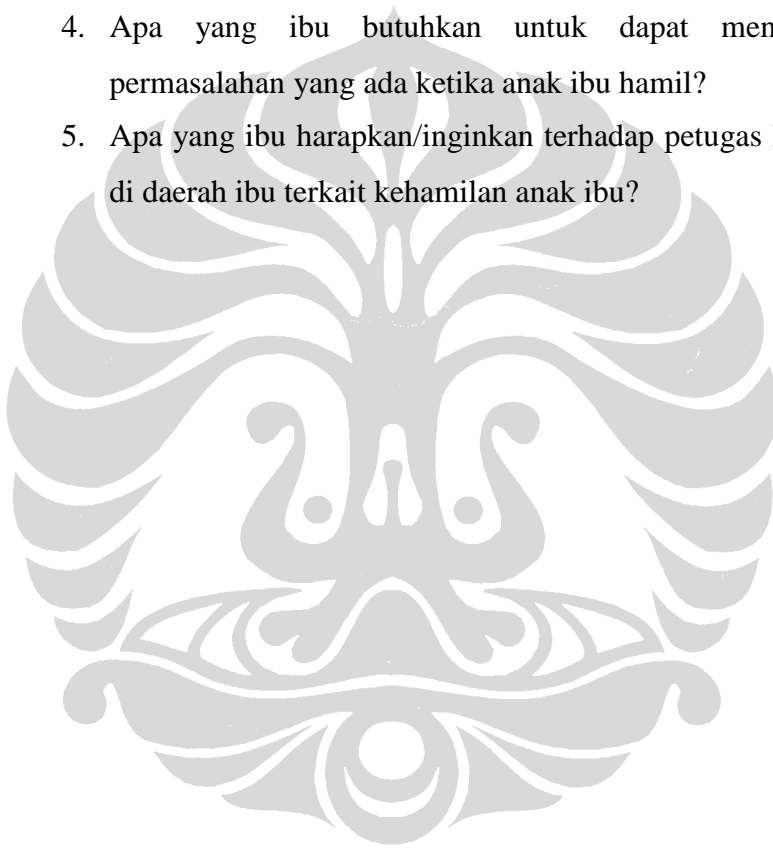
(.....)

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

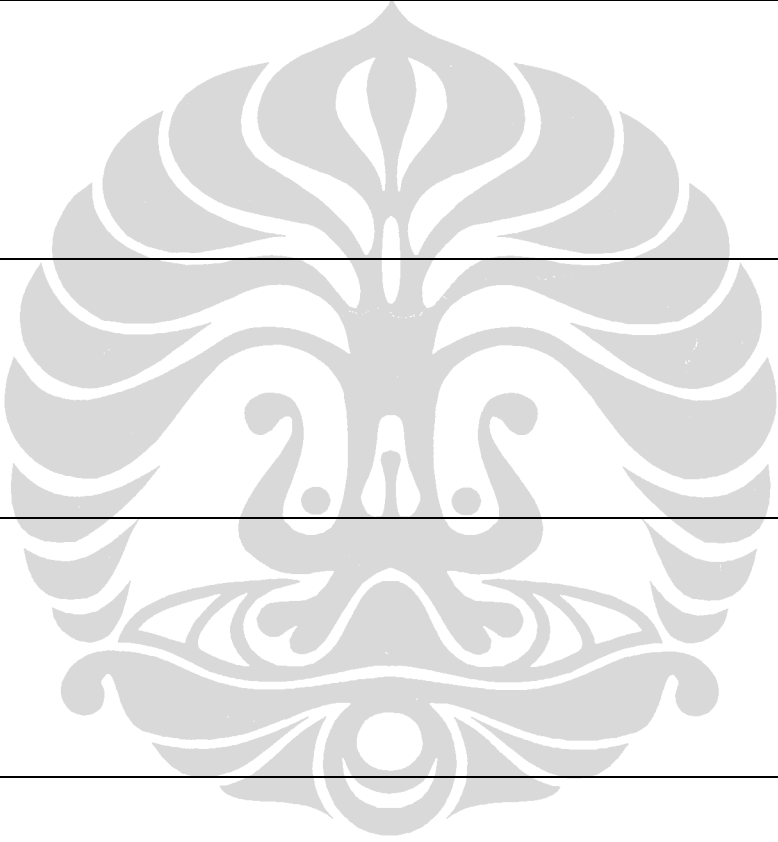
Nama Partisipan : .:
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :
Agama :
Status Pendidikan :
Suku :
Nomor telepon :
Usia anak yang dilahirkan oleh remaja KTD saat ini:.....
Hubungan dengan anak remaja KTD?

PANDUAN WAWANCARA

1. Bagaimana pengalaman ibu dalam mendampingi anak ibu yang masih muda tapi sudah hamil? Adakah keluhan atau masalah yang dirasakan?
2. Bagaimana perasaan ibu ketika mengetahui kehamilan anak ibu?
3. Apa yang ibu lakukan pertama kali begitu mendengar anak ibu hamil?
4. Apa yang ibu butuhkan untuk dapat menyelesaikan semua permasalahan yang ada ketika anak ibu hamil?
5. Apa yang ibu harapkan/inginkan terhadap petugas kesehatan yang ada di daerah ibu terkait kehamilan anak ibu?



CATATAN LAPANGAN

Nama Partisipan Tanggal wawancara Tempat Wawancara Waktu wawancara Posisi partisipan
GAMBARAN PERISTIWA/RESPON


KISI-KISI TEMA

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		
1	Masalah kesehatan yang dihadapi	Faktor yang mendukung terjadinya KTD	sikap permisiv orang tua	diperbolehkan pacaran & berduaan di kamar.	Laki-laki perempuan, pacaran, tunangan, koq disuruh dijaga kamarnya, enggak boleh (ke kamar)...ya enggak benar kan? Jaman sekarang, ...itu terjadinya	V									
				berpacaran di luar pengawasan	Yang namanya anak remaja ya mungkin enggak dirumah kan diluaran. Orang tua kan enggak tahu, padahal orang tua sudah istilahnya sudah menjaga sebaik-baiknya anak ini jangan sampai ini tapi ternyata kebobolaan ya udah,						V				
				diperbolehkan tidur bersama	...udah tunangan (masa) nggak boleh tidur sini, daripada nanti marah-marah malah ditinggal pergi?									V	
			destigmatisasi	tinggal bersama	Iya, satu kontrakan (di Jakarta, tanpa sepengetahuan keluarga)			V							
				banyak contoh	...memang di sini banyak yang kayak gitu (hamil di luar nikah)									V	
			koping destruktif dari masalah	kecewa dengan pacar	Itu kebawa emosi sama pacarnya sampai lupa, sehingga yang jadi sasaran adiknya.		V								
			Stress yang dirasakan	stress fisik	repot/sibuk	...cepat-cepat saya kondangan, ...lalu saya ke sini (RS) lagi, lah bolak-balik!!	V								
				stress finansial	keterbatasan dana	...dari dana juga sih ya, saya kan orang nggak punya sih bu....			V						
						...yang pasti tidak ada biaya, orang tidak punya sih.				V					
			stress psikologis	bingung	Ya saya sebagai orang tua ya bingung, tahu-tahu ini (pulang) sudah hamil			V							
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8		

					Enggak mau bicara sampai 10 hari, kan bingung? Sudah dibujuk, di macem-macem.	V										
				menyesal	saya Cuma berdoa "Ya Alloh, saya mohon maaf, saya khilaf cara mendidik anak saya seperti ini					V						
					...marah-marah terus nangis gitu, dicontohkan, dibilangi, kok terjadinya kayak gini.					V						
					...nangis, nyesel gitu						V					
				menyerah	Saya sebenarnya mbahnya ruwet, pusing!...sudah tidak bisa dipikir lagi		V									
				malu	malu sama tetangga, kan masih sekolah....				V							
				khawatir	Sama D? enggak marah, takut kalo sampai bunuh diri.	V										
				stress	...dia (suami) jadi enggak mau makan	V										
				sedih	sedih, nelangsa, macem-macem lah...gelap, nelangsa, tapi ya tetep dikukup diraup (direngkuh)		V									
				marah	Pastinya gregetan sama ingin membunuh sebenarnya. Ingin membunuh sebenarnya. Karena sudah mempermalukan, Cuma untungnya tidak sampai bertindak		V									
					Sikapnya bapak (suami) ya marah....					V						
					Malah justru saya yang marah									V		
				Kecewa	...ya sebenarnya kecewa ya, sudah dibesar-besarkan seperti itu, harusnya bagaimana lah va balasannya sama orang tua....			V								
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8			
					Kecewa jadi orang tua....					V						
					Ya perasaan kecewa ya ada. ...Saya juga nggak nyangka kayak gitu mba...								V			

			stress sosial	disalahkan	Nenek remaja: "Kesalahan sih, anak disuruh kerja di Jakarta, di sini juga ada kerjaan".			V					
				konflik keluarga	tadinya saya ini sempat tidak rukun dengan ibunya ini, ibunya bapaknya ini (sambil menunjuk cucunya = ibunya pihak laki-laki). Dikiranya saya mempersulit lho....			V					
				dicemooh	...ya jelas ada yang menjelekan, kadang ada yang bilang: "anaknya itu, anaknya bu K, oh ya pantes"			V					
					...kamu enggak punya anak, udah ngangkat anak koq sampai seperti itu.					V			
					Kayak gitu, memalukan!							V	
				ditanya	Lha itu D sedang hamil?	V							
				digunjing	...ya bilang...hamil di luar nikah, belum punya surat nikah.		V						
					...mengejek, ...tapi di depan orang lain. Kadang ada orang yang suka (sama saya) kan bilang (ke saya).								V
				ditakut-takuti	Ada yang bilang gini: "bu, ini anak apa cucu? Ini (remaja) ibunya? He..he..he...ibunya kecil banget, nanti bisa kena kanker lo"					V			
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
				dikasihani	kasihan banget kamu lho....					V			
				diungkit-ungkit	Cuma kadang orang tua saya sendiri sering mengungkit-ungkit.					V			

2	Upaya meningkatkan hubungan dg keluarga dan masyarakat	mempersiapkan pernikahan	Mencari orang yang harus bertanggung jawabkan kehamilan	mencari pacar remaja	...mencari orang laki-laki itu, ...yang menghamili ini..., supaya tanggung jawablah.			V												
					...(lelakinya) dicari, tahu rumah (lelakinya), terus ketemu.			V												
					Tinggal laki-lakinya aja yang suruh ke sini, tanggung jawabnya bagaimana						V									
				menanyakan	Terus saya tanya, siapa yang menghamili? Kamu jawab sejujur-jujurnya!				V											
			menyiapkan upacara pernikahan	musyawarah	Lha lalu sorenya orang tuanya (lelaki) datang. (untuk berembug)	V														
					bapak yang ke Jakarta dengan paman saya yang di Cilacap itu supaya musyawarah dengan orang tua laki-laki (mencari rumah			V												
					...ayo ke sana (pihak laki-laki), ngomong baik-baik					V										
					Ya, semuanya dibicarakan sama suaminya dia (remaja putri)						V									
					Ya sudah, hubungi pihak laki-laki....							V								
					...musyawarah dengan pihak besannya yang laki-laki, bagaimana-bagaimana....								V							
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI								P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
				mengurus administrasi pernikahan	...ya sudah ke pak carik, kemana saja saya urus-urus, tapi tetap engga bisa buat (KTP)			V												

		Mencegah terulangnya kejadian		dipisahkan	(lelakinya) tidak diusir atau dibuang, tapi istilahnya dipisah		V											
3	Kebutuhan pelayanan dan kebutuhan support keluarga	Kualitas layanan	Jenis pelayanan	pengobatan	Lah, kalau saya sih yang penting anak saya, cucu saya sakit panas, pusing, atau pilek di tempat bu bidan atau bu mantri ya diobati.		V											
				informasi	(minta diberi pengertian) apa enggak (bahaya) nanti reproduksinya, kan termasuk hamil muda					V								
					...kepengennya ya ada masukan dari kesehatan...biar ibu-ibunya kalo ada masukan kan ...bisa nasehatin sama anak gadisnya.											V		
					(minta diberi informasi) ini kan masih muda, (tapi sudah) hamil, sebaiknya bagaimana?												V	
		sikap petugas kesehatan	tidak menghakimi	Yang penting saya minta tolong itu juga saya mau bayar, jadi saya jangan dimarahi.		V												
			mau membantu	...ya kepengennya dibantu bu, seperti dibantu ...menikahkan inilah, ...agar ini (cucu) punya nama bapak.				V										
		Dukungan sosial	sikap keluarga	tidak menghakimi	Ya saudara yang biasa-biasa saja, jangan memarahi		V											
				merahasiakan	(saudara, tetangga)...jangan bilang-bilang (tentang kehamilan anak).					V								
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8					
			bantuan materi	biaya	...yang pastinya...biaya, orang tidak punya sih.				V									

4	Strategi memenuhi kebutuhan pelayanan dan kebutuhan support keluarga	Mencari bantuan	meminta bantuan tenaga medis	Puskesmas	...darahnya Cuma 80, sempat lemes banget. Lalu saya bawa ke Kroya (Puskesmas)	V													
				Dokter kandungan	Di Puskesmas 6 hari tidak ada bedanya...Lalu saya bawa ke dokter M (dokter kandungan)	V													
				psikiatri	...saya priksakan ke dokter psikis.	V													
				bidan desa	Ya, kadang orang kan pengen dibantu pikiran juga...saya kadang ya datang ke bu T, "bagaimana ya bu?"			V											
			meminta bantuan tenaga non medis	para normal	...sampai saya mintakan ke orang tua (para normal), mungkin saja kena apa-apa. Ini kan lapangan bola sih, ya barangkali...	V													
					Dari saudara saya memang ada yang ke orang tua, supaya saya jangan sampai terlalu marah. Ndilallah saya getet-getet Cuma enggak sampai bertindak. Sebenarnya ingin		V												
			menghubungi anggota keluarga	bertanya	(setelah perawatan 6 hari di Puskesmas tidak ada perkembangan)...Lha saya telpon ke pamannya, saudara tua di Jati. Ini gimana T?	V													
				meminta tolong	saya (ngasih tahu ke kakaknya suami saya kalo N hamil, biar dia yang bilang ke bapaknya supaya jangan memarahi anak)					V									
					Lalu kan saya bilang sama adik, suruh negaskan gimana (tentang kehamilan remajanya)									V					
			NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8			
			mengatasi masalah finansial	meningkatkan penghasilan	Bapaknya mencari (uang) untuk mengumpulkan bekal dua ribu, seribu, untuk biaya melahirkan....			V											

				memanfaatkan Jamkesmas	Iya, soalnya ini punya Jamkesmas			V						
				meminjam	Saya korbankan yang di sini untuk pinjam dana (untuk dipake) ke Jakarta			V						
					...iya, pinjam dulu (saudara)				V					
					pinjam-pinjam (ke tetangga)						V			
			Memanfaatkan sumber kekuatan spiritual	pasrah	Iya pasarah aja, semua hidup ada ujian dari Allah. Kita orang beriman harus bisa menghadapi ujian dari Allah					V				
				meminta pertolongan	...diuji seperti ini, saya minta dukungan dari sisi apapun ya Allah!					V				
			sumber support keluarga	tenaga kesehatan	Saya itu sih...sering mencurahkan isi hati saya ke bu T (bidan)			V						
					Kadang itu bu T (bidan) gimana ya ke saya, ...orang tidak punya sering dibantu sama bu T			V						
				keluarga dekat	Kakak yang di Karang cengis itu ...(yang memberi tahu ke suami kalo N hamil)				V					
					Terus saya ngomong sama mbahnya, bapak saya...					V				
					Dari saudara saya memang ada yang ke orang tua/para normal supaya jangan terlalu marah		V							
					Saya pikir sendiri...sama bapak (suami) paling			V						
					Suami: ya udah, jangan ditangisi, kan udah terlanjur						V			
NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	
					Suami: Ya udah, ...tapi kaya gitu mau diapakan lagi?							V		

					Suami: ya udah lah, mau diapain lagi													V
					saya musyawarah sama suami													V
			orang lain		Tetangga: "Bukan Cuma kamu koq yang mengalami seperti itu"					V								
					Ya udah lah bu, ... mau diapakan lagi, temen-temen ya pada dukung.												V	
					...dukungan dari mertua/besan itu, jadi alhamdulillah, kitanya kan semangat sebagai orang tua													V
			Tuhan		Sana (keluarga laki-laki) juga bilang ya udah, cepet-cepet kita urus, ... Ya mungkin berkat do'a saya dikabulkan sama Allah, minta dimudahkan segala urusan.					V								

Tujuan Umum: Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak dengan KTD

NO	TUJUAN UMUM	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
	Arti dan makna pengalaman keluarga merawat anak dengan KTD	Penerimaan yang tidak bisa dihindari (<i>unavoidable acceptance</i>)		menerima	Rasanya ya, orang sudah kejadian ya? Ya sudah nggak papa, yang penting ya disegerakan	V							
tapi ya sudah seperti ini sih mau bagaimana lagi...							V						
Cuma malu lah dengan tetangga, ... mau dimarahin bagaimana, sudah terlanjur								V					
Iya biasa, orang sudah kebobolan ya...												V	

NO	TUJUAN UMUM	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
					...kecewa memang ada, tapi mau gimana lagi, yang namanya sudah terjadi...							V	

				Sedih, nelangsa, macem-macem lah. Tapi kan sudah otomatis jadi kewajibannya.... tetap dikukup-diraup (istilah jawa untuk tetap direngkuh) dirawat	V								
				padahal orang tua sudah istilahnya sudah menjaga sebaik-baiknya anak ini jangan sampai ini tapi ternyata kebobolaan ya udah, mau diapakan lagi								V	
				Iya perasaannya ya sebenarnya kecewa ya, karena ya sudah dibesar-besarkan seperti itu harunya bagaimanalah ya balasannya anak ke orang tua seperti itu kan..tapi ya sudah seperti ini sih mau bagaimana lagi...			V						
				Lah saya ya udah pasrah aja, mau apalagi. Sekarang mau malu-malu bagaiman ya nantinya ya ketahuan. Kalo mau digugurin ya kasihan anaknya, melu nanggung dosa. Daripada kita menanggung dosa ya lebih baik biarkan besar									V
				Mulai dengar (hamil) sampai lahir, tetap saya usap-usap (anak remaja), sudah...yang nggak punya (anak) saja kepengen (punya anak)	V								
				kita sebagai orang tua ...ya udahlah, kita mau marahin anaknya buat apa? Ya kan? Malah jadi pikiran anak?									V
			bersyukur	Bersyukur, (lelakinya) mau bertanggung jawab. (nasib lebih baik dari keponakannya yang lain yang tidak dinikah)				V					

				ujian hidup	“ Ini ujian sebagai manusia, ya sabar aja. Namanya ujian kan berupa...ada yang lewat anak...”					V				
--	--	--	--	-------------	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--



OGRAFI PARTISIPAN

NO	NAMA PARTISIPAN	UMUR	JENIS KEL	PEKERJAAN	AGAMA	SUKU	PENDIDIKAN	HUB DG ANAK REMAJA	NAMA REMAJA	USIA ANAK YG DILAHIRKAN REMAJA	USIA REMAJA SAAT HAMIL
1	P1	54	Perempuan	Dagang/ tani	Islam	Jawa	Tidak Sekolah	Ibu Kandung	D	1 minggu	18 tahun
2	P2	52	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SD Tidak Tamat	Ibu Kandung	T	1,5 tahun	18 tahun
3	P3	34	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SD Tidak Tamat	Ibu Kandung	KD	5 bulan	16 tahun
4	P4	42	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SD Tidak Tamat	Ibu Kandung	DS	6 bulan	16 tahun
5	P5	40	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SLTA	Ibu angkat	K	8,5 bulan	16 tahun
6	P6	40	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SD Tidak Tamat	Ibu Kandung	DK	4 bulan	18 tahun
7	P7	50	Perempuan	IRT	Islam	Jawa	SD	Ibu Kandung	SP	10 bulan	20 tahun
8	P8	39	Perempuan	Buruh nelayan	Islam	Jawa	SD Tidak Tamat	Ibu Kandung	H	10 bulan	20 tahun