

KERENTANAN KEHAMILAN REMAJA DAN KONSELING SEBAYA: TINJAUAN TEORI

Sang Ayu Made Adyani¹, Muflih Muflih², & Endang Nurul Syafitri²

¹Pogram Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UPN Veteran Jakarta

²Pogram Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta

Abstrak

Remaja rentan mengalami masalah kesehatan karena berperilaku yang berisiko, seperti perilaku seksual bebas. Dampak dari perilaku tersebut adalah terjadinya kehamilan remaja. Remaja mungkin sulit untuk mengutarakan masalah-masalah kesehatannya disebabkan kurangnya kosakata dan rasa malu saat membahas tentang seksual. Perawat dapat mengantisipasi atau mencegah kejadian kehamilan remaja dengan tiga tingkat pencegahan yakni pencegahan primer, sekunder dan tersier. Konseling pasangan remaja tentang pilihan-pilihan yang bisa dilakukan mereka, merupakan pencegahan tersier. Konseling sebaya merupakan sebuah program pelayanan dari konselor sebaya yang efektif dalam memberikan informasi kesehatan dan membantu teman lainnya untuk mengenali masalahnya, menyadari kebutuhan untuk mencari pertolongan atas masalahnya. Konseling dengan konselor sebaya lebih disukai daripada kepada orang yang lebih dewasa, karena teman sebaya dianggap lebih mengerti permasalahannya dengan baik.

Kata Kunci: Kehamilan; Remaja; Konseling; Sebaya

Abstract

[Vulnerability Of Adolescent Pregnancy And Peer Counseling: Review Of Theory]. Adolescents are prone to health problems because of risky behavior, such as free sexual behavior. The impact of this behavior is the occurrence of teenage pregnancy. Adolescents may find it difficult to express their health problems due to a lack of vocabulary and shame when discussing sex. Nurses can anticipate or prevent the incidence of teen pregnancy with three levels of prevention, namely primary prevention, secondary and tertiary. Adolescent partner counseling about the choices they can make is tertiary prevention. Peer counseling is a service program of peer counselors who are effective in providing health information and helping other friends to recognize the problem, aware of the need to seek help for the problem. Counseling with peer counselors is preferred over people who are more mature, because peers are better understood the problem better.

Keywords: Pregnancy; Teenagers; Counseling; Peer

Article info: Sending on November 21, 2018; Revision December 29, 2018; Accepted on January 29, 2019

*) Corresponding author:

Email : udek_yani@yahoo.com

1. Remaja Sebagai Populasi Rentan

Populasi rentan didefinisikan sebagai kelompok sosial yang memiliki risiko atau kelemahan yang relatif tinggi sehingga merugikan kesehatan (Flakerud dan Winslow, 1998; Stanhope dan Lancaster, 2004). Faktor risiko dibidang kesehatan merupakan pendekatan di bidang epidemiologi yang terdiri dari *triangel epidemiologic* yakni agen, host, dan lingkungan. Pada dasarnya populasi rentan merupakan suatu kelompok dari populasi yang cenderung memiliki masalah perkembangan kesehatan sebagai akibat dari paparan beberapa faktor risiko atau memiliki kemungkinan kesehatan lebih

buruk daripada kelompok yang lain (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Kelompok rentan sering kali memiliki akumulasi dari beberapa atau kombinasi dari faktor resiko (Nichols, Wright, dan Murphy, 1986; Stanhope dan Lancaster, 2004). Salah satu kelompok yang dapat dikatakan sebagai kelompok rentan sehingga menjadi konsen dari spesialis keperawatan komunitas tampak pada tabel 1.

Menurut *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)* remaja rentan masalah kesehatan karena berperilaku yang berisiko *injury*, rokok, alkohol dan obat-obatan, perilaku seksual, perilaku

diet yang tidak sehat, dan kurangnya aktifitas fisik (dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999). Masalah yang sering dijumpai pada masa kasus kesehatan remaja adalah perilaku seksual pranikah, karena dorongan untuk menyalurkan hasrat seksualnya akibat perkembangan normal sesksualnya (Mutadin, 2002).

Tabel 1. Kelompok Rentan

No	Kelompok Rentan
1	Kelompok miskin dan tunawisma
2	Kehamilan remaja
3	Pekerja imigran
4	Individu dengan gangguan mental parah
5	Penyalahgunaan obat
6	Korban kekerasan
7	Kelompok orang dengan gangguan komunikasi dan yang berisiko
8	Kelompok dengan HIV positive atau memiliki virus Hepatitis B atau penyakit menular seksual

Santrock (2007) mendeskripsikan bahwa perkembangan primer seksualitas remaja ditandai peristiwa menstruasi (*menarche*) dimana perempuan sudah siap untuk hamil, sedangkan laki-laki ditandai dengan ejakulasi atau mimpi basah (Allender, Rector, & Warner, 2010). Remaja yang tidak mampu beradaptasi perubahan tersebut akan memungkinkan mengalami risiko terhadap masalah kesehatan (McMurray, 2003). Remaja mengeksplorasi identitas seksual, peran gender, dan terlibat aktivitas seksual dalam masa tumbuh kembangnya (Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999).

2. Kehamilan Remaja

Remaja merupakan tahapan tumbuh kembang anak pada rentang usia 13 sampai 20 tahun (DeLaune & Ladner, 2011). Masa perkembangan ini merupakan masa transisi dari tahap perkembangan anak ke tahap perkembangan dewasa. Perubahan psikologis dan fisik terjadi sangat cepat pada tahap ini. Seperti perkembangan karakteristik seks primer dan skunder. Pada remaja laki-laki akan terjadi perubahan pada suara, perkembangan genetalia, mimpi basah, dan pertumbuhan rambut di sekitar wajah, genetalia dan ketiak. Pada remaja putri akan terjadi perkembangan yang berupa pertumbuhan payudara, tumbuh rambut pada daerah sekitar genetalia, dan ketiak, dan akan mengalami menstruasi.

Setiap tahun, 800.000 hingga 900.000 remaja mengalami kehamilan dan hanya setengahnya yang dilanjutkan dengan memiliki bayi. Jumlah kelahiran pada anak usia remaja meningkat menjadi 12% di Amerika Serikat (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2000; Stanhope dan Lancaster, 2004). Secara pasti tinggi angka kehamilan remaja di Indonesia tidak ada kejelasan, namun diyakini jumlah kehamilan pada remaja juga cukup tinggi di Negara

Indonesia. Hal ini terjadi karena salah satu faktornya adalah pernikahan di usia dini. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2010, telah terjadi 47,79% perempuan menikah pada usia di bawah 16 tahun di daerah pedesaan dan sebesar 21,75% di daerah perkotaan. Remaja juga masih tabu apabila menikah pada usia dini atau terjadi kehamilan yang tidak diinginkan. Angka kehamilan remaja akan terus tinggi karena remaja baik perempuan maupun laki-laki yang mengetahui akan terjadi kehamilan saat melakukan hubungan seksual walaupun sekali hanya 63% (SDKI, 2007; BKKBN, 2010). Menurut survei Komnas Perlindungan Anak pada tahun 2008 di Indonesia telah terjadi perilaku seksual pada remaja seperti 93,7% remaja SMP dan SMA pernah ciuman, meraba alat kelamin dan seks melalui mulut, 62,7% remaja SMP tidak perawan, dan 21,2% remaja pernah melakukan aborsi (BKKBN, 2010).

Jumlah remaja yang mengalami kehamilan diklasifikasikan pada rentang usia kurang dari 15 tahun, 15-17 tahun, dan lebih dari 18 tahun (Stanhope dan Lancaster, 2004). Kehamilan pada remaja akan meningkat seiring dengan meningkatnya usia mereka, sehingga ditemukan angka kehamilan tertinggi pada rerata usia 19 tahun. Faktor yang mempengaruhi remaja pada usia tersebut untuk melakukan hubungan seksual adalah 1) teman sebaya yaitu mempunyai pacar, 2) mempunyai teman yang setuju dengan hubungan seks pranikah, 3) mempunyai teman yang mempengaruhi atau mendorong untuk melakukan seks pranikah (Analisa Lanjut SKRRI, 2003; BKKBN, 2010)

Remaja memiliki pengalaman yang masih terbatas dalam perawatan kesehatannya. Remaja cenderung mencari informasi yang berkenaan dengan masalah kemungkinan hamil atau cara untuk mengontrol kelahiran. Masalah seperti ini perlu bantuan sistem pelayanan kesehatan yang kompleks dan perlu pendekatan yang khusus baik saat diskusi/wawancara dan perlu jaminan kerahasiaan identitas. Pada saat wawancara akan selalu dimulai dengan keluhan utama, sehingga pada saat ini remaja perlu didengar dan diperhatikan dengan seksama. Selama wawancara, perawat harus dapat menyediakan gambaran awal konseling dan menekankan kebutuhan-kebutuhan untuk mencapai kesehatan yang baik serta menetapkan pola promosi kesehatan sebelum hamil. Seperti mendiskusikan masalah resiko kesehatan saat menjadi ibu dan perkembangan bayi.

Perawat sangat perlu memperhatikan apa yang remaja utarakan. Pengetahuan remaja tentang sistem kesehatan dan peranannya akan mendukung perawat dalam meningkatkan topik yang didiskusikan seperti faktor-faktor lingkungan di sekitar remaja yang mendukung terjadinya perilaku kenakalan remaja (misalnya; penggunaan obat terlarang, kekerasan rumah tangga, alkohol atau pacaran yang tidak sehat).

Tekanan teman sebaya bukan merupakan fenomena yang baru. Remaja akan cenderung

menjadi aktif seksual jika teman-temannya merupakan seksual aktif (Stanhope dan Lancaster, 2004). Faktor lain yang mempengaruhi kehamilan pada remaja diantaranya pernah mengalami kekerasan seksual, struktur keluarga, dan pengaruh dari orang tua. Pengalaman kekerasan seksual akan mempengaruhi kemauan penerimaan remaja terhadap bayinya. Penolakan terhadap bayiny bisa menjadi pemicu kejadian aborsi. Struktur keluarga dengan orang tua tunggal menjadi sebab kehamilan tertinggi daripada remaja di keluarga dengan dua orang tua. Orang tua dengan harapan ekstrem dan kelalaian dalam mengontrol remaja menjadi faktor terjadinya kehamilan remaja.

Remaja mungkin sulit untuk mengutarakan masalah-masalah kesehatannya disebabkan kurangnya kosakata dan rasa malu saat membahas tentang seksual. Hal ini akibat dari lemahnya pemahaman dan kurangnya informasi kesehatan yang didapatkan. Perawat perlu menekankan potensi yang akan terjadi dengan kurangnya pengetahuan dan

rasa malu ini, sehingga perlu perawat untuk memberikan kesempatan kepada remaja untuk mengungkapkan dengan bahasa yang dimilikinya. Diskusi masalah kesehatan reproduksi dengan remaja dapat dilakukan dengan atau tanpa sepengetahuan orang tua karena remaja memiliki hak privasi dan masih kemungkinan besar untuk tabu dan malu pada orang tua.

Keluarga juga memiliki peran dalam melakukan perencanaan kesehatan reproduksi terhadap anggota keluarga remajanya. Perencanaan keluarga dapat merujuk pada *Healthy People 2010*. Pedoman kesehatan reproduksi remaja, *Healthy People 2010* memiliki tujuan untuk meningkatkan proporsi remaja yang tidak diijinkan untuk melakukan *sexual intercourse* sebesar 88% pada remaja usia 15 tahun, 75% pada remaja usia 17 tahun keatas. Sasaran perencanaan keluarga yang telah ditentukan oleh *Healthy People 2010* pada tabel 2 (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Tabel 2. Sasaran Perencanaan keluarga

No	Sasaran
1	Mengurangi kehamilan diantara remaja
2	Meningkatkan proporsi remaja yang tidak melakukan <i>sexual intercourse</i> sebelum umur 15 tahun
3	Meningkatkan proporsi remaja yang tidak melakukan <i>sexual intercourse</i>
4	Meningkatkan proporsi aktif seksual remaja tidak menikah di rentang usia 15 – 17 tahun yang menggunakan kontrasepsi (efektif mencegah kehamilan dan melindungi dari penyebaran penyakit)
5	Meningkatkan proporsi remaja yang menerima instruksi formal (sebelum usia 18 tahun) berupa issue kesehatan reproduksi, termasuk metode pengontrolan kelahiran, sek yang sehat untuk mencegah HIV, pencegahan penyakit menular seksual, dan cara menahan nafsu seksual.

3. Konseling

Peran keperawatan untuk mengantisipasi atau mencegah kejadian kehamilan remaja dengan tiga tingkat pencegahan yakni pencegahan primer, skunder dan tersier. Pada pencegahan primer dapat melakukan dengan mengajarkan remaja tentang praktik seksual yang dapat mencegah kehamilan sebelum waktunya. Pada pencegahan skunder perawat perlu menyediakan pelayanan deteksi dini kehamilan remaja. Adapun pencegahan tersier, perawat menyediakan konseling pasangan remaja tentang pilihan-pilihan yang bisa dilakukan mereka, seperti mendapatkan bayi, aborsi, dan adopsi.

Pada saat dilakukan tes kehamilan dengan hasil negatif, perawat perlu mempertimbangkan untuk melakukan konseling pencegahan kehamilan, seperti seks yang aman dan penggunaan alat kontrasepsi. Pada remaja dengan tes kehamilan positif, perlu dilanjutkan dengan pemeriksaan negatif dan konseling kehamilan. Tujuan pemeriksaan fisik adalah melihat usia kehamilan dan kemungkinan

adanya penyakit infeksi seksual. Konseling kehamilan meliputi; informasi adopsi, aborsi, and membesarkan anak (Stanhope dan Lancaster, 2004). Panduan untuk konseling adopsi menurut Brandsen CK (1991) yang telah dimodifikasi oleh Stanhope dan Lancaster, (2004) terlihat pada tabel 3.

Perawat dapat mengidentifikasi resiko kehamilan remaja sejak di pelayanan kesehatan rumah. Kunjungan yang dilakukan perawat ke rumah lebih ditekankan pada identifikasi/pengkajian fasilitas-fasilitas yang dapat disediakan di rumah untuk manajemen kebutuhan kehamilannya dan lingkungan yang mendukung untuk kelahiran anaknya. Kunjungan rumah oleh perawat selama masa kehamilan remaja lebih ditekankan pada komplikasi antepartum diantaranya; penambahan berat badan, nutrisi yang adekuat, dan medikasi prenatal.

Perawat dapat memfasilitasi koping dan keluarga resolusi pada tahap keluarga ini dengan pedoman keluarga sebagai klien, dan mengkaji

masing-masing peran dan kekuatan anggota. Sebuah keluarga modern yang seimbang adalah yang mampu memandu atau memberikan bantuan tugas perawatan kehamilan remaja bukan menggantikan perannya (Whitman dkk, 2001; Stanhope dan Lancaster, 2004).

Perawatan kesehatan pada kehamilan remaja perlu dukungan dari berbagai pihak. Pihak-pihak yang dapat dijadikan sebagai *support system*

diantaranya; tenaga kesehatan profesional, pekerja sosial, tokoh agama, pendidik, pebisnis, legislator, dan kelompok lainnya. Perawat memiliki peran penting untuk mengkoordinasi dan mengorganisasikan pengkajian komunitas, mengkampanyekan kesadaran masyarakat, dan program-program interdisiplin lainnya.

Tabel 3. Panduan Umum Konseling

No	Panduan
1	Mengkaji pemikiran dan perasaan tentang adopsi. Jangan menentukan opini pada keputusan untuk menjadi orang tua dini
2	Perlu untuk mengetahui peraturan atau hukum di wilayahnya, sumber daya lokal, dan macam-macam pelayanan adopsi Memilih bahasa yang sensitif, seperti: a. Hindari mengatakan “berikan saja anaknya” atau “letakkan saja untuk diadopsi”. Lebih tepat menggunakan kalimat “lepaskan anaknya untuk adopsi”, “tempatkan untuk adopsi” atau “buat perencanaan adopsi”.
3	b. Hindari mengatakan “anak tidak diinginkan” atau “kehamilan tidak diinginkan”. Kalimat yang lebih tepat adalah “kehamilan tidak terencana”. c. Hindari mengatakan “Orang tua alamiah/asli” atau “anak alamiah/asli” karena proses adopsi akan terlihat tidak alamiah. Gunakan kata “orang tua biologis” atau “orang tua adopsi” yang lebih tepat.
4	Mengkaji kesiapan adopsi, mulai dari tingkat pengetahuan, perasaan, dan kekuatiran mengenai proses adopsi.
5	Mengkaji hubungan antara remaja hamil dengan pasangannya dan diskusikan realitanya.
6	Bila memungkinkan, buat diskusi dengan remaja hamil yang lain tentang pilihan mereka untuk membesarkan anak atau melepaskan anak untuk adopsi.
7	Remaja dapat dukungan untuk menulis surat kepada bayinya. Surat ini dapat disimpan dan dibuka saat diambil diadopsi oleh keluarga lain.

4. Konseling Sebaya

Cohen, Gottlien, dan Underwood (2000, dalam Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) menyatakan bahwa dukungan kelompok sebaya cenderung lebih memberikan pengertian, empati, dan saling membantu remaja yang memiliki masalah. Namun teman sebaya harus memiliki ketrampilan dalam komunikasi diantaranya mampu mendengarkan secara aktif dalam memecahkan masalah. Oleh karena itu, remaja lebih sering mendiskusikan permasalahannya dengan teman sebaya daripada dengan orang tua atau lainnya. Strategi yang dapat membangun budaya teman sebaya yang positif adalah dengan mengembangkan konseling teman sebaya pada kelompok remaja.

Konseling sebaya dibentuk bersamaan dengan konsep *peer support* pada tahun 1939 yang bertujuan membantu para alkoholik (Carter, 2005). Konseling sebaya dianggap mampu membantu remaja yang kecanduan alkohol. Pada perkembangannya, konseling sebaya meluas kepada isu lain pada remaja yakni seksual pranikah. Morrow, et al (1999) mendeskripsikan konseling sebaya sebagai upaya yang digunakan untuk berbagai macam tujuan termasuk tujuan sosial dan dukungan informasi bagi individu di berbagai dunia.

Konseling sebaya adalah sebuah program pelayanan dari konselor sebaya yang berguna dan

efektif dengan memanfaatkan kemampuan remaja untuk mengembangkan pelayanan konseling di sekolah maupun masyarakat. Varenhorst (1976, dalam Hunainah, 2004) menyatakan bahwa konseling sebaya adalah upaya intervensi yang mempengaruhi perubahan sikap dan perilaku yang efektif untuk membantu remaja dalam menyelesaikan masalahnya. Carr (1981, dalam Hunainah, 2004) menyatakan konseling sebaya merupakan cara bagi para remaja belajar memperhatikan dan membantu yang lain, serta menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari.

Konseling sebaya dilakukan oleh konselor sebaya atau disebut dengan *peer counselor*. Kementerian Kesehatan RI (2010) menyatakan bahwa konselor sebaya adalah remaja yang dapat memberikan informasi kesehatan dan membantu teman lainnya untuk mengenali masalahnya, menyadari kebutuhan untuk mencari pertolongan atas masalahnya. Konselor sebaya dibimbing oleh konselor ahli atau pengelola program kesehatan remaja di Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya atau didampingi oleh guru, ketua atau pemimpin kelompok remaja.

Tugas utama konselor sebaya adalah pendamping untuk menemukan sendiri mungkin masalah kesehatan yang dialami oleh teman sebayanya, menjadi pendengar yang baik, membantu menyelesaikan masalah kesehatan dengan

kemampuan, memberikan informasi/pengetahuan yang benar tentang kesehatan remaja; dan merujuk klien sebaya ke ahli jika masalah yang dialami klien sebaya di luar kemampuan konselor sebaya untuk

membantu (Kementrian Kesehatan RI, 2010). Menurut Depkes RI (2008) konselor menjalankan enam tahapan Tabel 4.

Tabel 4. Tahapan Konselor Sebaya

No	Tahapan
1	<i>Greet</i> (Berikan Salam): Konselor bersikap ramah dan memberikan salam kepada klien yang datang, memperkenalkan diri apabila belum kenal satu sama lain, sehingga membuat klien merasa diterima dengan baik dan merasa lebih rileks.
2	<i>Ask</i> (Tanyakan): Konselor aktif menggali inti permasalahan yang dialami klien. Konselor harus mempunyai kemampuan mendengar secara aktif.
3	<i>Tell</i> (Ungkapkan informasi): Konselor memberikan informasi yang ingin diketahui oleh klien agar memahami permasalahan yang dihadapi, sehingga dapat membuat alternatif solusi atas masalahnya sendiri.
4	<i>Help</i> (Bantu klien): Konselor membantu klien untuk mendiskusikan berbagai alternatif yang menjadi solusi penyelesaian masalah.
5	<i>Explaining</i> (Jelaskan): Konselor mampu menjelaskan tindakan yang harus dilakukan terkait dengan keputusan yang telah diambil klien beserta risikonya.
6	<i>Return</i> (Undang untuk kunjungan ulang): Saat klien membutuhkan konsultasi lebih lanjut, maka undang klien untuk melakukan kunjungan ulang.

Hasil penelitian Hunainah (2004) menunjukkan bahwa konseling sebaya cukup efektif mengembangkan sikap positif remaja terhadap perilaku seksual. Konseling sebaya efektif untuk membangun adaptasi sosial dan konsep diri remaja sekolah setelah intervensi selama enam kali pertemuan (Dailami, 2011). Ainie (2009) menemukan bahwa konseling sebaya memberikan efek positif untuk membentuk konsep diri remaja sekolah setelah diintervensi oleh konselor sebaya selama 10 minggu dengan waktu konseling satu jam/minggu.

Perkembangan remaja yang berisiko terhadap perilaku seks bebas dimungkinkan terjadinya kehamilan. Upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengurangi kejadian kehamilan remaja diantaranya adalah konseling sebaya. Konseling yang dilakukan oleh konselor sebaya didapatkan cukup efektif untuk membentuk dan membangun pola pikir yang positif. Alasan remaja lebih suka mencari bantuan kepada teman sebaya daripada kepada orang yang lebih dewasa, karena teman sebaya dianggap lebih mengerti permasalahannya dengan baik.

5. Daftar Pustaka

Aihie, O. N. (2009). Effects of Peer Group Counselling and Sex on the Self Concept of Secondary School Adolescent : Implications for Counselling. *Edo Journal of Counselling*, 2(22).

Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing : Promoting and*

Protecting The Public's Health. 7th Ed. Philadelphia : Lipincott Williams & Wilkins.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. (2010). *Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja; Ditinjau dari Aspek 8 Fungsi Keluarga: Kesehatan, Ekonomi, Psikologi, Pendidikan, Agama & Sosial.* Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. (2010). *Usia Perkawinan & Hak-hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia.* Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi.

BKKBN. (2010b). *Penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja; ditinjau dari aspek 8 fungsi keluarga: kesehatan, ekonomi, psikologi, pendidikan, agama & sosial.* Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi.

Carter, T.D. (2005). *Peer Counseling : Roles, Function, Boundaries.* ILRU Program.

Dailami, A. (2011). The Analysis of the Effectiveness of Peer Counseling on Social Adaptability and Self Concept of Male Grade One High School Student in Dezful, Iran. *American Journal of Scientific research*, pp.25-29

DeLaune, Sue C. & Ladner, Patricia K. (2011) *Fundamental of Nursing: Standarts and Practice.* 4th ed. New York: Delmar.

Depkes RI. (2008). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja.* Jakarta : Depkes RI.

- Hitchcock, J., Schubert, P., Thomas, S. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. New York: Delmar Publishers.
- Hunainah. (2004). *Teori dan Implementasi Model Konseling Sebaya*. Jakarta : Rizky Press.
- Kemntrian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Teknik Konseling Kesehatan Remaja Bagi Konselor Sebaya*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- McMurray, A. (2003). *Community Health and Wellness : A Sociological Approach*. Toronto : Mosby.
- Morrow, et al. (1999). Efficacy of Home-Based Peer Counselling to Promote Exclusive Breastfeeding : A Randomised Controlled Trial. *Proquest Biology Journals*. Pg.1226.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Riskesdas. (2007). *Riset kesehatan dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Santroek, J. W. (2007). *Remaja, Edisi 11*. Alih bahasa : Benedictine Widiasinta. Jakarta : Erlangga.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2004). *Community health nursing : Promoting health of agregates, families and individuals*, 6 th ed. St.Louis : Mosby, inc.