



Universitas
Harkat Negeri

MODUL PEMBELAJARAN:

Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause

SEKOLAH VOKASI

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN

TAHUN AKADEMIK 2025/2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar bertajuk "**Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause**" ini dapat diselesaikan dengan baik dan siap digunakan sebagai panduan utama dalam proses pembelajaran perguruan tinggi kebidanan.

Masa remaja dan masa perimenopause merupakan dua fase kritis dalam siklus kehidupan reproduksi wanita yang membutuhkan perhatian klinis serta pendekatan holistik secara mendalam. Pada masa remaja, individu mengalami transisi biologis, psikologis, dan sosial yang sangat pesat. Kegagalan dalam memberikan pengawalan kesehatan reproduksi yang tepat pada fase ini berpotensi menimbulkan dampak jangka panjang. Sementara itu, masa perimenopause menandai transisi menuju penurunan fungsi reproduksi yang diwarnai oleh fluktuasi hormonal kompleks, yang berpengaruh signifikan terhadap kualitas hidup fisik dan mental wanita.

Buku ajar ini disusun secara sistematis mengacu pada Rencana Pembelajaran Semester (RPS) berbasis *Outcome-Based Education* (OBE) Kurikulum D4 Kebidanan Universitas Harkat Negeri Kode Mata Kuliah STK3033. Setiap bab didesain secara mendalam dan komprehensif, mencakup aspek fisiologis, psikososial, manajemen asuhan kebidanan (pengkajian, diagnosis, intervensi, evaluasi), komunikasi terapeutik, konseling, promosi kesehatan, hingga advokasi dan kolaborasi interprofesional.

Besar harapan kami agar buku ajar ini tidak hanya menjadi literatur wajib bagi mahasiswa kebidanan, tetapi juga menjadi referensi praktis bagi dosen, praktisi bidan di fasilitas pelayanan kesehatan, serta pengambil kebijakan dalam merumuskan strategi pelayanan kesehatan reproduksi yang inklusif dan berbasis bukti (*evidence-based practice*).

Kami menyadari bahwa penyusunan buku ini tidak lepas dari kekurangsempurnaan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari para pembaca sangat kami harapkan guna penyempurnaan edisi berikutnya.

Slawi, September 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL & COVER

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

MATRIKS RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS) OBE

BAB 1: KONSEP DASAR DAN TEORI PERKEMBANGAN REMAJA

- 1.1 Definisi dan Batasan Usia Remaja Menurut Kemenkes dan WHO
 - 1.2 Teori-Teori Perkembangan Remaja (Erikson, Piaget, Hall)
 - 1.3 Tahapan Perkembangan Remaja (Awal, Tengah, Akhir)
 - 1.4 Tugas Perkembangan Remaja dan Tantangan Transisi
 - 1.5 Rangkuman, Latihan Soal, & Studi Kasus Bab 1
-

BAB 2: ASPEK FISIOLOGIS REMAJA DAN PUBERTAS

- 2.1 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Remaja
 - 2.2 Poros Hipotalamus-Hipofisis-Gonad (HPG Axis)
 - 2.3 Perubahan Fisik Sekunder dan Skala Tanner (Tanner Staging)
 - 2.4 Menarche dan Siklus Menstruasi Normal pada Remaja
 - 2.5 Gangguan Menstruasi Umum pada Remaja & Asuhan Kebidanan
-

BAB 3: PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL REMAJA

- 3.1 Perkembangan Kognitif dan Neurobiologi Otak Remaja
 - 3.2 Perkembangan Emosi, Identitas Diri, dan Citra Tubuh (Body Image)
 - 3.3 Hubungan Sosial, Teman Sebaya (Peer Group), dan Lingkungan
 - 3.4 Masalah Psikososial: Bullying, Depresi, dan Anoreksia/Bulimia
 - 3.5 Peran Bidan dalam Skrining dan Intervensi Kesehatan Mental
-

BAB 4: FISIOLOGI DAN PERUBAHAN PADA MASA PERIMENOPAUSE

- 4.1 Definisi dan Tahapan Menopause (STRAW+10 Staging System)
 - 4.2 Perubahan Hormonal: Penurunan Estrogen dan Progesteron
 - 4.3 Gejala Vasomotor, Urogenital, dan Sistemik Perimenopause
 - 4.4 Dampak Jangka Panjang: Osteoporosis dan Perubahan Kardiovaskular
 - 4.5 Pengkajian Klinik dan Evaluasi Laboratorium Perimenopause
-

BAB 5: ASPEK PSIKOLOGIS DAN KUALITAS HIDUP PERIMENOPAUSE

- 5.1 Perubahan Psikologis dan Fluktuasi Emosional Fase Perimenopause
- 5.2 Sindrom Empty Nest, Krisis Paruh Baya, dan Seksualitas

- 5.3 Evaluasi Kualitas Hidup Menggunakan Menopause Rating Scale (MRS)
 - 5.4 Manajemen Kebidanan Holistik untuk Kesejahteraan Psikologis
-

BAB 6: MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA

- 6.1 Pengkajian Data Subjektif dan Objektif Berorientasi Remaja
 - 6.2 Perumusan Diagnosis Kebidanan dan Identifikasi Masalah Potensial
 - 6.3 Perencanaan Asuhan Komprehensif Berbasis Evidence-Based
 - 6.4 Pendokumentasian SOAPIER pada Kasus Remaja
-

BAB 7: PROMOSI KESEHATAN DAN EDUKASI REMAJA

- 7.1 Prinsip Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KSR)
 - 7.2 Pemenuhan Gizi Remaja, Pencegahan Anemia, dan Stunting Transgenerasi
 - 7.3 Pencegahan Perilaku Berisiko: Seks Bebas, Napza, dan Kehamilan Remaja
 - 7.4 Strategi Promosi Kesehatan Berbasis Peer Educator dan Media Digital
-

BAB 8: KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM ASUHAN KEBIDANAN

- 8.1 Prinsip dan Teknik Komunikasi Terapeutik Berorientasi Klien
 - 8.2 Hambatan Komunikasi pada Remaja dan Wanita Perimenopause
 - 8.3 Aplikasi Komunikasi dalam Asuhan Sensitif Budaya
-

BAB 9: KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PERIMENOPAUSE

- 9.1 Tahapan Konseling Kebidanan (Metode SATU TUJU / GATHER)
 - 9.2 Konseling Isu Spesifik Remaja (Pernikahan Dini, Hak Reproduksi)
 - 9.3 Konseling Menopause, Seksualitas Paruh Baya, dan Pemilihan Kontrasepsi
-

BAB 10: KONSELING GIZI DAN GAYA HIDUP SEHAT

- 10.1 Pedoman Gizi Seimbang Siklus Kehidupan
 - 10.2 Preskripsi Aktivitas Fisik dan Olahraga Remaja vs Perimenopause
 - 10.3 Manajemen Gaya Hidup untuk Pencegahan Penyakit Degeneratif
-

BAB 11: EVALUASI INTERVENSI ASUHAN KEBIDANAN REMAJA

- 11.1 Indikator Keberhasilan Asuhan Remaja (Kognitif, Perilaku, Klinis)
 - 11.2 Metode Evaluasi dan Audit Pelayanan Kebidanan Ramah Remaja (PKPR)
-

BAB 12: PENATALAKSANAAN PERIMENOPAUSE: TERAPI HORMONE DAN NON-HORMONAL

- 12.1 Terapi Sulih Hormon (TSH / MHT): Indikasi, Kontraindikasi, & Risiko
 - 12.2 Terapi Non-Hormonal, Fitoestrogen, dan Suplemen Kalsium/Vitamin D
 - 12.3 Manajemen Komplementer: Yoga, Akupresur, dan Aromaterapi
-

BAB 13: STRATEGI ADVOKASI KESEHATAN REPRODUKSI

- 13.1 Konsep dan Prinsip Advokasi Kebidanan
 - 13.2 Penyusunan Policy Brief dan Analisis Stakeholder
-

BAB 14: KOLABORASI INTERPROFESIONAL DAN ETIKA PROFESI

- 14.1 Interprofessional Education & Collaboration (IPEC) dalam Kebidanan
 - 14.2 Kode Etik Bidan, Standard Pelayanan, dan Aspek Hukum
-

DAFTAR PUSTAKA (FORMAT APA 6th EDITION)

RINGKASAN RENCANA PEMBELAJARAN

SEMESTER (RPS) OBE

Mata kuliah **Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause (STK3033)** dirancang dengan kurikulum berbasis capaian (Outcome-Based Education) dengan peta kontribusi CPL dan CPMK sebagai berikut:

Kode CPMK	Deskripsi Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	Peta CPL
CPMK-1	Mampu menganalisis konsep dasar, aspek fisiologis, dan psikososial perkembangan remaja serta perubahan fisiologis dan psikologis pada masa perimenopause dengan tepat.	CPL-3 (Pengetahuan)
CPMK-2	Mampu merumuskan rencana asuhan kebidanan komprehensif, promosi kesehatan, dan pencegahan masalah kesehatan spesifik pada remaja berdasarkan evidence-based practice.	CPL-5 (Keterampilan)
CPMK-3	Mampu melakukan keterampilan komunikasi terapeutik dan konseling yang efektif untuk edukasi kesehatan reproduksi, gizi, dan gaya hidup sehat pada remaja dan wanita perimenopause.	CPL-7 (Keterampilan)
CPMK-4	Mampu mengevaluasi keberhasilan intervensi asuhan kebidanan dan penatalaksanaan masalah kesehatan umum maupun komplikasi pada masa remaja dan perimenopause.	CPL-6 (Evaluasi)
CPMK-5	Mampu menyusun strategi advokasi dan kolaborasi interprofesional dalam mendukung kesehatan reproduksi remaja dan wanita perimenopause sesuai etika dan standar.	CPL-2 (Sikap & Etika)

BOBOT EVALUASI PEMBELAJARAN

- **Aktivitas Partisipatif & Kehadiran:** 11%
- **Kuis Singkat:** 4%
- **Tugas Terstruktur / Analisis Kasus:** 40%
- **Ujian Tengah Semester (UTS):** 20%
- **Ujian Akhir Semester (UAS):** 25%

KONSEP DASAR DAN TEORI PERKEMBANGAN REMAJA

1.1 DEFINISI DAN BATASAN USIA REMAJA MENURUT KEMENKES DAN WHO

Masa remaja (*adolescence*) berasal dari kata Latin *adolescere* yang berarti "tumbuh menjadi dewasa" atau berkembang mencapai kematangan. Secara epistemologis dan biologis, masa remaja merupakan periode transisi yang sangat dinamis dalam rentang kehidupan manusia, menghubungkan masa kanak-kanak yang penuh ketergantungan menuju masa dewasa yang mandiri dan bertanggung jawab secara sosial, reproduktif, maupun legal.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 menetapkan bahwa remaja adalah kelompok penduduk yang berada dalam rentang usia 10 sampai 18 tahun. Sementara itu, Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*) mendefinisikan remaja sebagai individu dalam tahapan umur 10 hingga 19 tahun. WHO juga mengenalkan terminologi *young people* (kaum muda) untuk rentang usia 10–24 tahun dan *youth* untuk rentang 15–24 tahun. Dalam konteks kebidanan dan hukum di Indonesia, penentuan batasan usia ini sangat krusial karena berkaitan langsung dengan hak-hak reproduksi, aspek hukum pernikahan, perlindungan anak, serta penetapan kriteria sasaran program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas dan fasilitas kesehatan primer lainnya.

1.2 TEORI-TEORI PERKEMBANGAN REMAJA

Memahami perkembangan remaja memerlukan pendekatan multidimensional melalui kacamata teori-teori psikologi perkembangan terkemuka:

a. Teori Psikososial Erik Erikson

Menurut Erikson, remaja berada pada tahap kelima dari delapan tahap perkembangan psikososial manusia, yaitu tahapan **Identity vs. Role Confusion** (Identitas diri vs. Kebingungan Peran). Pada fase ini, krisis utama yang dihadapi remaja adalah menjawab pertanyaan mendasar tentang "Siapakah saya?" dan "Ke mana arah hidup saya?". Remaja mengeksplorasi berbagai peran, nilai, minat, dan pilihan karir. Jika proses eksplorasi ini didukung secara positif oleh lingkungan keluarga dan masyarakat, remaja akan berhasil membentuk identitas diri yang kuat (*ego identity*). Sebaliknya, jika terdapat batasan berlebihan, tekanan konformitas yang kaku, atau kurangnya bimbingan, remaja berisiko mengalami kebingungan peran (*role confusion*) yang memicu isolasi sosial, ketidakpastian masa depan, atau penyimpangan perilaku.

b. Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget

Piaget menempatkan remaja pada tahap perkembangan kognitif tertinggi, yaitu tahap **Formal Operational** (Operasional Formal) yang dimulai sekitar usia 11 atau 12 tahun. Pada tahap ini, kemampuan berpikir remaja bertransformasi secara radikal dari pemikiran konkret menuju pemikiran abstrak, logis, dan hipotetis-deduktif. Remaja tidak lagi hanya mengandalkan pengalaman langsung yang terlihat, tetapi mampu memikirkan kemungkinan-kemungkinan abstrak, menganalisis hubungan sebab-akibat yang kompleks, membayangkan masa depan, serta mengkritisi aturan sosial. Implikasi klinis dalam asuhan kebidanan adalah remaja sudah mampu diajak berdiskusi secara rasional mengenai dampak jangka panjang dari perilaku reproduksi, konsekuensi kehamilan yang tidak diinginkan, serta perencanaan masa depan.

c. Teori Badai dan Stres (Storm and Stress) G. Stanley Hall

G. Stanley Hall, yang dikenal sebagai bapak psikologi remaja, mengemukakan bahwa masa remaja secara alami merupakan periode *Storm and Stress* (Sturm und Drang). Hall menyatakan bahwa lonjakan hormon dan perubahan biologis yang masif pada awal pubertas memicu instabilitas emosional yang tinggi, konflik dengan orang tua, serta kecenderungan mengambil risiko (*risk-taking behavior*). Walaupun pandangan kontemporer menganggap teori Hall terlalu ekstrem, komponen dasarnya tetap relevan bahwa perubahan neurobiologis memang membuat remaja lebih rentan terhadap gejolak emosi.

1.3 TAHAPAN PERKEMBANGAN REMAJA

Secara klinis dan psikologis, perkembangan remaja dibagi menjadi tiga tahapan utama yang memiliki karakteristik berbeda:

Tahapan Remaja	Rentang Usia	Karakteristik Utama Perkembangan
Remaja Awal (Early)	10 – 13 Tahun	Fokus pada perubahan fisik pubertas yang cepat, rasa cemas terhadap bentuk tubuh, pemikiran masih dominan konkret, keterikatan kuat pada kelompok sebaya sesama jenis, mulai menjauh dari orang tua.
Remaja Tengah (Middle)	14 – 16 Tahun	Puncak gejolak emosional, meningkatnya ketertarikan seksual dan hubungan romantis, pemikiran abstrak berkembang, tingginya pengaruh teman sebaya (peer pressure), kecenderungan merasa "kebal" terhadap risiko.
Remaja Akhir (Late)	17 – 19 Tahun	Pencapaian identitas diri yang lebih stabil, pemikiran logis dan rasional matang, perencanaan karir masa depan, kemandirian finansial dan emosional dari orang tua, orientasi hubungan pribadi berjangka panjang.

1.4 TUGAS PERKEMBANGAN REMAJA DAN TANTANGAN TRANSISI

Menurut Robert Havighurst, tugas perkembangan masa remaja meliputi pencapaian hubungan baru dan yang lebih matang dengan teman sebaya dari kedua jenis kelamin, pencapaian peran sosial maskulin atau feminin,

penerimaan keadaan fisik diri dan menggunakannya secara efektif, pencapaian kemandirian emosional dari orang tua, persiapan menuju pernikahan dan kehidupan keluarga, serta penentuan sistem nilai dan etika sebagai pedoman berperilaku. Tantangan transisi yang gagal dipenuhi secara optimal sering kali bermanifestasi dalam bentuk masalah kesehatan reproduksi, seperti kehamilan remaja, infeksi menular seksual (IMS), serta gangguan makan.

RANGKUMAN BAB 1

Remaja adalah fase transisi dinamis usia 10-19 tahun (WHO) atau 10-18 tahun (Kemenkes RI). Teori Erikson mendasari pembentukan identitas diri, Piaget menjelaskan kematangan berpikir operasional formal, dan Hall menyoroti fluktuasi emosional. Pemahaman tahapan perkembangan (awal, tengah, akhir) menjadi landasan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif yang sesuai dengan tingkat kematangan psikososial remaja.

STUDI KASUS KLINIK BAB 1

Kasus: Remaja putri, An. A, berusia 12 tahun, datang ke Puskesmas diantar ibunya. Ibu mengeluhkan An. A sering mengurung diri di kamar, menangis tanpa sebab yang jelas, dan mengeluh malu karena badannya bertambah gemuk serta payudaranya membesar. An. A baru mengalami menarche 2 bulan yang lalu.

Pertanyaan Analisis:

1. Berdasarkan teori perkembangan psikososial, berada pada tahapan apakah An. A?
2. Mengapa An. A menunjukkan reaksi kecemasan terhadap perubahan fisiknya?
3. Bagaimanakah sikap dan konseling awal yang harus diberikan bidan untuk membantu An. A menerima tugas perkembangannya?

ASPEK FISIOLOGIS REMAJA DAN PUBERTAS

2.1 ANATOMI DAN FISIOLOGI SISTEM REPRODUKSI REMAJA

Sistem reproduksi wanita mengalami maturasi struktural dan fungsional yang signifikan selama masa pubertas. Organ reproduksi luar (vulva, labia mayora, labia minora, klitoris) serta organ reproduksi dalam (vagina, uterus, tuba falopii, dan ovarium) bertambah ukuran dan mengalami perubahan histologis. Uterus bertambah besar dengan rasio korpus terhadap serviks yang membesar dari 1:1 pada masa anak-anak menjadi 2:1 atau 3:1 pada wanita usia subur. Ovarium, yang pada masa anak-anak berada dalam kondisi quiescent (istirahat), mengandung sekitar 300.000 hingga 400.000 oosit primer yang siap merespons stimulasi gonadotropin.

2.2 POROS HIPOTALAMUS-HIPOFISIS-GONAD (HPG AXIS)

Inisiasi pubertas dikendalikan oleh reaktivasi poros *Hypothalamic-Pituitary-Gonadal* (HPG Axis) yang sebelumnya terinaktivasi selama masa kanak-kanak. Faktor neuroendokrin, seperti peningkatan sekresi *kisspeptin* di hipotalamus, menstimulasi pelepasan *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH) secara pulsatil.

GnRH menstimulasi kelenjar hipofisis anterior untuk menyekresikan dua hormon gonadotropin utama:

- **FSH (Follicle Stimulating Hormone):** Merangsang pertumbuhan folikel ovarium dan sintesis estrogen.
- **LH (Luteinizing Hormone):** Memicu ovulasi serta produksi progesteron dan androgen ovarium.

Peningkatan kadar estrogen (terutama estradiol) dalam darah memicu perkembangan ciri-ciri seks sekunder serta merangsang proliferasi endometrium uterus yang pada akhirnya memicu peristiwa menstruasi pertama (menarche).

2.3 PERUBAHAN FISIK SEKUNDER DAN SKALA TANNER (TANNER STAGING)

Perubahan fisik selama pubertas berlangsung dalam urutan yang terprediksi. Evaluasi tingkat kematangan seksual dilakukan secara klinis menggunakan ****Skala Tanner (Tanner Staging)**** yang menilai perkembangan payudara (B1-B5) dan rambut pubis (P1-P5) pada wanita:

Stadium Tanner	Perkembangan Payudara (Breast - B)	Perkembangan Rambut Pubis (Pubic Hair - P)
Tanner 1 (Pra-pubertas)	Hanya elevasi papila (puting); tidak ada jaringan payudara teraba.	Tidak ada rambut pubis.
Tanner 2	*Breast bud stage*: ditemukannya tunas payudara di bawah areola; areola melebar. (Usia rata-rata: 9-11 tahun)	Pertumbuhan rambut halus, panjang, sedikit berpigmen di sepanjang labia.
Tanner 3	Pembesaran lebih lanjut dari payudara dan areola tanpa pemisahan kontur.	Rambut menjadi lebih gelap, lebih kasar, keriting, dan menyebar di mons pubis.
Tanner 4	Areola dan papila membentuk gundukan sekunder di atas kontur payudara.	Rambut tipe dewasa, tebal dan keriting, namun area penyebarannya belum mencapai paha medialis.
Tanner 5 (Dewasa)	Maturitas penuh; kontur payudara halus, papila menonjol, areola menyatu dengan kontur payudara.	Rambut tipe dewasa penuh, tersebar hingga ke paha bagian dalam (bentuk segitiga wanita).

2.4 MENARCHE DAN SIKLUS MENSTRUASI NORMAL

Menarche merupakan penanda biologis utama maturasinya sistem reproduksi wanita, biasanya terjadi 2 hingga 2,5 tahun setelah perkembangan tunas payudara pertama (Tanner 2), pada usia rata-rata 12-13 tahun di Indonesia. Pada 1-3 tahun pertama pasca-menarche, sekitar 50-80% siklus menstruasi remaja bersifat **anovulator** (tidak disertai pelepasan sel telur) akibat belum matangnya mekanisme umpan balik positif estrogen pada hipofisis. Hal ini menyebabkan siklus menstruasi remaja sering kali tidak teratur, berfluktuasi antara 21 hingga 45 hari, dengan durasi perdarahan 2 hingga 7 hari.

2.5 GANGGUAN MENSTRUASI UMUM PADA REMAJA

Bidan harus mampu mengidentifikasi dan mengelola gangguan menstruasi umum pada remaja:

1. **Dismenore Primer:** Nyeri haid tanpa kelainan anatomi pelvis, disebabkan oleh produksi berlebihan prostaglandin (PGF2 α) yang memicu kontraksi miometrium berlebih. Asuhan mencakup kompres hangat, relaksasi, serta analgesik NSAID (ibuprofen/asam mefenamat).
2. **Perdarahan Uterus Anovulatorik (AUB-A):** Perdarahan tidak teratur/berlebihan akibat kadar estrogen yang tidak diimbangi progesteron. Bidan melakukan evaluasi kadar Hb untuk mendeteksi anemia serta rujukan jika perdarahan masif.
3. **Amenore (Primer & Sekunder):** Amenore primer didefinisikan jika belum menarche pada usia 15 tahun (dengan tanda seks sekunder) atau usia 13 tahun (tanpa tanda seks sekunder). Amenore sekunder adalah hentinya haid selama 3 bulan berturut-turut pada remaja yang sebelumnya sudah haid.

PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL REMAJA

3.1 PERKEMBANGAN KOGNITIF DAN NEUROBIOLOGI OTAK REMAJA

Perkembangan otak remaja ditandai oleh ketidakseimbangan maturasi antara dua area otak utama. Sistem limbik (pusat emosi, imbalan, dan dorongan) berkembang jauh lebih cepat matang di bawah pengaruh hormon pubertas, sedangkan *Prefrontal Cortex* (PFC) yang bertanggung jawab atas kontrol impuls, perencanaan jangka panjang, penilaian risiko, dan pengambilan keputusan rasional belum matang secara penuh hingga usia awal 20-an. Implikasi dari "ketimpangan maturasi neurobiologis" ini adalah remaja sangat rentan terhadap dorongan impulsif, pencarian sensasi baru (*sensation seeking*), dan pengaruh tekanan teman sebaya (*peer pressure*).

3.2 PERKEMBANGAN EMOSI, IDENTITAS DIRI, DAN CITRA TUBUH

Perubahan fisik yang cepat memicu perhatian berlebih remaja terhadap penampilan fisiknya. *Body image* (citra tubuh) menjadi komponen krusial dalam pembentukan harga diri (*self-esteem*). Media sosial dan standar kecantikan ideal sering kali menimbulkan ketidakpuasan tubuh (*body dissatisfaction*) yang memicu gangguan makan seperti *Anorexia Nervosa* dan *Bulimia Nervosa*. Bidan berperan dalam memberikan konseling pemahaman variasi normal tubuh dan promosi kepuasan citra tubuh yang positif.

3.3 MASALAH PSIKOSOSIAL DAN KESEHATAN MENTAL

Isu kesehatan mental yang marak di kalangan remaja meliputi perundungan (*bullying & cyberbullying*), depresi remaja, ansietas, serta perilaku menyakiti diri sendiri (*self-harm*). Lingkungan sosial yang tidak mendukung, ketidakharmonisan keluarga, serta ketakutan akan penolakan sosial menjadi faktor presipitasi utama.

PERAN BIDAN DALAM SKRINING KESEHATAN MENTAL REMAJA

Bidan di fasilitas pelayanan dasar (seperti Puskesmas/PKPR) harus terlatih menggunakan instrumen skrining tervalidasi, seperti kuisioner *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) atau *Patient Health Questionnaire-9 for Adolescents* (PHQ-A) untuk mendeteksi dini gangguan emosi dan perilaku sebelum merujuk ke psikolog/psikiater.

FISIOLOGI DAN PERUBAHAN PADA MASA PERIMENOPAUSE

4.1 DEFINISI DAN TAHAPAN MENOPAUSE (STRAW+10 SYSTEM)

Perimenopause adalah periode transisi yang dimulai dari munculnya variabilitas panjang siklus haid pertama hingga satu tahun setelah siklus haid terakhir (menopause definitif). Berdasarkan sistem klasifikasi ****STRAW+10** (Stages of Reproductive Aging Workshop)**², transisi menopause dibagi menjadi:

Tahapan STRAW	Karakteristik Siklus Menstruasi	Profil Hormonal (FSH & Estradiol)
Transisi Menopause Awal (Stage -2)	Variabilitas siklus persisten; perselisihan panjang siklus ≥ 7 hari antar siklus yang berurutan.	FSH bervariasi (sering kali normal atau sedikit meningkat); estradiol fluktuatif.
Transisi Menopause Akhir (Stage -1)	Interval amenore (tidak haid) ≥ 60 hari; siklus semakin jarang.	FSH meningkat secara konsisten ($> 25\text{-}30$ IU/L); estradiol menurun signifikan.
Postmenopause Awal (Stage +1a, 1b, 1c)	Amenore genap 12 bulan berturut-turut (menopause definitif tercapai).	FSH sangat tinggi (> 40 IU/L); estradiol sangat rendah (< 20 pg/mL).

4.2 PERUBAHAN HORMONAL DAN GEJALA KLINIS

Penurunan jumlah folikel ovarium yang drastis menyebabkan penurunan produksi ****Inhibin B****, yang mengakibatkan hilangnya umpan balik negatif pada hipofisis sehingga kadar FSH melonjak tinggi. Penurunan drastis estrogen (estradiol) memicu berbagai gejala klinis yang dibagi menjadi tiga domain utama:

- Gejala Vasomotor:** *Hot flashes* (sensasi panas mendadak di dada dan wajah), *night sweats* (keringat malam), dan palpitasi akibat instabilitas pusat termoregulasi di hipotalamus.
- Gejala Urogenital (Genitourinary Syndrome of Menopause - GSM):** Atrofi vagina, kekeringan vagina (vaginal dryness), dispareunia (nyeri saat senggama), disuria, serta peningkatan frekuensi infeksi saluran kemih (ISK).
- Gejala Sistemik & Somatik:** Nyeri sendi (arthralgia), gangguan tidur (insomnia), penurunan kelembutan kulit, dan perubahan distribusi lemak tubuh ke area abdominal.

4.3 DAMPAK JANGKA PANJANG PENURUNAN ESTROGEN

Estrogen memiliki peran protektif pada sistem skeletal dan kardiovaskular. Defisiensi estrogen jangka panjang pada pascamenopause memicu peningkatan aktivitas osteoklas melebihi osteoblas, yang memicu penurunan densitas tulang secara cepat (**Osteoporosis**). Selain itu, hilangnya estrogen menyebabkan profil lipid memburuk (peningkatan LDL dan penurunan HDL) serta penurunan elastisitas pembuluh darah, yang meningkatkan risiko **Penyakit Jantung Koroner (PJK)** secara signifikan.

ASPEK PSIKOLOGIS DAN KUALITAS HIDUP PERIMENOPAUSE

5.1 PERUBAHAN PSIKOLOGIS DAN FLUKTUASI EMOSIONAL

Transisi perimenopause tidak hanya merupakan fenomena biologis, tetapi juga peristiwa psikososial yang kompleks. Fluktuasi estradiol memengaruhi sintesis neurotransmitter otak, terutama **serotonin** dan **dopamin**, yang mengatur suasana hati (mood). Akibatnya, wanita perimenopause sering mengalami iritabilitas, cemas berlebih, perubahan mood yang cepat (mood swings), serta kabut otak (brain fog) atau kesulitan berkonsentrasi.

5.2 SINDROM EMPTY NEST DAN SEKSUALITAS PARUH BAYA

Secara psikososial, fase perimenopause sering kali bertepatan dengan peristiwa kehidupan penting, seperti anak-anak yang mulai tumbuh dewasa dan meninggalkan rumah (**Empty Nest Syndrome**), perawatan orang tua yang lansia, atau kekhawatiran terhadap penuaan fisik. Dalam hal seksualitas, penurunan libido dan dispareunia akibat atrofi vagina dapat memicu gangguan hubungan pasutri jika tidak dikomunikasikan secara terbuka. Bidan harus hadir memberikan ruang konseling yang non-judgmental untuk merevitalisasi kesehatan seksual paruh baya.

5.3 PENGUKURAN KUALITAS HIDUP (MENOPAUSE RATING SCALE - MRS)

Evaluasi derajat keparahan keluhan perimenopause dilakukan secara terukur menggunakan instrumen standar internasional **Menopause Rating Scale (MRS)** yang mencakup 11 gejala yang terbagi dalam 3 subskala: Somato-vegetatif, Psikologis, dan Urogenital.

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA REMAJA

6.1 PENGKAJIAN DATA SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF

Asuhan kebidanan pada remaja menuntut pendekatan khusus yang ramah, rahasia, dan meyakinkan (*youth-friendly approach*). Pengkajian data subjektif mencakup riwayat menstruasi (HPHT, siklus, lamanya, banyaknya, nyeri haid), riwayat kesehatan reproduksi, gaya hidup (nutrisi, aktivitas fisik, merokok, alkohol), serta riwayat psikososial. Bidan disarankan menggunakan formulir pendekatan ****HEADSSS**** (*Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression, Safety*).

Pengkajian objektif mencakup pemeriksaan tanda-tanda vital, Indeks Massa Tubuh (IMT/U), pemeriksaan fisik umum, evaluasi tingkat perkembangan Tanner, serta pemeriksaan laboratorium penunjang seperti kadar Hemoglobin (Hb) untuk deteksi anemia.

6.2 PERUMUSAN DIAGNOSIS KEBIDANAN DAN PENDOKUMENTASIAN SOAPIER

Diagnosis kebidanan dirumuskan berdasarkan nomenklatur standar, contoh: "*Remaja Putri Usia 15 Tahun dengan Dismenore Primer Kategori Sedang*" atau "*Remaja Putri Usia 14 Tahun dengan Anemia Defisiensi Besi Ringan*". Seluruh proses penatalaksanaan didokumentasikan secara sistematis menggunakan format ****SOAPIER**** (Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan, Implementasi, Evaluasi, Reassess/Revisi).

PROMOSI KESEHATAN DAN EDUKASI REMAJA

7.1 PRINSIP EDUKASI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KSR)

Edukasi KSR bertujuan memberikan pemahaman komprehensif, benar, dan bertanggung jawab mengenai organ reproduksi, perubahan pubertas, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), serta pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS. Edukasi harus disampaikan secara jujur, bebas dari stigma, dan sesuai tingkat perkembangan kognitif remaja.

7.2 PEMENUHAN GIZI REMAJA DAN PENCEGAHAN STUNTING TRANSGENERASI

Masa remaja merupakan periode pertumbuhan pesat kedua (*second growth spurt*) yang membutuhkan asupan zat gizi makro dan mikro yang optimal. Anemia defisiensi besi pada remaja putri merupakan masalah kesehatan nasional yang serius di Indonesia (prevalensi > 30%). Remaja putri yang menderita anemia berisiko tinggi menjadi ibu hamil yang anemia di masa depan, yang meningkatkan risiko melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan stunting. Pemberian ****Tablet Tambah Darah (TTD)**** 1 tablet seminggu sekali secara teratur menjadi program promosi kesehatan krusial.

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM ASUHAN KEBIDANAN

8.1 PRINSIP DAN TEKNIK KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, dan dipusatkan untuk kesembuhan atau peningkatan kesejahteraan klien. Elemen kunci mencakup ****Empat Pilar Terapeutik****: Empat (empathy), Mendengarkan Aktif (active listening), Tanpa Menghakimi (non-judgmental attitude), dan Menjaga Kerahasiaan (confidentiality).

Teknik-teknik komunikasi yang efektif meliputi penggunaan pertanyaan terbuka (*open-ended questions*), klarifikasi, refleksi perasaan, dan validasi emosi klien.

8.2 HAMBATAN KOMUNIKASI PADA REMAJA DAN PERIMENOPAUSE

Hambatan pada remaja meliputi rasa malu, takut dimarahi/dihakimi, ketiadaan privasi, dan ketidakpercayaan terhadap kerahasiaan Bidan. Hambatan pada wanita perimenopause mencakup ketakutan dianggap "tua", persepsi bahwa gejala menopause adalah takdir yang tidak bisa diatasi, serta hambatan sosio-cultural dalam membicarakan masalah kesehatan seksual.

KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN PERIMENOPAUSE

9.1 TAHAPAN KONSELING KEBIDANAN (METODE SATU TUJU / GATHER)

Bidan menggunakan kerangka kerja konseling terstruktur ****SATU TUJU****:

- **SA (Sapa & Salam):** Menyapa klien secara ramah dan membangun hubungan saling percaya (rapport).
- **TU (Tanyakan):** Menanyakan kebutuhan, keluhan, dan informasi latar belakang klien.
- **TU (Tunjukkan):** Menunjukkan pemahaman, empati, dan memberikan informasi relevan.
- **JU (Jelaskan):** Menjelaskan opsi-opsi solusi atau penatalaksanaan secara objektif.
- **TU (Bantu):** Membantu klien mengambil keputusan yang paling sesuai (informed choice).
- **JU (Kunjungan Ulang):** Mengatur jadwal tindak lanjut atau rujukan jika diperlukan.

KONSELING GIZI DAN GAYA HIDUP SEHAT

10.1 PEDOMAN GIZI SEIMBANG DAN PRESKRIPSI OLAHRAGA

Konseling gizi pada perimenopause berfokus pada asupan kalsium (1000-1200 mg/hari) dan Vitamin D untuk menjaga kesehatan tulang, penurunan asupan natrium dan lemak jenuh untuk perlindungan kardiovaskular, serta konsumsi fitoestrogen alami (seperti kedelai/tempe/tahu). Preskripsi aktivitas fisik mencakup kombinasi **latihan aerobik** (jalan cepat, berenang 150 menit/minggu) dan **latihan beban ringan** (weight-bearing exercise) untuk merangsang remodeling tulang.

EVALUASI INTERVENSI ASUHAN KEBIDANAN REMAJA

11.1 INDIKATOR KEBERHASILAN DAN AUDIT PELAYANAN PKPR

Evaluasi asuhan mencakup tiga domain: peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan perilaku sehat (psikomotor), dan perbaikan status klinis (seperti kadar Hb normal, siklus menstruasi teratur/teratasi). Evaluasi layanan fasilitas kesehatan dilakukan menggunakan standar audit ****Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)**** Kemenkes yang menilai ketersediaan SDM terlatih, kerahasiaan ruang konseling, dan keterlibatan remaja sebagai pendidik sebaya (*peer educator*).

PENATALAKSANAAN PERIMENOPAUSE: TERAPI HORMONE DAN NON-HORMONAL

12.1 TERAPI SULIH HORMON (TSH / MENOPAUSE HORMONE THERAPY - MHT)

TSH merupakan terapi paling efektif untuk meredakan gejala vasomotor berat. Prinsip TSH: wanita dengan uterus utuh wajib mendapatkan kombinasi **Estrogen + Progestin** (untuk mencegah hiperplasia/kanker endometrium), sedangkan wanita yang telah dihisterektomi dapat diberikan **Estrogen Tunggal**. Bidan berperan dalam melakukan penapisan indikasi dan kontraindikasi mutlak (seperti riwayat kanker payudara, perdarahan pervaginam tidak diketahui penyebabnya, penyakit tromboemboli aktif) sebelum merujuk ke dokter spesialis OBGYN.

12.2 TERAPI NON-HORMONAL DAN KOMPLEMENTER

Pilihan non-hormonal mencakup pemberian **Selective Serotonin Reuptake Inhibitors** (SSRI) dosis rendah untuk hot flashes, penggunaan pelembab/pelumas vagina berbasis air untuk kekeringan vagina, serta terapi komplementer terbukti ilmiah seperti **isoflavon soy**, **yoga menopause**, akupresur pada titik Sanyinjiao (SP6), dan teknik relaksasi pernapasan dalam.

STRATEGI ADVOKASI KESEHATAN REPRODUKSI

13.1 KONSEP ADVOKASI DAN PENYUSUNAN POLICY BRIEF

Advokasi kebidanan adalah upaya terencana untuk mempengaruhi pembuat kebijakan, pimpinan daerah, atau tokoh masyarakat agar menerbitkan regulasi, mengalokasikan anggaran, atau memberikan dukungan fasilitas bagi program kesehatan reproduksi remaja dan perimenopause. Bidan harus terampil menyusun ****Policy Brief**** yang menyajikan ringkasan masalah kesehatan berbasis data empiris, analisis opsi kebijakan, serta rekomendasi tindakan nyata.

KOLABORASI INTERPROFESIONAL DAN ETIKA PROFESI

14.1 INTERPROFESSIONAL EDUCATION & COLLABORATION (IPEC)

Penanganan kasus remaja dan perimenopause yang kompleks membutuhkan kerja sama tim interprofesional yang solid. Bidan berkolaborasi secara sejajar dengan ****Dokter Spesialis Obgyn**** (kasus komplikasi/TSH), ****Ahli Gizi/Nutrisi**** (manajemen diet), ****Psikolog/Psikiater**** (kesehatan mental), dan ****Pekerja Sosial****. Kolaborasi berlandaskan pada prinsip saling menghormati, komunikasi terbuka, dan pembagian peran yang jelas sesuai standar etika profesi kebidanan.

REFERENSI LENGKAP FORMAT APA 6TH EDITION

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). *ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in girls and adolescents: Using the menstrual cycle as a vital sign*. *Obstetrics & Gynecology*, 126(6), e143-e146.
- Berek, J. S., & Berek, D. L. (2020). *Berek & Novak's Gynecology* (16th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Erikson, E. H. (1994). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., ... & STRAW+10 Collaborative Group. (2012). *Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159-1168.
- Ikatan Bidan Indonesia (IBI). (2020). *Standar Operasional Prosedur Pelayanan Kebidanan dan Kode Etik Bidan Indonesia*. Jakarta: Pengurus Pusat IBI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Pedoman Standar Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Kemenkes RI.
- Nappi, R. E., & Palacios, S. (2014). *Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause in postmenopausal women in Europe: The EVIVE survey*. *Maturitas*, 78(3), 216-221.
- North American Menopause Society (NAMS). (2022). *The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. *Menopause*, 29(7), 767-794.
- Piaget, J. (2008). *The Psychology of Intelligence*. London: Routledge.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2018). *Varney's Midwifery* (6th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Adolescent health and development: Standards for quality health-care services for adolescents*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Research on the menopause in the 1990s: Report of a WHO Scientific Group*. WHO Technical Report Series, No. 866. Geneva: WHO.