



FENOMENA *UNWANTED PREGNANCY*

DIKALANGAN REMAJA

Bidang Kegiatan

PKM-Penelitian (PKM-P)

Diusulkan oleh :

TANZANIA APRILIKA	(D11.2012.01432)
LAKHMUDIEN	(D11. 2011.01315)
IDA AYU ROHMANIYATI	(D11.2012.01482)

UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO

SEMARANG

2013


Halaman Pengesahan


1. Judul Kegiatan : FENOMENA UNWANTED PREGNANCY
2. Bidang Kegiatan : PKM-PENELITIAN
3. Bidang Ilmu : Kesehatan
4. Ketua Pelaksana Kegiatan :
 - a. Nama : Tanzania Aprilika
 - b. Nim : D11.2012.01432
 - c. Jurusan : Kesehatan Masyarakat
 - d. Universitas : Dian Nuswantoro
 - e. Alamat dan No HP : Jl. Karangroto rt.08/rw.03, 085741412237
 - f. Email : Tanzania_aprilika@yahoo.co.id
5. Anggota Pelaksana Kegiatan : 3 orang
6. Dosen Pendamping :
 - a. Nama : Kismi Mubarakah, SKM, M.Kes
 - b. NIDN : 0686.11.2011.402
 - c. Alamat dan No.HP : 06140408401
 - d. Email : kismi.mubarok@gmail.com
 - e. Jabatan : III B
7. Biaya Kegiatan : Rp. 12.245.000
8. Jangka Waktu Pelaksanaan : 4 Bulan

SEMARANG, 25 Juli 2013

Menyetujui

Ketua Pelaksana,


TANZANIA APRILIKA
D11.2012.01432
Dosen Pembimbing,


Kismi Mubarakah, SKM, M.Kes
NIDN : 061404.08401



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
RINGKASAN	iv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Perumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Luaran yang Diharapkan	3
1.5 Kegunaan	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
BAB III METODE PELAKSANAAN	
3.1 Alur penelitian	9
3.2 Jenis penelitian	9
3.3 Subjek penelitian.....	10
3.4 Pengumpulan data	10
3.5 teknik pengumpulan data	10
3.6 alat pengumpulan data.....	11
3.7 Analisa data.....	11
BAB IV BIAYA DAN JADWAL KEGIATAN	
4.1 Jadwal Kegiatan	12
4.2 Anggaran Biaya	12
DAFTAR PUSTAKA	13
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
Lampiran 1. Biodata Ketua dan Anggota	
Lampiran 2. Justifikasi Anggaran Kegiatan	
Lampiran 3. Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas	
Lampiran 4. Surat Pernyataan Ketua Peneliti	

RINGKASAN

Karangroto adalah suatu daerah pinggiran yang berada di Kecamatan Genuk tepatnya berada di Kota Semarang yang sebenarnya merupakan masyarakat gusuran dari kota. Remaja-remaja di desa Karangroto tersebut banyak yang masih melanjutkan ke perguruan tinggi dan tidak sedikit yang berhenti sekolah mulai dari SMP dan SMA. Hal ini dikarenakan mereka diketahui telah hamil sebelum menikah sehingga menyebabkan banyak terjadi pernikahan dini dan mereka harus menyanggah peran orang tua muda. Ketidak siapan untuk menjadi orang tua yang disebabkan karena perilaku seksual beresiko ini, yang kemudian menempatkan mereka pada resiko kematian ibu dan bayi. Terjadinya perilaku seks disebabkan karena ketidaktahuan tentang kesehatan reproduksi remaja sehingga perlu dilakukan penelitian untuk meningkatkan pengetahuan remaja di Kelurahan Karangroto.

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan deskriptif yang berupa kata – kata tertulis atau lisan dari orang dan perilaku yang dapat di amati dan diarahkan pada latar belakang individu tersebut secara utuh.

Data yang di kumpulkan berupa kata – kata gambaran, selain itu semua yang di butuhkan berkemungkinan menjadi kata kunci terhadap yang sudah diteliti. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan data untuk memberi gambaran penyedia laporan tersebut.

Tujuan riset kualitatif adalah pengembangan konsep yang membantu memahami fenomenal social atau lingkungan yang dialami (bukan percoba'an) dengan demikian member penekanan pada makna – makna pengalaman dan pandangan semua peserta riset.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Judul Program

FENOMENA UNWANTED PREGNANCY DIKALANGAN REMAJA

1.2 Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) karena persalinan di Indonesia ternyata tergolong tinggi. Indonesia menduduki peringkat ke-3 AKI tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara. Sebuah laporan baru-baru ini dari organisasi *Save the Children* mengenai kondisi ibu di seluruh dunia menempatkan Indonesia di posisi 106 dari 130 negara-negara berkembang, di bawah China dan Vietnam, namun di atas Filipina dan Timor Leste. Data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa angka kematian masih mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Padahal target Millennium Development Goal (MDG) ke-5, menurunkan AKI menjadi 102/100.000 pada tahun 2015.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi di Indonesia masih terbilang tinggi di antara negara-negara di Asia Tenggara. Angkanya 37 kematian per 1.000 kelahiran hidup pada 2011. Meski angkanya terus menurun, tapi posisi Indonesia di Asia Tenggara tidak berubah. Indonesia menempati posisi keempat terbanyak. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) 2003, angka kematian bayi sebagian besar terkait dengan faktor nutrisi yaitu sebesar 53 persen. Beberapa penyakit yang timbul akibat malnutrisi antara lain pneumonia (20 persen), diare (15 persen), dan perinatal (23 persen). Karena itu, dalam program Millenium Development Goals (MDGs) yang dicanangkan pemerintah, mengurangi angka kematian bayi merupakan salah satu dari delapan sasaran yang hendak dicapai negara Indonesia.

Selain karena kualitas pelayanan kesehatan maternal, AKI dan AKB yang masih tinggi disebabkan karena ketidak siapan calon ibu untuk hamil dan melahirkan. Ketidak siapan ini mencakup aspek usia menikah, pengetahuan yang rendah, seperti perilaku seks yang beresiko terjadinya KTD.

Dampak negatif yang muncul dari perilaku seksual tak sehat adalah kehamilan tidak diinginkan (KTD). Di tahun 2006 di lembaga konseling lentera sahaja PKBI Daerah Istimewa Yogyakarta dilaporkan 638 kasus KTD. Tahun 2003 tercatat 6 kasus KTD, 97 kasus di tahun 2002, 103 kasus di tahun 2001, dan 92 kasus di tahun 2000 (Rifka Annisa, 2007). Bagi para pelaku KTD umumnya mengalami kecemasan, perasaan malu, bersalah, dan berdosa berkepanjangan. Berkembang perasaan tidak berharga sehingga muncul perasaan minder dan tidak berdaya (Aliyah, 2006)

Bentuk-bentuk perilaku tidak sehat pada remaja makin lama makin meningkat dan beresiko tinggi. Dalam beberapa penelitian diungkapkan (Ungki, 2008; Damayanti, 2007; Aliyah, 2006; Gusmiarni, 2000; Aminudin, dkk: 1997) beragam perilaku seksual beresiko diantaranya: gaya pacaran yang tidak sesuai norma, kekerasan dalam pacaran (KDP), seks bebas, kehamilan yang tidak diharapkan (KTD), penyakit menular seksual (PMS), penggunaan alat kontrasepsi yang tidak sesuai aturan dan aborsi.

Angka tindak aborsi berdasarkan hasil survey tercatat 2.000.000 kasus aborsi per tahun. Hal ini menandakan 37 aborsi per 1000 wanita usia 15-19 tahun atau 43 aborsi per 100 kelahiran hidup atau 30 persen dari kehamilan (Paulinus Soge, 2008). Dampak dari tidak aborsi sendiri berakibat: pendarahan, infeksi, kemandulan, bahkan kematian (Aliyah, 2006).

Remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan (KTD) secara tak langsung dipaksa menjadi orang tua muda. Di usia yang terlalu dini remaja belum mempunyai kesiapan yang cukup baik secara emosional maupun finansial. Remaja terpaksa harus merawat anak bahkan mengorbankan kesempatan menempuh pendidikan. Tak jarang pernikahan dini berakibat pada timbulnya masalah ketidakstabilan rumah tangga, masalah ekonomi, serta pengasuhan anak (Furstenberg dalam Sarwono, 1997).

Karangroto adalah suatu daerah pinggiran yang berada di Kecamatan Genuk tepatnya berada di Kota Semarang yang sebenarnya merupakan masyarakat gusuran dari kota. Remaja-remaja di desa Karangroto tersebut banyak yang masih melanjutkan ke perguruan tinggi dan tidak sedikit yang berhenti sekolah mulai dari SMP dan SMA. Hal ini dikarenakan mereka diketahui telah hamil sebelum menikah sehingga menyebabkan banyak terjadi pernikahan dini dan mereka harus menyanggah peran orang tua muda. Tidak siapan untuk menjadi orang tua yang disebabkan karena perilaku seksual beresiko ini, yang kemudian menempatkan mereka pada resiko kematian ibu dan bayi. Terjadinya perilaku seks disebabkan karena ketidaktahuan tentang kesehatan reproduksi remaja sehingga perlu dilakukan penelitian untuk meningkatkan pengetahuan remaja di Kelurahan Karangroto.

1.3 PERUMUSAN MASALAH

Sudah banyak kasus KTD yang terjadi dan belum ada kesadaran remaja tentang bahaya-bahaya perilaku sex bebas yang mengakibatkan mereka harus menikah dini. Usia yang belum memenuhi syarat untuk menikah terjadi kehamilan yang aman, menjadi masalah penting untuk diatasi karena jika remaja menikah dan hamil pada usia sebelum 20 tahun, mereka akan beresiko untuk terjadi komplikasi kehamilan bahkan kematian. Berdasarkan latar belakang masalah, penulis merumuskan masalah “ Bagaimana gambaran remaja yang mengalami *unwanted pregnancy* ”

1.4 TUJUAN PROGRAM

a) TUJUAN UMUM

Untuk mengetahui gambaran mengenai *unwanted pregnancy* di kalangan remaja.

b) TUJUAN KHUSUS

1. Mengetahui tingkat pengetahuan remaja tentang perilaku seks
2. Mengetahui tingkat pengetahuan remaja tentang *unwanted pregnancy*.
3. Mengetahui tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja
4. Mendeskripsikan dorongan lingkungan tempat tinggal dan teman sebaya yang ada disekitar remaja yang mengalami *unwanted pregnancy*.
5. Mendeskripsikan harapan dari remaja yang mengalami *unwanted pregnancy*.

1.5 LUARAN YANG DIHARAPKAN

Dihasilkan gambaran tentang remaja yang mengalami *unwanted pregnancy*. Luaran ini disajikan dalam bentuk artikel yang di publikasikan di jurnal tidak terakreditasi Nasional.

1.6 KEGUNAAN

Dapat digunakan sebagai perencanaan dalam intervensi peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 PENGERTIAN *UNWANTED PREGNANCY*

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah suatu kehamilan yang karena suatu sebab, yang keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu atau kedua calon orang tua bayi tersebut. KTD disebabkan oleh faktor kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar mengenai proses terjadinya kehamilan dan metode pencegahan kehamilan akibat terjadinya tindak perkosaan dan kegagalan alat kontrasepsi. Kehamilan yang tak diinginkan dapat dialami oleh pasangan yang belum menikah maupun pasangan yang sudah menikah, remaja, pasangan muda, ibu - ibu setengah baya, bahkan akseptor KB pun, golongan atas, menengah maupun golongan bawah. Orang yang mengalami KTD secara langsung adalah wanita. Sebagian besar dari mereka mengambil keputusan dengan pengguguran kandungannya (aborsi). Karena sampai saat ini aborsi di Indonesia masih merupakan sesuatu yang tidak legal, banyak dari pasangan - pasangan yang mengalami KTD mengambil jalan aborsi dengan cara yang tidak aman. Aborsi tidak aman ini dilakukan oleh tukang urut, dukun pijat, dukun beranak yang sangat berbahaya karena penolongnya tidak terlatih atau berkompeten, dilakukan di tempat yang tidak higienis, peralatan medis tidak tersedia dan tidak memenuhi standar minimal, serta metode atau prosedur tindakan aborsi yang dilakukan sangat berbahaya dan tidak dapat dipertanggungjawabkan secara medis. Akibatnya adalah kematian wanita akan menjadi salah satu risiko yang didapat dari tindakan aborsi tidak aman tersebut.

2.2 BATASAN USIA REMAJA

Menurut WHO

Pada tahun 1974, WHO memberikan definisi tentang remaja yang lebih bersifat konseptual. Dalam definisi tersebut dikemukakan 3 kriteria yaitu biologik, psikologik, dan sosial ekonomi, sehingga secara lengkap definisi tersebut berbunyi sebagai berikut :

1. Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
2. Individu mengalami psikologik dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.
3. Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh pada keadaan yang relatif lebih mandiri (Muangman, 1980, hlm. 9)

Pada tahun-tahun berikutnya, definisi ini makin berkembang ke arah yang lebih konkrit operasional. Ditinjau dari bidang kegiatan WHO, yaitu kesehatan, masalah yang terutama dirasakan mendesak mengenai kesehatan remaja adalah kehamilan yang terlalu awal. Berangkat dari masalah pokok ini WHO menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batas usia remaja. Kehamilan dalam usia-usia tersebut memang mempunyai resiko yang lebih tinggi daripada kehamilan dalam usia-usia di atasnya. Selanjutnya WHO menyatakan walaupun definisi di atas terutama didasarkan pada usia kesuburan wanita, batasan tersebut berlaku juga untuk remaja pria dan WHO membagi kurun usia tersebut dalam 2 bagian yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun. Perserikatan bangsa-bangsa (PBB) sendiri menetapkan usia 15-24 tahun sebagai usia pemuda dalam rangka keputusan mereka untuk menetapkan tahun 1985 sebagai tahun pemuda Internasional. Di Indonesia, batasan remaja yang mendekati batasan PBB tentang pemuda adalah kurun usia 14-24 tahun yang dikemukakan dalam sensus penduduk 1980. Menurut hasil sensus ini, jumlah remaja di Indonesia pada tahun tersebut adalah 14.338.075 jiwa atau 18,5% dari seluruh penduduk di Indonesia.

2.3 PSIKOLOGI REMAJA

a. Perkembangan Fisik Psikologi Remaja

Fase remaja adalah periode kehidupan manusia yang sangat strategis, penting dan berdampak luas bagi perkembangan berikutnya. Pada remaja awal, pertumbuhan fisiknya sangat pesat tetapi tidak proporsional, misalnya pada hidung, tangan, dan kaki. Pada remaja akhir, proporsi tubuh mencapai ukuran tubuh orang dewasa dalam semua bagiannya (Syamsu Yusuf :2005).

b. Perkembangan Kognitif Psikologi Remaja

Pertumbuhan otak mencapai kesempurnaan pada usia 12–20 thn secara fungsional, perkembangan kognitif (kemampuan berfikir) remaja dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Secara intelektual remaja mulai dapat berfikir logis tentang gagasan abstrak

b. Berfungsinya kegiatan kognitif tingkat tinggi yaitu membuat rencana, strategi, membuat keputusan-keputusan, serta memecahkan masalah

c. Sudah mampu menggunakan abstraksi-abstraksi, membedakan yang konkrit dengan yang abstrak

d. Munculnya kemampuan nalar secara ilmiah, belajar menguji hipotesis

e. Memikirkan masa depan, perencanaan, dan mengeksplorasi alternatif untuk mencapainya

f. Mulai menyadari proses berfikir efisien dan belajar berinstropeksi

g. Wawasan berfikirnya semakin meluas, bisa meliputi agama, keadilan, moralitas, dan identitas (jati diri)

c. Perkembangan Emosi_Psikologi Remaja

Remaja mengalami puncak emosionalitasnya, perkembangan emosi tingkat tinggi. Perkembangan emosi remaja awal menunjukkan sifat sensitif, reaktif yang kuat, emosinya bersifat negatif dan temperamental (mudah tersinggung, marah, sedih, dan murung). Sedangkan remaja akhir sudah mulai mampu mengendalikannya. Remaja yang berkembang di lingkungan yang kurang kondusif, kematangan emosionalnya terhambat.

d. Perkembangan Moral Psikologi Remaja

Remaja sudah mampu berperilaku yang tidak hanya mengejar kepuasan fisik saja, tetapi meningkat pada tatanan psikologis (rasa diterima, dihargai, dan penilaian positif dari orang lain). psikologi remaja

e. Perkembangan Sosial Psikologi Remaja

Remaja telah mengalami perkembangan kemampuan untuk memahami orang lain (*social cognition*) dan menjalin persahabatan. Remaja memilih teman yang memiliki sifat dan kualitas psikologis yang relatif sama dengan dirinya, misalnya sama hobi, minat, sikap, nilai-nilai, dan kepribadiannya.

Perkembangan sikap yang cukup rawan pada remaja adalah sikap *comformity* yaitu kecenderungan untuk menyerah dan mengikuti bagaimana teman sebayanya berbuat. Misalnya dalam hal pendapat, pikiran, nilai-nilai, gaya hidup, kebiasaan, kegemaran, keinginan, dan lain-lainnya.

f. Perkembangan Kepribadian Psikologi Remaja

Psikologi remaja. Isu sentral pada remaja adalah masa berkembangnya identitas diri (jati diri) yang bakal menjadi dasar bagi masa dewasa. Remaja mulai sibuk dan heboh dengan problem “siapa saya?” (*Who am I ?*). Terkait dengan hal tersebut remaja juga risau mencari idola-idola dalam hidupnya yang dijadikan tokoh panutan dan kebanggaan.

2.4. REPRODUKSI REMAJA

Pengertian kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau Suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

2.5 PERILAKU SEX

Perkembangan pada masa remaja digambarkan sebagai *the onset of pubertal growth spurt* (masa kritis dari perkembangan biologis) serta *the maximum growth age*. Perbedaan permulaan pemasakan tanda-tanda seksual yang muncul ditandai oleh munculnya (Monks, Knoers, dan Siti Rahayu, 2004) : permasalahan seksual, permulaan pemasakan seksual, serta urutan gejala pemasakan seksual.

Secara fisik perkembangan remaja pada masa seperti ini ditandai dengan percepatan pertumbuhan fisik yang dimulai dari pembentukan hormon mamotropik dan hormon gonadotropik (kelenjar seks). Kelenjar ini mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan ciri-ciri seks primer dan sekunder. Sedangkan kematangan organ seksual ditandai dengan tumbuhnya payudara, tumbuh rambut di ketiak, dan kemaluan, mimpi basah, menstruasi, dan juga timbulnya rangsangan-rangsangan seksual. Sedangkan secara psikologis perkembangannya ditandai dengan timbulnya rasa keingintahuan yang tinggi mengenai seks dan seksualitas. Pemenuhan keingintahuan yang tinggi ini diperoleh dari membahas dengan teman sebaya, buku-buku, majalah, internet, serta melakukan eksplorasi seksualitas

dengan onani, masturbasi, hingga *intercourse* dengan lawan jenis (Santrock, 2006). Masa pembentukan inilah yang selanjutnya membuat perbedaan-perbedaan yang khas antara remaja laki-laki dan perempuan (Rita, 2008).

Masa remaja menjadi masa transisi dimana individu merupakan makhluk aseksual menjadi seksual. Kematangan hormonal serta menguatnya karakteristik seksual primer dan sekunder diikuti pula perkembangan emosionalnya. Selama masa peralihan ini diikuti perkembangan secara biologis dari masa anak-anak menuju dewasa dini. Pada masa transisi seperti ini menjadi rawan terhadap meningkatnya aktifitas seksual aktif maupun pasif. Pada masa ini impuls-impuls dorongan seksual (*sexdrive*) mengalami peningkatan dan pada saat tersebut rasa ketertarikan remaja untuk merasakan kenikmatan seksual meningkat (Mahati, 2001; Gusmiarni, 2000; Aminudin, dkk: 1997).

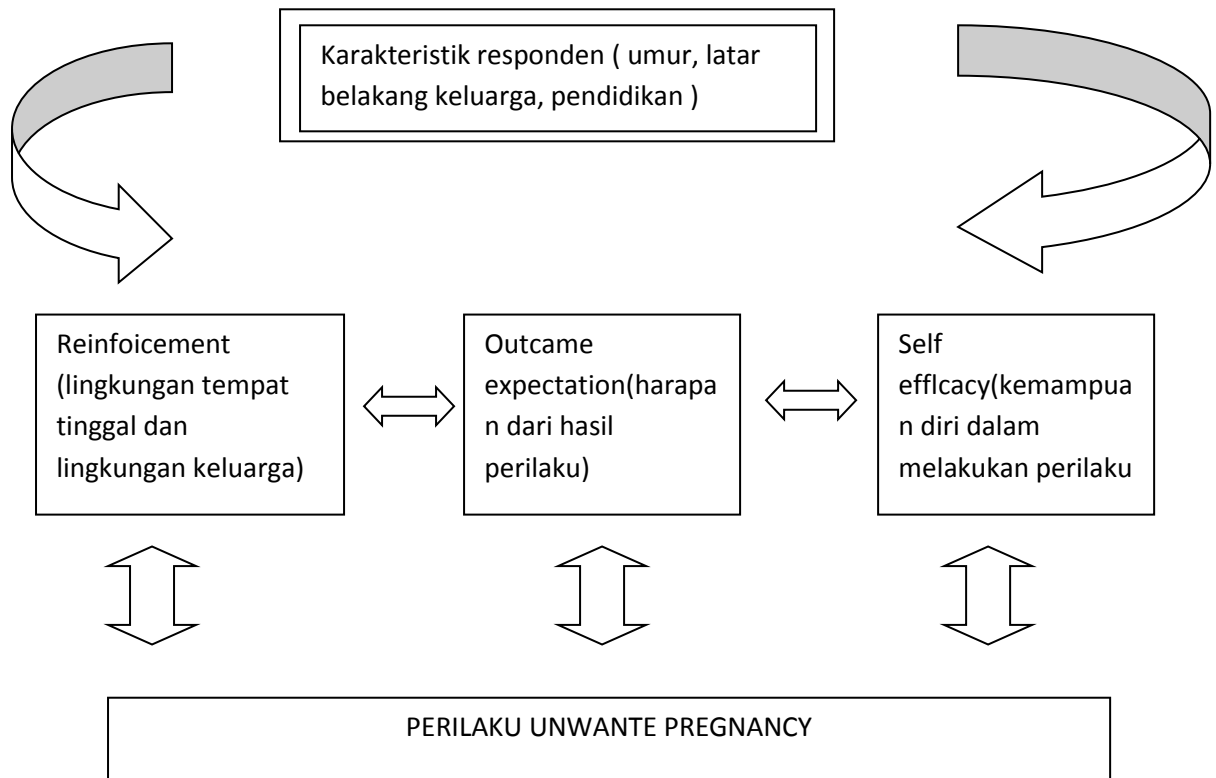
Perilaku seksual sendiri dipahami sebagai bentuk perilaku yang muncul karena adanya dorongan seksual atau kegiatan mendapatkan kesenangan organ seksual melalui berbagai perilaku. Namun pemahaman pengertian mengenai perilaku seksual yang selama ini yang berkembang di masyarakat hanya berkutat seputar penetrasi dan ejakulasi (Wahyudi, 2000). Dalam kondisi tertentu remaja cenderung memiliki dorongan seks yang kuat. Namun kompensasi dari dorongan rasa ini terhadap lawan jenis, remaja kurang memiliki kontrol diri yang baik dan terlebih disalurkan melalui kanalisasi yang tidak tepat. Perilaku semacam ini rawan terhadap timbulnya masalah-masalah baru bagi remaja. Banyak ditemukan remaja melakukan penyaluran dorongan yang tidak sesuai dengan apa yang menjadi norma masyarakat setempat ataupun diwujudkan melalui ekspresi seksual yang kurang sehat. Dorongan ini rawan terhadap munculnya pelecehan seksual. Perilaku seks yang kurang sehat itu jarang disadari remaja dan selanjutnya menimbulkan kerugian terhadap remaja itu sendiri.

Kerugian dari perilaku seksual tidak sehat ini menurut Tizar Rahmawan (2010) sebagai berikut: (1) Remaja yang memiliki perilaku seks yang tidak sehat beresiko besar untuk gagal dalam pendidikan sekolah. (2) Remaja yang memiliki perilaku seks yang tidak sehat beresiko mendapatkan sorotan tajam, cemoohan, bahkan sanksi lebih keras dari masyarakat. Jika hal ini sampai terjadi, citra buruk akan melekat pada remaja yang bersangkutan dan tentu menjadi hambatan dalam penyesuaian sosialnya. (3) Remaja yang memiliki perilaku seks yang tidak sehat beresiko untuk mengalami kehamilan. Kehamilan yang tidak diharapkan tentu merugikan kedua belah pihak baik pihak laki-laki dan terutama pihak perempuan. (4) Remaja yang memiliki perilaku seks yang tidak sehat beresiko tinggi terinfeksi penyakit menular seksual.

BAB III

METODE PELAKSANAAN PROGRAM

3.1 Alur penelitian



3.2 Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan deskriptif yang berupa kata – kata tertulis atau lisan dari orang dan perilaku yang dapat di amati dan diarahkan pada latar belakang individu tersebut secara utuh.

Data yang di kumpulkan berupa kata – kata gambaran, selain itu semua yang di butuhkan berkemungkinan menjadi kata kunci terhadap yang sudah diteliti. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan data untuk memberi gambaran penyedia laporan tersebut.

Tujuan riset kualitatif adalah pengembangan konsep yang membantu memahami fenomenal social atau lingkungan yang dialami (bukan percoba'an) dengan demikian member penekanan pada makna – makna pengalaman dan pandangan semua peserta riset.

3.3 Subjek penelitian

Anak yang di bawah 18 tahun yang menjadi korban unwanted pregnancy. Perosedur pengambilan subjek penelitian yaitu dengan menggunakan purposivi sempel yaitu berdasarkan penelitian tujuan penelitian dengan karateristik tertentu. pengambilan sempel pada penelitian ini menggunakan system bola salju dengan pengambilan subjek secara berantai dalam meminta informasi pada orang yang diwawancarai.

criteria subjektif :

1. Anak berumur di bawah 18 tahun
2. Menjadi korban unwanted pregnancy
3. Mau dan mampu berpartisipasi menjadi subjek penelitian
4. Jenis kelamin perempuan

3.4 Pengumpulan data

1. Jenis dan sumber data

Jenis data yang di kumpulkan dalam penelitian ini antara lain

1. Data primer

Pengumpulan data di lakukan dengan cara wawancara mendalam kepada subjek penelitian. Wawancara mendalam juga dilakukan dalam crosscheck kepada teman sebaya penelitian. Melalui wawancara mendalam peneliti akan mendapatkan.

2. Data sekunder

Digunakan sebagai data penunjang atau pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan keperluan peneliti. Data sekunder yang di kumpulkan adalah jumlah korban unwanted pregnancy.

3.5 teknik pengumpulan data

1. Wawancara mendalam

Percakapan dan Tanya jawab yang diarahkan untuk tujuan tertentu dan dilakukan pada saat tidak melakukan aktivitas. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan kepada subjek penelitian. Untuk melakukan crosscheck wawancara mendalam juga dilakukan dengan teman sebaya dari subjek penelitian dan informasi.

2. Pengumpulan data

Dilakukan oleh peneliti sendiri dengan bantuan oleh beberapa orang dalam menemukan subjek penelitian.

3.6 alat pengumpulan data

Dalam penelitian ini instrument penelitian yang digunakan berupa daftar pertanyaan yang berisi pertanyaan terbuka dan mendalam. Dan disiapkan pedoman untuk melaksanakan diskusi dan wawancara mendalam tersebut. Alat bantu lain berupa kaset, tape recorder, kamera, foto dan buku catatan.

3.7 Analisa data

Analisa data yang digunakan adalah analisa kualitatif yang bersifat terbuka yaitu dengan menggunakan proses berpikir induktif yang pengujiannya bertitik tolak dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Metode pengolahan analisa deskripsi terdiri:

1. Menelaah seluruh data
2. Mereduksi data
3. Menyusun dalam satuan – satuan dasar
4. Kategorisasi data
5. Pemeriksaan keabsahan data
6. Penafsiran data

BAB IV

BIAYA DAN JADWAL KEGIATAN

4.1 JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Kegiatan PKM ini direncanakan berlangsung 4 bulan. Rencana program ini tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel1. Rencana Jadwal Pelaksanaan Program

No.	Kegiatan	Bulan I	Bulan II	Bulan III	Bulan IV
1.	Persiapan				
2.	Pengumpulan data				
3.	Pengolahan				
4.	Analisis dan penyajian				
5.	Penyusunan laporan				
6.	Pembuatan artikel				

4.2 BIAYA

No	Jenis Pengeluaran	Biaya (Rp)
1	Peralatan penunjang	25%
2	Bahan habis pakai	50%
3	Perjalanan	10%
4	Lain-lain	15%
Jumlah		100%

DAFTAR PUSTAKA

<http://freelearningji.wordpress.com/2013/03/20/88/>

<http://web.dinkes-dki.go.id>

[http://www.psychologymania.com/2012/09/pengertian-kehamilan tidak-diinginkan.html](http://www.psychologymania.com/2012/09/pengertian-kehamilan-tidak-diinginkan.html)

<http://nevianyagastha.blogspot.com/2011/07/batasan-remaja-menurut-who.html>

<http://belajarpsikologi.com/perkembangan-psikologis-remaja/>

LAMPIRAN 1

BIODATA KETUA DAN ANGGOTA

1. Biodata Ketua Pelaksana

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap	Tanzania Aprilika
2.	Jenis Kelamin	Perempuan
3.	Program Studi	Kesehatan Masyarakat
4.	NIM	D11.2012.01432
5.	Tempat dan Tanggal Lahir	Semarang, 11 April 1994
6.	E-mail	Tanzania_aprilika@yahoo.co.id
7.	Nomor Telepon	085741412237

B. Riwayat Pendidikan

	SD	SMP	SMA
Nama Institusi	SDN Karangroto 02	SMP Kanisius Raden Patah	SMA Nusaputera
Jurusan			IPA
Tahun Masuk- Keluar	2000-2006	2006-2009	2009-2012

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah

Semarang, 16 Oktober 2013



Tanzania aprilika

D11.2012.01432

2. Biodata Anggota

2.1 Anggota 1

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap	Ida ayu rohmaniyati
2.	Jenis Kelamin	Perempuan
3.	Program Studi	Kesehatan Masyarakat
4.	NIM	D11.2012. 01482
5.	Tempat dan Tanggal Lahir	Semarang, 28 Juni 1994
6.	E-mail	Idaayu886@yahoo.co.id
7.	Nomor Telepon	085712818577

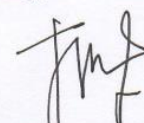
B. Riwayat Pendidikan

	SD	SMP	SMA
Nama Institusi	SDN Mangkang kulon 02	SMP N 28 Semarang	SMA N 8 Semarang
Jurusan			IPA
Tahun Masuk- Keluar	2000-2006	2006-2009	2009-2012

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hokum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah

Semarang, 16 Oktober 2013



Ida Ayu Rohmaniyati

D11.2012. 01482

2.2 Anggota 2

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap	Lakhmudien
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki
3.	Program Studi	Kesehatan Masyarakat
4.	NIM	D11.2011. 01315
5.	Tempat dan Tanggal Lahir	-
6.	E-mail	Aden2020@ymail.com
7.	Nomor Telepon	089668111997

B. Riwayat Pendidikan

	SD	SMP	SMA
Nama Institusi	SDN 01/02 Robayan, jepara	SMP N 01 Welahan, jepara	SMAN 01 Pecangaan, jepara
Jurusan			IPA
Tahun Masuk- Keluar	1999-2005	2006-2008	2008-2011

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah

Semarang, 16 Oktober 2013



Lakhmudien

D11.2011. 01315

LAMPIRAN 3

SUSUNAN ORGANISASI TIM PELAKSANA DAN PEMBAGIAN TUGAS

No	Nama / NIM	Program Studi	Bidang Ilmu	Alokasi waktu (jam/minggu)	Uraian Tugas
1	Tanzania Aprilika / D11.2012.01432	Kesehatan Masyarakat	Pimpinan	20 jam/minggu	Memimpin semua kegiatan
2	Ida ayu rohmaniyati/ D11.2012.01482	Kesehatan Masyarakat	Sekretaris	20 jam/minggu	Pembuatan laporan
3	Lakhmudien / D11.2011.01315	Kesehatan Masyarakat	Bandahara	20 jam/minggu	Mengola keuangan
4	Semua anggota	Semua	Produksi	20 jam/minggu	Penelitian
5	Semua anggota	Semua	Pemasaran	20 jam/minggu	Proses pembuatan laporan

UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tanzania Aprilika
NIM : D11.2012.01432
Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa usulan PKM-P saya dengan judul yang diusulkan untuk tahun anggaran 2013 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga atau sumber dana lain.

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Semarang, 17 Oktober 2013

Mengetahui

Pembantu Rektor/Ketua

Bidang Kemahasiswaan



Usman Sudiby, S.Si, M.Kom

0686.11.1996.100

Yang Menyatakan



Tanzania Aprilika NPP

NIM : D11.2012.01432