

**PEER EDUCATOR TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN
PRAKTIK REMAJA TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI**

**Penulis:
Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM**



GETPRESS INDONESIA

**PEER EDUCATOR TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK
REMAJA TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI**

Penulis:

Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM

ISBN:

Editor: Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd., M.Kes.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST.

Penerbit : GETPRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya, serta sholawat dan salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW atas tauladan pada umat untuk senantiasa sabar, ikhlas, dan berdoa dalam berikhtiar, sehingga buku monograf yang berjudul Peer Educator terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja terkait Kesehatan Reproduksi dapat terselesaikan. Buku ini merupakan hasil penelitian yang dilakukan penulis pada Tahun 2018, yang bertujuan untuk menganalisis pengaruh peer educator terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.

Penulis menyadari bahwa buku monograf ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik yang bersifat konstruktif sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan monograf ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi kita semua.

Semarang, Oktober 2023

Penulis

PRAKATA

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT bahwa atas rahmat dan karunia-Nya Peneliti telah dapat menyelesaikan buku monograf dengan judul “Peer Educator terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja terkait Kesehatan Reproduksi”. Buku ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis pada Tahun 2018. Buku ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh peer educator terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.

Semoga buku ini memberi manfaat serta menambah referensi bagi pembacanya. Saran dan kritik penulis harapkan guna memperbaiki buku di masa mendatang.

Semarang, Oktober 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
PENDAHULUAN	1
KONSEP PERILAKU	4
REMAJA	8
KESEHATAN REPRODUKSI	10
PENDIDIKAN KESEHATAN	16
PENDIDIK SEBAYA (PEER EDUCATOR)	19
ANALISIS PENGARUH PEER EDUCATOR TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK REMAJA SMA TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI	21
A. Deskripsi dan Analisis Homogenitas Karakteristik Responden	22
B. Deskripsi Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	26
4. Analisis Homogenitas Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	40
5. Analisis Perbedaan Tingkat Pengetahuan Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	42
6. Analisis Perbedaan Sikap Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	44
8. Analisis Perbedaan Perubahan Tingkat Pengetahuan Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	47
9. Analisis Perbedaan Perubahan Sikap Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	49
10. Analisis Perbedaan Perubahan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	50
KESIMPULAN	53
DAFTAR PUSTAKA	55
GLOSARIUM	62
BIODATA PENULIS	64

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur	22
Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	23
Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sumber Informasi.....	24
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Sumber Informasi..	24
Tabel 6 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi	27
Tabel 7 Distribusi Frekuensi Jawaban Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi	27
Tabel 8 Distribusi Frekuensi Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi	30
Tabel 9 Distribusi Frekuensi Jawaban Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol	29
Tabel 10 Distribusi Frekuensi Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi.....	30
Tabel 11 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi	31
Tabel 12 Distribusi Frekuensi Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol....	33
Tabel 13 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol	34
Tabel 14 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol(Lanjutan).....	35
Tabel 15 Distribusi Frekuensi Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi.....	36
Tabel 16 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi	37
Tabel 17 Distribusi Frekuensi Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol....	38
Tabel 18 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol	39

Tabel 19 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol (lanjutan)	39
Tabel 20 Analisis Homogenitas Hasil Pretest Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	41
Tabel 21 Analisis Perbedaan Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	42
Tabel 22 Analisis Perbedaan Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	44
Tabel 23 Analisis Perbedaan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.....	46
Tabel 24 Analisis Perbedaan Perubahan Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	47
Tabel 25 Analisis Perbedaan Perubahan Sikap terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	49
Tabel 26 Analisis Perbedaan Perubahan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Rancangan Penelitian Nonequivalent Control Group Design	22
--	----

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menyebutkan sekitar seperlima dari penduduk dunia merupakan remaja berumur 10-19 tahun dan sekitar 900 juta berada di negara sedang berkembang, sedangkan jumlah penduduk Indonesia sebesar 237,6 juta jiwa dan 63,4 juta diantaranya merupakan remaja, yang terdiri dari laki-laki sebanyak 32.164.436 jiwa (50,70%) dan perempuan sebanyak 31.279.012 jiwa (49,30%) (Soetjiningsih, 2010), (Statistik, 2010).

Remaja merupakan masa peralihan dari kanak-kanak menuju dewasa (10-24 tahun), pada masa itu terjadi perubahan pada fisik dan psikis secara cepat. Ketidakseimbangan perubahan fisik dan psikis mengakibatkan sebagian remaja rentan melakukan perilaku berisiko. Masalah yang menonjol di kalangan remaja yaitu seputar Tiga Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja (TRIAD KRR) yakni seksualitas, Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV dan AIDS) serta Narkoba, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif (NAPZA) (BKKBN, 2012), (Kemenkes, 2012).

Permasalahan seksualitas terjadi karena rendahnya pengetahuan remaja tentang KRR dan median umur kawin pertama perempuan relatif rendah yaitu 19,8 tahun. Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi belum memadai, sekitar 35,3% remaja perempuan dan 31,2% remaja laki-laki umur 15-19 tahun mengetahui bahwa perempuan dapat hamil dengan satu kali berhubungan seksual. Begitu pula gejala Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS kurang diketahui oleh remaja. Remaja umur 15-19 tahun baik laki-laki maupun perempuan sebagian besar berdiskusi mengenai kesehatan reproduksi dengan ibu, teman sebaya, dan guru (BKKBN, 2012).

Pada remaja umur 15-19 tahun, proporsi terbesar berpacaran pertama kali yaitu pada umur 15-17 tahun. Pada umur tersebut dikhawatirkan belum memiliki keterampilan hidup (*life skills*) yang memadai, sehingga mereka berisiko memiliki perilaku pacaran yang tidak sehat, antara lain hubungan seks pranikah. Secara umum, remaja laki-laki lebih banyak yang menyatakan pernah melakukan seks pranikah dibandingkan perempuan (Kemenkes, 2012).

Kegiatan seksual yang tidak bertanggung jawab menempatkan remaja pada tantangan risiko terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi. Setiap tahunnya 50.000 remaja di seluruh dunia meninggal karena kehamilan dan komplikasi persalinan. Sekitar 6 dari 10 responden remaja laki-laki yang pernah memiliki pasangan seksual pranikah dan mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) mengatakan bahwa kehamilan tersebut diaborsi secara sengaja maupun spontan (BKKBN, 2012), (Health, 2008.).

Secara global kasus HIV/AIDS yang merupakan salah satu dampak hubungan seksual terjadi pada remaja umur 15-24 tahun. *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) menyebutkan sekitar 71.000 remaja berumur antara 10-19 tahun meninggal dunia karena virus HIV pada tahun 2005. Jumlah itu meningkat menjadi 110.000 jiwa pada tahun 2012. Jumlah kumulatif infeksi HIV di Indonesia yang dilaporkan dari tahun 1987 sampai dengan bulan September 2016 sebanyak 219.036 orang dan AIDS sebanyak 82.968 orang (BKKB, 2012), (RI, 2016).

Jumlah kasus HIV di Jawa Tengah tahun 2016 sebanyak 1.867 kasus, lebih tinggi dibandingkan tahun 2015 sebanyak 1.467 kasus, sedangkan kasus AIDS tahun 2016 sebanyak 1.402 kasus, lebih tinggi dibandingkan tahun 2015 yaitu 1.296 kasus. Sekitar 12,1% penderitanya adalah remaja. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Jawa Tengah melaporkan data KTD pada tahun 2014 sebanyak 67 kasus yang terjadi pada remaja umur 14-24 tahun. Sebagian besar adalah remaja SMA dan 69% dari mereka memilih mengaborsi kandungannya dengan berbagai alasan. Remaja menikah dan sudah mempunyai anak di bawah umur 20 tahun yaitu sekitar lebih dari 200 remaja. Menurut PKBI Jateng, KTD pada remaja dan pernikahan anak di bawah 18 tahun menjadi perhatian khusus karena kasus-kasus di atas turut menyumbang Angka Kematian Ibu (AKI) yang tinggi sebanyak 32 kasus di Kota Semarang yang menempati peringkat ke-3 di Jawa Tengah pada tahun 2016 (pkbijateng, 2016), (Kesehatan, 2016), (DKK, 2016.)

Hasil survei PKBI Jawa Tengah menunjukkan sekitar 29% siswa Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) setuju hubungan seks pranikah. Selain sikap terhadap seks pranikah, terungkap sebanyak 170 siswa atau 12,54% responden memiliki gaya berpacaran kurang baik. Terdapat tindakan melecehkan pasangan, kekerasan fisik atau psikis, serta tidak menghormati pasangan dalam menjalin hubungan. Sementara, dari survei yang dilakukan terhadap remaja berumur 18-24 tahun, sebesar 75,2% responden memiliki perilaku seks berisiko, seperti pacaran yang mereka lakukan disertai ciuman, cipokan, petting (menyentuh dan memijit daerah rangsangan seksual), bahkan sudah melakukan hubungan seks di luar nikah sedangkan sisanya, merupakan hubungan pacaran yang tidak berisiko (pkbijateng, 2016).

Survei yang dilakukan kepada 2.845 responden siswa SMA di Kota dan Kabupaten Semarang, diperoleh hasil 40% remaja mengaku sudah pernah pacaran dan 73,3% di antaranya mulai pacaran dari umur 10 sampai 15 tahun. Di antara remaja yang pernah pacaran 11,2% diantaranya, mengaku sudah pernah memegang organ reproduksi pasangannya (pkbijateng, 2016).

Perilaku berisiko remaja merupakan akibat kurangnya pengetahuan terkait kesehatan reproduksi, pengaruh media massa, pengaruh teman sebaya, kurangnya kontrol dari orang tua, tingkat religiusitas, kecerdasan emosi, dan efikasi diri. Untuk itu yang diperlukan oleh remaja saat ini adalah

informasi akurat yang mendukung perubahan menjadi perilaku sehat, life skills atau kemampuan mengambil keputusan tepat, konseling, dan layanan yang ramah pada remaja. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui program pendidikan kesehatan reproduksi yang sekarang sedang komitmen diimplementasikan di Kota Semarang (pkbijateng, 2016), (Musthofa SB, 2010).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi pada remaja adalah memberikan pendidikan kesehatan. Metode yang digunakan seperti ceramah dan diskusi serta berbagai media seperti film, leaflet, booklet, poster, dan sebagainya. Bentuk pendidikan kesehatan lainnya yaitu pendekatan peer education (pendidikan sebaya). Melalui metode pelatihan dan pendidikan sebaya ini diharapkan terbinanya kelompok-kelompok motivator peningkatan kesehatan reproduksi secara simultan. Pendekatan pendidikan sebaya sangat bermakna kolektif, komunikasi lebih lancar, dan terjadi perubahan pengetahuan, sikap, dan praktik remaja terkait kesehatan reproduksi (Sanjaya, 2010.), (Harahap J, 2007.).

Berdasarkan masalah yang dibahas di latar belakang masalah, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah ada pengaruh pemberian film pendek melalui peer educator terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi?
2. Apakah ada pengaruh pemberian leaflet melalui peer educator terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi?

Adapun tujuan dan urgensi studi ini adalah:

1. Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *peer educator* terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh pemberian film pendek melalui peer educator terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.
- b. Menganalisis pengaruh pemberian leaflet melalui *peer educator* terhadap tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.

KONSEP PERILAKU

1. Definisi

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan makhluk hidup yang bersangkutan. Perilaku merupakan hubungan antara stimulus (rangsangan dari luar) dengan respon atau tanggapan seseorang. Respon dibedakan menjadi dua, yaitu: (Kholid, 2012.)

a. *Respondent respons* atau refleksif adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu (*eliciting stimulasi*). Respon ini mencakup juga respon emosi atau *emotional behaviour*. *Emotional behaviour* ini timbul karena hal yang menyenangkan dan kurang menyenangkan organisme yang bersangkutan.

b. *Operant respons* atau instrumental respon adalah respon yang timbul dan berkembangnya diikuti oleh perangsang tertentu (*reinforcing stimulasi*).

Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behaviour causes*). Kemudian perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu: (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014)

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, nilai-nilai, dan sebagainya.

b. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau tokoh masyarakat yang merupakan kelompok referensi dari perilaku seseorang yang bersangkutan.

c. Faktor Pendukung (*Enabling Factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana kesehatan.

2. Domain Perilaku

Perilaku manusia terbagi atas tiga domain yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Kemudian oleh ahli pendidikan di Indonesia, ketiga domain ini diterjemahkan ke dalam cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor). Dalam perkembangan selanjutnya, untuk kepentingan pendidikan praktis, domain Bloom ini dikembangkan menjadi tiga tingkat domain atau ranah perilaku yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*). (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014)

Dalam penelitian ini pengukuran perilaku remaja SMA terkait kesehatan reproduksi didasari oleh tiga domain Bloom tersebut, yaitu pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan praktik (*practice*) remaja SMA terkait kesehatan reproduksi.

a. Pengetahuan Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi apabila seseorang melakukan penginderaan (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) terhadap suatu objek tertentu. Terdapat enam faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu pendidikan, informasi, sosial, budaya, dan ekonomi, lingkungan, pengalaman, dan umur (Budiman, 2013).

Tingkat pengetahuan seseorang terdiri dari enam tingkatan, yaitu: ²⁴

- 1) Tahu (*Know*), pada tingkatan ini seseorang mampu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk beberapa istilah misalnya definisi, manfaat, fakta-fakta, gagasan, dan sebagainya melalui pengalaman sehari-hari.
- 2) Memahami (*Comprehension*), pada tingkatan ini seseorang mampu menjelaskan dan mampu menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*Application*), pada tingkatan ini seseorang mampu menggunakan materi ini pada kondisi sebenarnya.
- 4) Analisis (*Analysis*), pada tingkatan ini seseorang mampu menjabarkan materi ke dalam suatu hal dan saling berhubungan satu sama lainnya.
- 5) Sintesis (*Synthesis*), pada tingkatan ini seseorang mampu menghubungkan suatu pemahaman satu dengan pemahaman lain, sehingga tercipta bentuk pemahaman yang baru.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*), pada tingkatan ini seseorang sudah mampu untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pada anak-anak jalanan di Surakarta, terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dengan perilaku seksual pranikah. Semakin baik pengetahuan seksualitas remaja maka perilaku seksual remaja semakin sesuai dengan norma yang berlaku, dan sebaliknya (Maryatun, 2012).

Pada penelitian ini, pengetahuan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dapat dilihat dengan remaja SMA mengetahui perilaku seks pranikah dan dampaknya (KTD, aborsi, PMS, dan HIV/AIDS).

b. Sikap Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi

Sikap merupakan suatu respon atau reaksi yang masih tertutup yang dilakukan setiap individu terhadap stimulasi yang diberikan. Dengan kata lain sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan belum melakukan tindakan. Terdapat enam faktor yang mempengaruhi sikap yaitu pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama, dan pengaruh faktor emosional (Budiman, 2013).

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu: (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014)

- 1) Menerima (*Receiving*), merupakan kepekaan seseorang terhadap sesuatu atau mau memperhatikan masalah, gejala, dan lain-lain yang

berasal dari lingkungan sekitar atau di luar diri sendiri. Misalnya sikap orang terhadap kesehatan reproduksi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang tersebut terhadap ceramah-ceramah tentang kesehatan reproduksi.

- 2) Menanggapi (*Responding*), merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk berusaha membawa dirinya secara aktif masuk ke dalam fenomena atau permasalahan tertentu guna memberikan masukan atau sanggahan terhadap masalah tersebut. Sebagai contoh dalam melakukan diskusi, masing-masing orang diwajibkan memberikan tanggapan terhadap segala permasalahan yang masih dibicarakan atau didiskusikan.
- 3) Menghargai (*Valuing*), berarti mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Pada tahap ini seseorang mampu menilai fenomena atau masalah, bahkan seseorang mampu membedakan ini salah dan benar dari fenomena atau masalah tersebut.
- 4) Bertanggung jawab (*Responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang sudah menjadi keputusannya dengan segala risiko yang akan dihadapi nantinya.

Hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara sikap remaja terhadap seks pranikah dengan perilaku seksual remaja di SMK Kerabat Kita Kecamatan Bumiayu Kabupaten Brebes. Semakin baik sikap remaja terhadap seks pranikah semakin rendah perilaku berisiko seksual pada remaja (Anggriyani & Trisnawati, 2011;.).

Pada penelitian ini, sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dapat diukur dari tiga komponen sikap yang menunjang, yaitu:

- 1) Komponen Kognitif
Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Jika pada komponen ini, sikap yang dimaksud adalah kepercayaan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi. Contohnya, apakah membicarakan tentang kesehatan reproduksi adalah hal yang tabu dan kepercayaan remaja tentang hubungan seksual sebaiknya dilakukan setelah menikah atau tidak.
- 2) Komponen Afeksi
Komponen afeksi menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Jadi pada komponen ini, sikap yang dimaksud adalah respon emosional atau perasaan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi. Contohnya, hamil sebelum menikah merupakan hal yang memalukan dan perilaku seksual sebelum menikah adalah perbuatan yang tidak bermoral dan tidak diterima oleh masyarakat.
- 3) Komponen Konatif

Komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapi. Jadi pada komponen ini, sikap yang dimaksud adalah kecenderungan remaja SMA untuk melakukan tindakan terkait kesehatan reproduksi. Contohnya, remaja SMA akan melakukan tindakan perilaku seksual sebelum menikah dengan pasangannya.

c. Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam sesuatu tindakan (*overt behavior*). Praktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu: (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014).

1) Respons terpimpin (*Guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama.

2) Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat kedua.

3) Adopsi (*Adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi praktik kesehatan reproduksi remaja diantaranya pengetahuan, sikap, peran orang tua, peran guru, akses informasi, pengaruh teman sebaya, umur, jenis kelamin, efikasi diri, dan religiusitas (Musthofa SB, 2010), (Cahyo K K. T., 2008), (Etrawati F, Januari 2017).

Pada penelitian ini praktik remaja SMA dilihat dengan apakah remaja SMA melakukan tindakan perilaku seksual sebelum menikah atau tidak. Oleh karena itu, peran *peer educator* di sekolah seperti guru Bimbingan dan Konseling (BK), guru Unit Kesehatan Sekolah (UKS), Palang Merah Remaja (PMR), dan teman kelas sangat diperlukan agar remaja tidak melakukan perilaku berisiko tersebut.

REMAJA

1. Definisi

a. Ditinjau dari Sudut Perkembangan Fisik

Remaja dikenal sebagai suatu tahap perkembangan fisik ketika alat-alat kelamin manusia mencapai kematangannya. Secara anatomis berarti alat-alat kelamin khususnya dan keadaan tubuh pada umumnya memperoleh bentuknya yang sempurna. Secara faali, alat-alat kelamin tersebut juga sudah berfungsi secara sempurna. Masa pematangan fisik berjalan lebih kurang dua tahun, dihitung mulai menstruasi pertama pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki. Masa dua tahun ini disebut pubertas (Sarwono, 2008).

b. Batasan Umur Remaja

WHO menetapkan batas umur 10-20 tahun sebagai batasan umur remaja perempuan ataupun laki-laki. WHO membagi kurun umur tersebut dalam dua bagian, yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun. Sedangkan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mengelompokkan remaja menjadi tiga, yaitu remaja awal (11-13 tahun), remaja tengah (14-18 tahun), dan remaja akhir (19-24 tahun) ((BKKBN)., 2008).

c. Remaja untuk Masyarakat Indonesia

Pendefinisian istilah remaja masyarakat Indonesia, sebagai pedoman umum dapat digunakan batasan umur 11-24 tahun dan belum menikah dengan pertimbangan sebagai berikut: (Sarwono, 2008)

- 1) Umur sebelas tahun adalah umur ketika pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder mulai tampak.
- 2) Umur sebelas tahun sudah dianggap akil balig, sehingga tidak diperlakukan seperti anak-anak.
- 3) Pada umur tersebut mulai ada tanda-tanda penyempurnaan perkembangan jiwa, tercapainya fase genital, tercapainya puncak perkembangan kognitif maupun moral.
- 4) Batas umur 24 tahun merupakan batas maksimal.
- 5) Seseorang yang sudah menikah, pada umur berapa pun dianggap dan diperlakukan sebagai orang dewasa penuh, baik secara hukum maupun kehidupan masyarakat dan keluarga.

2. Perkembangan Remaja

a. Perkembangan Fisik

Pada masa remaja, pertumbuhan fisik berlangsung sangat pesat. Dalam perkembangan seksualitas remaja, ditandai dengan dua ciri yaitu ciri-ciri seks primer dan ciri-ciri seks sekunder. Berikut ini adalah uraian lebih lanjut mengenai kedua hal tersebut (Sarwono, 2008).

1) Ciri-ciri seks primer

Ciri-ciri seks primer pada remaja adalah sebagai berikut:

a) Remaja laki-laki

Remaja laki-laki yang sudah mengalami mimpi basah artinya sudah bisa melakukan fungsi reproduksi. Mimpi basah biasanya terjadi pada remaja laki-laki umur 10-15 tahun.

b) Remaja perempuan

Remaja perempuan sudah bisa melakukan fungsi reproduksi bila sudah mengalami *menarche* (menstruasi). Menstruasi adalah peristiwa luruhnya lapisan dinding dalam rahim yang banyak mengandung darah.

2) Ciri-ciri seks sekunder

Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja adalah sebagai berikut:

a) Remaja laki-laki: pertumbuhan tulang-tulang, testis membesar, tumbuh bulu kemaluan yang halus, lurus dan berwarna gelap, awal perubahan suara, bulu kemaluan menjadi keriting, pertumbuhan tinggi badan mencapai maksimal setiap tahunnya, tumbuh rambut-rambut halus di wajah (kumis dan jenggot), tumbuh bulu ketiak, akhir perubahan suara, rambut-rambut di wajah bertambah tebal dan gelap dan tumbuh bulu di dada.

b) Remaja perempuan: pertumbuhan tulang-tulang, pertumbuhan payudara, tumbuh bulu yang halus dan lurus berwarna gelap di kemaluan, mencapai pertumbuhan ketinggian yang maksimal setiap tahunnya, bulu kemaluan menjadi keriting dan tumbuh bulu ketiak.

b. Perkembangan Kognitif

Masa remaja adalah masa dimana seseorang membutuhkan waktu untuk berfikir, menyesuaikan diri, mengembangkan diri, dan mencari jati diri sesungguhnya. Masa dimana remaja berperilaku sesuai kemauannya sendiri tanpa ada yang menghalanginya. Oleh karena itu, diperlukan lingkungan pendidikan yang sesuai agar remaja mampu mencapai perkembangan neurologis dan dapat berpikir rasional. Kemampuan kognitif yang diperlihatkan oleh remaja sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan formal, dan motivasi.

c. Perkembangan Psikososial

Perkembangan psikososial pada masa remaja membutuhkan peran penting dalam hal kematangan seksual. Kematangan seksual seperti perubahan bentuk tubuh yang tidak sesuai dengan keinginan remaja, dapat menimbulkan kecemasan dalam dirinya.

Perbedaan kecepatan kemajuan kematangan seksual pada setiap individu menjadikan seorang remaja menjadi merasa berbeda dan tidak mau bergaul dengan teman sebayanya. Contohnya pada anak perempuan yang mengalami kematangan seksual lebih dulu akan merasa dirinya lebih besar dibandingkan dengan teman sebayanya, namun sebaliknya pada anak laki-laki yang mengalami keterlambatan kematangan akan menjadikan dirinya terlihat lebih kecil dari yang lain.

KESEHATAN REPRODUKSI

1. Definisi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara keseluruhan baik secara fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. (Kemenkes, 2012), (Tarwoto, 2010)

Menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, ruang lingkup kesehatan reproduksi terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, pencegahan dan penanganan infertilitas, kesehatan reproduksi usia lanjut, deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan, dan sebagainya (Kemenkes, 2012).

2. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Beberapa faktor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu: (Taufan, 2010.)

- a. Faktor sosial-ekonomi dan demografi (kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil).
- b. Faktor budaya dan lingkungan (praktik tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rezeki, dan informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan remaja).
- c. Faktor psikologis (dampak pada keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga perempuan terhadap laki-laki yang memberi kebebasan secara materi).
- d. Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual).

3. Tujuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk: (Kemenkes, 2012)

- a. Mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Perilaku seksual berisiko antara lain seks pranikah yang dapat berakibat pada kehamilan tidak diinginkan, perilaku seksual berganti-ganti pasangan, aborsi tidak aman, dan perilaku berisiko tertular Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV. Perilaku berisiko lain yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi antara lain penyalahgunaan NAPZA dan perilaku gizi buruk yang dapat menyebabkan masalah gizi khususnya anemia.

- b. Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab yang meliputi persiapan fisik, psikis, dan sosial untuk menikah dan menjadi orang tua pada usia yang matang.
- 4. Pentingnya Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Ada beberapa alasan mengapa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja ini menjadi isu penting, antara lain: (Marmi, 2014)

 - a. Pengetahuan remaja masih sangat rendah tentang kesehatan reproduksi terutama tentang masa subur dan risiko kehamilan.
 - b. Akses akan informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi remaja sangat terbatas baik dari orang tua, sekolah, maupun media massa. Budaya tabu menjadi suatu kendala yang kuat dalam hal ini.
 - c. Informasi yang salah yang dapat memicu perilaku seksual yang bebas dan tidak bertanggung jawab, sehingga diperlukan pengetahuan yang tepat.
 - d. Kesehatan reproduksi berdampak panjang dalam perkembangan dan kehidupan sosial remaja. Misalnya KTD akan berdampak pada kesinambungan pendidikan khususnya remaja putri.
 - e. Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang rendah akan merusak masa depan remaja seperti pernikahan, kehamilan, melakukan seks pranikah, terinfeksi HIV, dan penyalahgunaan narkoba.
- 5. Materi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Beberapa materi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang diberikan antara lain: (Kemenkes, 2012), (Purwoastuti & Walyani, 2015)

 - a. Organ Reproduksi
 - 1) Anatomi Reproduksi Wanita
 - a) Bagian luar (Genetalia eksternal)

Semua jaringan yang membentuk bagian luar (genetalia eksternal) wanita disebut perineum, terletak antara tulang kemaluan dengan anus yang terdiri dari:

 - (1) Labia mayora merupakan dua lipatan jaringan yang tebal.
 - (2) Labia minora terletak di antara labia mayora yang tersusun atas jaringan yang sangat halus.
 - (3) *Clitoris* merupakan bagian yang paling sensitif dalam menerima rangsangan seksual karena banyak terdapat saraf.
 - (4) Lubang kemaluan (lubang vagina) terletak antara lubang kencing dan anus.
 - b) Bagian dalam (Genetalia Internal)
 - (1) Vagina, bersifat elastis dan dapat membesar sesuai fungsinya.
 - (2) Mulut rahim yakni menghubungkan vagina dengan rahim.
 - (3) Rahim (uterus) merupakan tempat tumbuhnya janin hingga dilahirkan.
 - (4) Tuba Falopii terletak di sebelah kanan dan kiri rahim. Sel telur yang sudah matang akan disalurkan ke dalam rahim melalui saluran ini.

- (5) Ovarium dimana menghasilkan hormon-hormon estrogen dan progesterone dan sel telur.

2) Anatomi Reproduksi Laki-laki

a) Bagian luar (Genetalia Eksternal)

- (1) Penis merupakan saluran untuk mengeluarkan sperma dan air seni.
- (2) Preputium merupakan lekukan kulit yang melindungi kepala penis.
- (3) Testis (buah pelir) merupakan penghasil hormon testosteron dan spermatozoa, jumlahnya ada dua buah.
- (4) Skrotum merupakan kantong kulit yang melindungi testis.

b) Bagian dalam (Genetalia Internal)

- (1) Vas deferens (saluran sperma) yakni saluran yang menyalurkan sperma dari testis menuju ke saluran kencing.
- (2) Kelenjar prostat merupakan kelenjar yang menghasilkan cairan sperma yang berguna memberikan makanan pada sperma.
- (3) Uretra (saluran kencing) merupakan jalan bagi air kencing dan air mani menuju lubang di ujung kepala penis.

b. Keperawanan

Dikatakan perawan apabila belum pernah melakukan hubungan seksual (penis masuk ke vagina). Di mulut vagina terdapat selaput dara (hymen), dimana bentuk dan ukurannya berbeda-beda, ada yang tebal, tipis, besar maupun kecil. Robeknya selaput dara belum tentu karena telah melakukan hubungan seksual tetapi bisa juga karena kecelakaan, masturbasi atau onani yang terlalu dalam, dan olahraga. Perawan atau tidaknya seorang perempuan, tidak dapat dilihat dari cara jalannya, payudara atau pantat yang turun, seperti mitos yang masih ada dalam masyarakat.

c. Menstruasi

Sel telur yang sudah matang akan dikeluarkan dari indung telur secara berkala. Sel telur ini akan bergerak melalui saluran telur menuju rahim. Sementara itu rahim secara berkala akan mengalami penebalan pada dindingnya sehingga jika diperlukan akan siap menerima hasil konsepsi. Jika sel telur tidak bertemu dengan sperma berarti sel telur tersebut tidak dibuahi di dalam rahim, sel telur tersebut akan menempel pada dinding rahim dan membentuk lapisan yang banyak mengandung pembuluh darah. Kemudian menipis dan luruh keluar melalui mulut rahim dan vagina dalam bentuk darah yang biasanya terjadi tiga sampai tujuh hari. Jarak antara satu haid dengan haid berikutnya tidak sama pada setiap orang. Umumnya organ reproduksi mulai melaksanakan fungsinya pada kisaran 10-14 tahun.

d. Ejakulasi

Ejakulasi merupakan keluarnya cairan sperma melalui saluran kemih, bisa terjadi dengan rangsangan maupun tanpa rangsangan.

e. Masturbasi atau Onani

Masturbasi atau onani merupakan aktivitas merangsang dengan menyentuh atau meraba organ genetalia. Perkembangan pertumbuhan organ-organ reproduksi pada remaja, akan mempengaruhi kegiatan faal reproduksi seperti meningkatkan rangsangan seksual. Selain itu rangsangan tersebut banyak dipengaruhi oleh faktor dari luar seperti majalah, film, dan hal-hal lain yang berbau porno. Selain itu rangsangan juga dipengaruhi oleh rasa ingin tahu remaja. Secara fisiologis masturbasi atau onani tidak mengganggu kesehatan selama dilakukan dengan bersih dan tidak terobsesi. Tentu saja masturbasi atau onani tidak akan menyebabkan kehamilan kecuali jika cairan ejakulat ditumpahkan di vagina pasangannya.

f. Mimpi Basah

Remaja laki-laki memproduksi sperma tiap harinya, sperma tidak selalu harus dikeluarkan, dalam hal ini akan diserap oleh tubuh dan dikeluarkan melalui cairan keringat. Sperma bisa dikeluarkan melalui proses yang disebut ejakulasi yaitu keluarnya sperma melalui penis. Ejakulasi bisa terjadi secara alami (tidak disadari oleh remaja laki-laki) melalui mimpi basah. Umumnya pada pria organ reproduksi mulai berfungsi pada kisaran umur 13-17 tahun.

g. Konsepsi dan Kehamilan

1) Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu bentuk alamiah reproduksi manusia yaitu proses regenerasi yang diawali dengan pertemuan sel telur perempuan dengan sel sperma laki-laki yang membentuk suatu sel (embrio) dimana merupakan cikal bakal janin dan berkembang di dalam rahim sampai akhirnya dilahirkan sebagai bayi.

2) Kondisi-kondisi yang Menyebabkan Kehamilan

Kondisi-kondisi yang menyebabkan kehamilan antara lain: pertama, dilihat dari usia subur dimana seorang individu secara seksual sudah matang. Kedua, dari masa subur perempuan dan ejakulasi laki-laki, dan yang ketiga, melakukan hubungan seksual dimana akan terjadi pertemuan sperma dan ovum. Walaupun hubungan seksual dilakukan hanya sekali saja, kemungkinan untuk hamil selalu ada.

Kehamilan bisa saja terjadi jika ejakulasi dilakukan di luar (penis tidak dimasukkan ke dalam vagina), hanya disentuh di mulut vagina. Walaupun mengandung sperma dalam jumlah kecil namun lendir dari vagina bisa menjadi media sperma masuk ke dalam vagina.

3) Keadaan Ideal untuk Hamil, Perawatan Kehamilan, dan Kontrasepsi

Kesiapan seorang perempuan untuk hamil ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yakni: kesiapan fisik bila sudah berumur 20 tahun dimana organ reproduksinya sudah matang, kesiapan mental bila merasa sudah siap menjadi orang tua, dan kesiapan sosial ekonomi. Hamil dan

mengalami persalinan pada usia di bawah 20 tahun dapat menimbulkan banyak risiko seperti: anemia, pre-eklamsi dan eklamsi, perdarahan pasca persalinan, keguguran atau abortus, dan mempunyai risiko dua sampai lima kali kematian dibandingkan usia 20-35 tahun.

Perawatan kehamilan dilakukan minimal empat kali selama kehamilan. Pemeriksaan pertama paling tidak pada akhir bulan keempat kehamilan, pemeriksaan kedua pada bulan keenam atau ketujuh, pemeriksaan ketiga pada bulan kedelapan, dan pemeriksaan keempat pada bulan kesembilan.

Kontrasepsi adalah upaya menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. Kontrasepsi dapat dilakukan tanpa menggunakan alat, secara mekanis menggunakan obat dan dengan operasi.

h. Kesehatan Reproduksi yang Bertanggung Jawab

Kebersihan dan kesehatan diri remaja mencakup pemeliharaan rambut, kuku, mandi, merawat alat kelamin, kebersihan tangan dan kaki, kebersihan pakaian, cara berolahraga, dan istirahat yang cukup. Ada beberapa tips antara lain: pakaian dalam diganti minimal 2 kali sehari, menggunakan pakaian dalam yang menyerap keringat dan tidak ketat, membersihkan organ reproduksi luar dari depan ke belakang menggunakan air bersih dan dikeringkan dengan tissue/handuk, penggunaan pembalut ketika menstruasi dan diganti paling lama setiap empat jam atau setelah buang air kecil.

i. Perilaku Seksual yang Berisiko

Materi yang dijelaskan mencakup:

1) Seks Pranikah

Perilaku seks pranikah adalah perilaku seks yang dilakukan tanpa melalui proses pernikahan yang resmi menurut hukum maupun agama dan kepercayaan masing-masing. Bentuk seks pranikah antara lain: bergandengan tangan, berpelukan, ciuman kering, cium basah, meraba bagian tubuh yang sensitif, petting, oral seks, dan bersenggama. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya antara lain: pengaruh kelompok sebaya, rasa ingin tahu yang besar, berkembangnya organ seksual baik primer maupun sekunder, lingkungan, dan pengaruh media massa.

2) Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD)

Merupakan kehamilan yang tidak diinginkan atau diharapkan oleh salah satu atau kedua-duanya calon orang tua bayi tersebut. Penyebabnya karena ketidaktahuan atau rendahnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan, akibat pemerkosaan diantaranya oleh teman kencannya, dan kegagalan kontrasepsi akibat tanpa disertai pengetahuan yang cukup dan benar tentang kontrasepsi tersebut.

3) Aborsi

Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi bisa terjadi secara alamiah atau tidak sengaja, bisa juga karena adanya suatu usaha yang disengaja. Beberapa alasan remaja memilih aborsi antara lain: ingin terus melanjutkan sekolah, takut pada orang tua, belum siap secara mental dan ekonomi untuk menikah dan mempunyai anak, rasa malu terhadap lingkungan sosial bila ketahuan hamil sebelum menikah, dan tidak mencintai pacar yang menghamili. Aborsi menimbulkan risiko jangka pendek dan jangka panjang bahkan kematian.

4) Penyakit Menular Seksual (PMS)

Remaja yang aktif secara seksual memiliki risiko tinggi tertular PMS. PMS adalah penyakit yang dapat ditularkan dari seseorang kepada orang lain melalui hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral maupun anal. Penyakit kelamin yang dapat terjadi antara lain: *gonorrhoe*/kencing nanah, sifilis/raja singa, herpes genetalis, *Human Papilloma Virus* (HPV), kandidiasis, dan trichomoniasis. Pencegahan penyebarluasan PMS ini dapat dilakukan dengan beberapa cara yakni: hindari seks bebas, bersikap setia, penggunaan kondom, dan edukasi saling berbagi informasi mengenai PMS (Purwoastuti & Walyani, 2015), (Widoyono, 2008.).

5) HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah suatu infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih dan menyebabkan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). HIV ditularkan melalui kontak seksual, injeksi, darah yang terkontaminasi atau perinatal dari infeksi ibu ke bayi, dan berganti-ganti pasangan. Saat ini tidak ada pengobatan untuk AIDS meskipun antiviral dapat memperpanjang waktu pasien (Purwoastuti & Walyani, 2015), (Widoyono, 2008.).

PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Definisi

Pendidikan kesehatan merupakan suatu penerapan bertujuan untuk mengembangkan kepribadian seseorang dalam bidang kesehatan. Seseorang yang melakukan usaha ini akan mendapatkan perubahan dalam dirinya, seperti yang tadinya tidak tahu menjadi tahu atau yang tadinya tidak mengerti menjadi mengerti (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014).

2. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk mengimplementasikan pembelajaran dalam dunia kesehatan. Beberapa metode pendidikan kesehatan yang biasa digunakan yaitu: (Sanjaya, 2010.)

a. Metode Demonstrasi

Metode ini merupakan peragaan kepada siswa tentang suatu proses, situasi dengan benda tertentu, baik sebenarnya atau hanya sebagai tiruan.

b. Metode Diskusi

Metode ini merupakan proses pembelajaran yang secara langsung menghadapkan siswa pada suatu permasalahan.

c. Metode Simulasi

Metode ini merupakan pengajaran menggunakan situasi tiruan untuk memahami konsep dan keterampilan tertentu.

d. Metode Ceramah

Metode ceramah merupakan penyajian pembelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan langsung kepada kelompok siswa.

3. Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan merupakan sebuah alat yang digunakan untuk menyalurkan informasi. Bertujuan untuk merangsang *audience* sehingga terciptanya proses belajar sejalan dengan berkembangnya media pembelajaran yang semakin variatif. Jenis-jenis media pembelajaran antara lain: (Kholid, 2012.), (Notoatmodjo, Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni, 2014)

a. Media Cetak

1) Poster, merupakan suatu media yang berisi pesan singkat dengan bentuk gambar. Media ini bertujuan untuk mempengaruhi seseorang supaya tertarik dan berkenan bertindak seperti isi pesan media tersebut. Poster lebih cocok sebagai pesan tambahan dari informasi yang sudah disampaikan dan sebagai pengingat pesan.

2) Leaflet, merupakan suatu media publikasi yang berbentuk kertas lembaran dengan ukuran tertentu, dan disajikan dengan bentuk kertas lipat (umumnya 2-3 lipatan) atau tanpa lipatan.

- 3) Media massa (Koran/Majalah/Tabloid), media ini berisi tentang berita-berita terkini dan media ini sering dikenal dengan media yang pembiayaannya murah.
- 4) Booklet, merupakan suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.
- 5) *Flif chart* (lembar balik), merupakan media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku di mana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.

b. Media Audio Visual

- 1) Televisi, media ini digunakan sebagai media hiburan, tetapi bisa juga digunakan sebagai media informasi pendidikan. Media ini bertujuan untuk menyukkseskan pembangunan dalam bidang pendidikan melalui acara-acara yang disiarkan.
- 2) Radio, merupakan media yang secara finansial paling murah dan media ini bisa diakses semua pendengar pada wilayah tersebut.
- 3) Video, penyampaian pesan atau informasi kesehatan dapat melalui video.
- 4) Slide, penyampaian pesan atau informasi kesehatan dapat melalui slide power point.
- 5) Film, media ini merupakan hasil rekaman seseorang yang berbentuk gambar atau animasi, media ini juga sering disebut gambar hidup atau gambar bergerak. Pada hakikatnya masyarakat berpendapat media ini merupakan bentuk dari seni, bentuk hiburan populer, dan juga bentuk bisnis. Pemanfaatan media film sebagai media pembelajaran terutama untuk: (Azhar, 2013)
 - a) Mengembangkan pikiran dan pendapat para siswa.
 - b) Menambah daya ingat pada pelajaran.
 - c) Mengembangkan daya fantasi anak didik.
 - d) Menumbuhkan minat dan motivasi belajar.

Beberapa keunggulan dan kelemahan media film diantaranya sebagai berikut:

 - a) Keunggulan film
 - (1) Dapat menarik perhatian.
 - (2) Dapat menunjukkan langkah atau tahapan yang diperlukan untuk melakukan tugas tertentu.
 - (3) Dapat menayangkan peristiwa atau acara yang telah terjadi.
 - (4) Dapat dipercepat dan diperlambat untuk menganalisis tindakan atau pertumbuhan tertentu.
 - (5) Dapat diperbesar agar dapat dilihat dengan mudah.
 - (6) Dapat diperpendek dan diperpanjang waktunya.

- (7) Dapat memotret kenyataan.
- (8) Dapat menimbulkan emosi.
- (9) Dapat digunakan untuk menggambarkan tindakan secara jelas dan cermat.

b) Kelemahan film

- (1) Biaya mahal dan waktu yang banyak.
- (2) Pada saat film dipertunjukkan, gambar-gambar bergerak terus sehingga tidak semua siswa mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui film tersebut.
- (3) Jika digunakan kurang tepat akan berdampak buruk.
- (4) Kurang efektif untuk memberikan pengajaran yang sesungguhnya.
- (5) Baru bermanfaat jika digunakan sebagai pelengkap dari metode pengajaran yang lain.

Film pendek adalah salah satu jenis film yang memiliki waktu putar atau durasi kurang dari 60 menit. Beberapa jenis film pendek, yaitu:

- a. Film pendek eksperimental atau di Indonesia lebih dikenal dengan film indie, merupakan film pendek yang dipakai sebagai eksperimen.
- b. Film pendek komersial yaitu film pendek yang dibuat dengan tujuan komersil atau dibuat dengan tujuan untuk mendapatkan keuntungan, misalnya iklan.
- c. Film pendek layanan masyarakat yaitu film pendek yang dibuat sebagai media layanan masyarakat dan biasanya ditampilkan di televisi.
- d. Film pendek hiburan yaitu film pendek yang bertujuan menghibur akan tetapi juga memiliki tujuan mendapatkan keuntungan atau komersil.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa penggunaan media film dalam pembelajaran lebih efektif meningkatkan minat dan hasil belajar siswa. Selain itu, hasil penelitian lain diperoleh bahwa penggunaan media film terbukti efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap terkait peningkatan status kesehatan. (Suhertusi B, 2015), (Kusyanti T, 2016), (Yasri HL, 2016), (Fibriana AI, 2013).

PENDIDIK SEBAYA (PEER EDUCATOR)

1. Definisi

Pendidik sebaya (*peer educator*) adalah remaja yang secara fungsional mempunyai komitmen dan motivasi yang tinggi, sebagai narasumber bagi kelompok remaja sebayanya yang telah mengikuti pelatihan atau yang belum dilatih dengan mempergunakan Panduan Kurikulum dan Modul Pelatihan yang telah disusun oleh BKKBN, serta bertanggung jawab kepada Ketua Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa (PIK R/M). ((BKKBN), 2008)

Pendidik sebaya KRR adalah orang yang menjadi narasumber bagi kelompok remaja sebayanya yang telah mengikuti pelatihan pendidik sebaya KRR. Mereka adalah orang yang aktif dalam kegiatan sosial di lingkungannya, misalnya aktif di organisasi kepemudaan seperti Karang Taruna, Pramuka, Organisasi Siswa Intra Sekolah (OSIS), dan lain-lain. Pendidik sebaya berumur 10-24 tahun. Keberadaan dan peranan pendidik sebaya di lingkungan remaja sangat penting artinya dalam membantu remaja untuk mendapatkan informasi dan pelayanan konseling yang cukup dan benar tentang KRR.

Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan oleh kelompok sebaya (*peer group*) dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi (Suriani, 2015), (Huriah T, 2008), (Oktarina J, 2017).

2. Keterampilan yang Dimiliki oleh Pendidik Sebaya (*Peer Educator*)

Beberapa keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang pendidik sebaya, antara lain: ((BKKBN), 2008), (Depenas, 2007.)

- a. Mampu berkomunikasi baik dengan teman sebaya.
- b. Mampu memotivasi ke arah perubahan perilaku yang diharapkan bagi keluarga sebaya.
- c. Mampu mendengarkan, memahami, peduli, dan membantu memecahkan masalah teman sebaya.
- d. Kreatif.

3. Peran Pendidik Sebaya dalam Pendidikan Sebaya

Peran pendidik sebaya dalam pendidikan sebaya, antara lain:

- a. Menyampaikan informasi terkait program KRR.
- b. Melaksanakan advokasi dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) tentang PIK-KRR.
- c. Melakukan kegiatan-kegiatan yang menarik minat remaja untuk datang ke PIK-KRR.
- d. Melakukan pencatatan dan pelaporan.
- e. Menyebarkan informasi yang benar.
- f. Mengembangkan keterampilan yang baik dan benar bagi kelompok sebaya.
- g. Memotivasi terjadinya perubahan perilaku positif yang diinginkan.

4. Kegiatan Pendidik Sebaya dalam Pendidikan antar Teman Sebaya

Beberapa kegiatan yang dilakukan oleh pendidik sebaya dalam pendidikan antar teman sebaya, antara lain:

- a. Mengadakan ceramah, diskusi, dan pertemuan dengan topik yang sesuai tujuan pendidikan sebaya.
 - b. Menyiapkan materi.
 - c. Menentukan tempat dan waktu kegiatan.
 - d. Mengadakan kegiatan pendukung seperti pameran, lomba, dan lain-lain sebagai bagian kegiatan pendidikan sebaya.
 - e. Mengikuti kegiatan yang berhubungan dengan tugas pendidik sebaya.
5. Keuntungan Adanya *Peer Educator*
- Beberapa keuntungan dengan adanya pendidik sebaya, antara lain:
- a. Lebih efektif (kelompok sendiri mudah dipahami).
 - b. Komunikasi lebih terbuka (masalah yang sensitif dapat dibahas terbuka dan dipecahkan bersama).
 - c. Akses untuk masuk lebih mudah.
 - d. Murah.
 - e. Memperluas jangkauan intervensi.
 - f. Jangkauan penyebaran informasi lebih cepat dan luas.
 - g. Memberi pengalaman positif bagi kelompok dampingan.
 - h. Membantu Petugas *Outreach* di lapangan.
 - i. Kemampuan melihat permasalahan lebih dalam.
 - j. Ide mengembangkan program *outreach* lebih baik.

ANALISIS PENGARUH PEER EDUCATOR TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PRAKTIK REMAJA SMA TERKAIT KESEHATAN REPRODUKSI

Terdapat banyak sarana pendidikan atau sekolah yang berada di Kota Semarang, baik sekolah menengah atas negeri maupun sekolah menengah kejuruan. Pada penelitian ini penulis menggunakan dua SMA Negeri yang dijadikan sebagai subyek penelitian yaitu SMAN 15 Semarang dan SMAN 8 Semarang.

1. SMA Negeri 15 Semarang

SMA Negeri 15 Semarang merupakan salah satu Sekolah Menengah Atas Negeri terakreditasi A yang ada di Semarang, beralamat di jalan Kedungmundu Raya No. 34 Kecamatan Tembalang, Semarang. Masa pendidikan sekolah di SMA Negeri 15 Semarang ditempuh dalam waktu tiga tahun pelajaran, mulai dari Kelas X sampai Kelas XII dengan dua jurusan peminatan yaitu Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan Ilmu Pengetahuan Sosial (IPS).

Lokasi sekolah sangat strategis dengan sarana transportasi yang mudah sehingga memungkinkan banyak siswa yang mendaftar. Hal ini ditunjukkan adanya peningkatan jumlah siswa pada setiap tahunnya. Sekolah ini juga didukung oleh sarana prasarana yang memadai seperti dua ruang laboratorium komputer (multimedia), laboratorium kimia, fisika, biologi, lapangan olahraga, dan sarana-sarana penunjang yang lain. (Profil SMA Negeri 15 Semarang., 2016.)

SMAN 15 Semarang merupakan sekolah yang telah bekerjasama dengan PILAR PKBI mengembangkan program pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual. Program ini merupakan strategi penguatan bagi siswa dalam hal organisasi *peer educator* dan peningkatan *soft skill*. Salah satu kegiatannya adalah membentuk *peer educator*, yaitu melibatkan remaja untuk menyampaikan informasi Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksual (PKRS) ke teman sebaya di sekolah. Bukan itu saja, harapannya *peer educator* dapat terlibat langsung dalam proses advokasi, promosi, dan edukasi. *Peer educator* yang terbentuk di sekolah ini, menargetkan siswa kelas X dan XI. Pada penelitian ini, SMAN 15 Semarang merupakan kelompok intervensi yang diberikan media film pendek melalui *peer educator* dan leaflet terkait kesehatan reproduksi.

2. SMA Negeri 8 Semarang

SMA Negeri 8 Semarang merupakan sekolah terakreditasi A yang berlokasi di Karanganyar Kecamatan Tugu Semarang. Setiap tahunnya jumlah siswa di sekolah ini mengalami peningkatan. Sekolah ini juga didukung oleh

sarana prasarana yang memadai seperti laboratorium kimia, fisika, biologi, bahasa, komputer, multimedia, ruang perpustakaan, UKS, koperasi, BP/BK, ruang kepala sekolah, ruang guru, ruang TU, ruang OSIS, kamar mandi/WC guru, kamar mandi/WC siswa, ruang kesenian, gudang, ruang ibadah, dan rumah penjaga sekolah. (Profil SMA Negeri 8 Semarang, , 2017.)

SMAN 8 Semarang merupakan sekolah yang telah bekerjasama dengan PILAR PKBI mengembangkan program pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual. Dalam hal ini pembentukan *peer educator* menargetkan siswa kelas X dan XI. Pada penelitian ini, SMAN 8 Semarang merupakan kelompok kontrol yang diberikan media leaflet terkait kesehatan reproduksi.

A. Deskripsi dan Analisis Homogenitas Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner yang telah dilakukan kepada responden sebanyak 100 orang pada kelompok intervensi dan 100 orang pada kelompok kontrol, maka dapat diketahui gambaran karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, dan sumber informasi.

1. Umur

Responden dalam penelitian ini adalah siswa SMA kelas XI. Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan umur diperoleh bahwa pada kelompok intervensi rata-rata umur responden yaitu 16,56 tahun dengan standar deviasi 0,56, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata umur responden yaitu 16,48 tahun dengan standar deviasi 0,52.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Kelompok Umur

Umur	Intervensi		Kontrol		Intervensi		Kontrol		Nilai p
	(n)	(%)	(n)	(%)	Std. Dev	Mean	Std. Dev	Mean	
16 tahun	47	47	53	53	0,56	16,56	0,52	16,48	1,000
17 tahun	50	50	46	46					
18 tahun	3	3	1	1					
Jumlah	100	100	100	100					

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa umur responden untuk kelompok intervensi terbanyak adalah umur 17 tahun dengan jumlah 50 orang (50%) dan kelompok kontrol terbanyak adalah umur 16 tahun, yaitu 53 orang (53%).

Hasil analisis homogenitas menggunakan uji *Mann Whitney*, diperoleh nilai p dari umur responden adalah $1,000 > 0,05$, yang mengartikan bahwa tidak ada perbedaan umur antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal tersebut menunjukkan bahwa data variabel umur responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama

(homogen).

Pada umur 16 dan 17 tahun seseorang sudah memasuki masa remaja, dimana seseorang belum mampu menerima tanggung jawab yang besar seperti halnya orang dewasa serta rasa keingintahuannya yang tinggi. Namun secara fisik sudah mengalami perubahan pada tubuh. (Willis, 2008.).

Pada umur 15-20 tahun seseorang memiliki kecenderungan untuk memikirkan dirinya sendiri dan mengabaikan orang lain. Hal ini juga sering disebut puncak dari perkembangan emosi. Pada masa ini juga dorongan seksual seseorang mulai muncul. Pada remaja dikhawatirkan sangat rawan terhadap berbagai masalah kesehatan reproduksi, karena pada masa ini remaja mengalami pencarian jati diri dan dorongan seksual yang tinggi. Apabila keduanya tidak dikelola dengan baik, hal ini akan berdampak pada terjadinya perilaku menyimpang seperti seks bebas. (Sarwono, 2008) (Willis, 2008.).

Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa umur merupakan faktor yang secara signifikan berhubungan dengan perilaku seks pranikah berisiko pada remaja. (Musthofa SB, 2010), (Lestary H, Agustus 2011). Remaja pada umur 16 tahun masih dalam keadaan labil dalam melakukan tindakan dan pengambilan keputusan, sehingga menyebabkan remaja rentan berperilaku berisiko seksual. Maka dari itu pada umur ini diperlukan perhatian khusus dari orang tua atau kerabat dekat sehingga dapat mengontrol aktivitas remaja di dalam dan di luar sekolah.

2. Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Intervensi		Kontrol		Nilai p
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Laki-laki	42	42	30	30	1,000
Perempuan	58	58	70	70	
Jumlah	100	100	100	100	

Berdasarkan Tabel 2, diketahui bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu 58 orang (58%) dan 70 orang (70%).

Hasil analisis homogenitas menggunakan uji *Mann Whitney*, diperoleh nilai p dari jenis kelamin responden adalah $1,000 > 0,05$, yang mengartikan bahwa tidak ada perbedaan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal tersebut menunjukkan bahwa data variabel jenis kelamin responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama (homogen).

Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap perilaku seks berisiko remaja.

Menurut beberapa penelitian menyebutkan bahwa remaja laki-laki secara statistik terbukti memiliki peluang lebih besar untuk melakukan perilaku seks pranikah berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan. Remaja laki-laki lebih banyak yang telah melakukan hubungan seks pranikah dibandingkan dengan remaja perempuan. Remaja perempuan juga lebih banyak pernah dipaksa oleh pacar atau pasangan untuk melakukan hubungan seks pranikah.

Perempuan sangatlah rentan untuk berperilaku seks pranikah dikarenakan perempuan lemah, senang dipuji, mudah terpengaruh dan rasa keingintahuannya lebih besar, termasuk dalam berperilaku seks pranikah. Meskipun ada beberapa yang mengetahui dampak dari seksual bebas namun keingintahuan serta rasa ingin mencoba lebih besar daripada rasa takut yang dimiliki.

3. Sumber Informasi

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan sumber informasi adalah sebagai berikut:

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sumber Informasi

Sumber Informasi	Intervensi		Kontrol		Nilai p
	(n)	(%)	(n)	(%)	
	100	100	100	100	
Jumlah	100	100	100	100	1,000

Berdasarkan Tabel 3, diketahui bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, semua responden pernah memperoleh informasi terkait kesehatan reproduksi (100%).

Hasil analisis homogenitas menggunakan uji *Mann Whitney*, diperoleh nilai p dari sumber informasi responden adalah $1,000 > 0,05$, yang mengartikan bahwa tidak ada perbedaan sumber informasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal tersebut menunjukkan bahwa data variabel sumber informasi responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama (homogen). Adapun beberapa jenis sumber informasi diantaranya sebagai berikut:

Tabel 5 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Sumber Informasi

Jenis Sumber Informasi	Intervensi		Kontrol	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Teman	61	61	62	62
Orang Tua	74	74	64	64
Guru	88	88	95	95
Petugas Kesehatan	73	73	60	60

Jenis Sumber Informasi	Intervensi		Kontrol	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Media Cetak	68	68	71	71
Media Elektronik	80	80	84	84

Berdasarkan Tabel 5, diketahui bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebagian besar responden memperoleh informasi terkait kesehatan reproduksi dari guru dan media elektronik.

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa sumber informasi berhubungan secara signifikan dengan perilaku seks berisiko remaja. (Cahyo K K. T., 2008), (Lestary H, Agustus 2011), (Rahyani KY, November 2012), (Umaroh AK, 2015-2016;), (Azinar, 2013).

Media informasi sebagai sarana komunikasi mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Hal ini tidak dapat dipungkiri karena kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin canggih sehingga memungkinkan remaja untuk memperoleh informasi dari berbagai media atau sumber informasi lainnya seperti internet, TV, radio, media cetak, dan lain-lain (Azwar, 2012.).

Hal ini terlihat dari sumber informasi yang mereka peroleh, dari pilihan yang ada sumber yang paling banyak mereka peroleh adalah dari media elektronik seperti internet. Hal ini dikarenakan banyaknya remaja yang sudah menggunakan *handphone* sehingga memudahkan remaja untuk mencari informasi-informasi tersebut melalui layanan internet.

Remaja juga memperoleh informasi terkait kesehatan reproduksi dari guru. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa peran guru berpengaruh signifikan terhadap perilaku seks berisiko remaja. (Cahyo K K. T., 2008), (Willis, 2008.). Peran guru yaitu mengarahkan siswa yang mendapatkan masalah serta siswa yang bingung dalam mengartikan kepribadian, jadi guru ini sangat berperan cukup penting di dalam lingkup sekolah SMA, khususnya di kalangan remaja yang masih perlu pengarahan yang ekstra dikarenakan remaja masih belum menemukan jati dirinya yang sesungguhnya serta tidak memikirkan risiko dari apa yang mereka perbuat.

Sumber informasi lain yang diperoleh remaja yaitu dari orang tua. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa peran orang tua berpengaruh signifikan terhadap perilaku seks berisiko remaja. (Cahyo K K. T., 2008), (Lestary H, Agustus 2011), (Haryani DS, 2015)

Komunikasi tentang seksualitas yang diberikan oleh orang tua dan pada umur yang sedini mungkin sangat berperan dalam mencegah perilaku seksual remaja yang berisiko tinggi. Dalam hal ini, orang tua harus memberikan pesan terkait seksualitas dengan frekuensi sesering mungkin, kualitas pesan tersebut harus baik dan terpercaya, isi pesan lebih ditekankan pada

penanaman nilai-nilai moral dan agama, anak harus lebih selektif dalam memilih teman, dan menghindari paparan media pornografi.

Selain itu, sumber informasi lain yang diperoleh remaja yaitu dari teman sebaya. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa peran teman sebaya berpengaruh signifikan terhadap perilaku seks berisiko remaja. (Cahyo K K. T., 2008), (Rosdarni, 2015), (Umaroh AK, 2015-2016;), (Azinar, 2013), (Suparmi, 2016;)

Lingkungan teman sebaya mempunyai peranan penting dalam memberikan informasi kepada remaja, karena pada masa remaja lingkungan sosial mereka akan bergeser dari keluarga ke lingkungan teman sebaya dan memungkinkan remaja memperoleh informasi dari teman.

Pergaulan teman sebaya dapat mempengaruhi perilaku. Pengaruh tersebut dapat berupa pengaruh positif dan pengaruh negatif. Pengaruh positif yang dimaksud adalah ketika individu bersama teman-teman sebaya melakukan aktivitas yang bermanfaat seperti membentuk kelompok belajar dan patuh pada norma-norma dalam masyarakat, sedangkan pengaruh negatif dapat berupa pelanggaran terhadap norma-norma sosial.

Remaja yang melakukan perilaku seks berisiko dapat termotivasi oleh pengaruh kelompok (teman sebaya) karena ingin menjadi bagian dari kelompoknya dengan mengikuti norma-norma yang telah dianut oleh kelompoknya. Selain itu, didorong oleh rasa ingin tahu yang besar untuk mencoba segala hal yang belum diketahuinya. Pada masa remaja, kedekatan *peer group* sangat tinggi karena selain ikatan *peer group* menggantikan ikatan keluarga juga merupakan sumber simpati dan pengertian, saling berbagi pengalaman, dan sebagai tempat remaja untuk memperoleh kebebasan. Dengan demikian remaja mempunyai kecenderungan untuk mengadopsi informasi yang diterima oleh teman-temannya tanpa tahu informasi yang sebenarnya.

B. Deskripsi Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Analisis dilakukan untuk mendeskripsikan variabel yang diteliti dengan tujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari variabel yang diteliti yaitu variabel tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik. Hasil analisis dapat diketahui sebagai berikut:

1. Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi

Tabel 6 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

Tingkat Pengetahuan	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kurang	12	12	0	0	0	0
Baik	88	88	100	100	100	100
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 100% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 88%. Hal ini didukung adanya penjelasan materi dan diskusi bersama antara responden dengan *peer educator* (pendidik sebaya) setelah diberikan film pendek dan leaflet terkait kesehatan reproduksi.

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah gambaran pemahaman responden terkait kesehatan reproduksi yang meliputi pengertian seks pranikah, bentuk-bentuk perilaku seks pranikah, faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah, Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), aborsi, Penyakit Menular Seksual (PMS), dan HIV/AIDS.

Distribusi jawaban responden mengenai pengetahuan terkait kesehatan reproduksi pada kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 10

Tabel 7 Distribusi Frekuensi Jawaban Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

No	Pernyataan	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
		Jawaban Benar		Jawaban Benar		Jawaban Benar	
		n	%	n	%	n	%
1	Pengertian seks pranikah	95	95	98	98	99	99
2	Berpelukan adalah bentuk perilaku seks pranikah	45	45	78	78	83	83
3	Seks pranikah karena dorongan hormone	84	84	84	84	89	89
4	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) merupakan akibat seks pranikah	96	96	99	99	99	99
5	Tindakan tepat KTD adalah aborsi	86	86	88	88	90	90
6	Aborsi menyebabkan kematian	90	90	91	91	95	95

7	Berganti-ganti pasangan berisiko tertular Penyakit Menular Seksual (PMS)	97	97	100	100	99	99
8	Melakukan oral seks dengan penderita penyakit menular seksual dapat tertular PMS	55	55	85	85	88	88
9	Pencegahan PMS dengan kondom	83	83	86	86	91	91
10	Menghindari PMS sebaiknya tidak menggunakan WC umum	54	54	82	82	92	92
11	Sifilis termasuk PMS	83	83	95	95	96	96
12	Herpes genitalis termasuk PMS	88	88	99	99	99	99
13	Pengertian HIV	56	56	87	87	94	94
14	HIV sama dengan AIDS	57	57	91	91	92	92
15	Penderita HIV/AIDS tidak menunjukkan gejala	60	60	86	86	91	91
16	Gejala umum HIV/AIDS	83	83	97	97	94	94
17	Gejala khusus HIV/AIDS	39	39	86	86	89	89
18	Penularan HIV/AIDS karena makan sepiring dengan orang positif HIV/AIDS	85	85	91	91	90	90
19	Penularan HIV/AIDS karena menggunakan jarum suntik yang sama secara bergantian	100	100	99	99	97	97
20	Menjauhi penderita HIV/AIDS (ODHA) terhindar dari HIV/AIDS	88	88	92	92	89	89

Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami peningkatan pengetahuan setelah diberikan media film pendek dan leaflet oleh *peer educator* terkait kesehatan reproduksi. Namun masih terjadi penurunan beberapa poin tingkat pengetahuan responden meliputi gejala umum HIV/AIDS dan cara memperlakukan orang dengan HIV/AIDS.

Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar siswa benar-benar menerima pesan-pesan yang disampaikan melalui media film pendek yang disajikan dan peran *peer educator* yang sangat membantu dalam memberikan penjelasan pada saat sesi diskusi bersama. Selain itu, dengan adanya pemberian leaflet yang berisi materi kesehatan reproduksi beserta gambar-gambar memudahkan penyampaian informasi kepada siswa.

Tabel 8 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

Tingkat Pengetahuan	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Kurang	12	12	5	5	1	1
Baik	88	88	95	95	99	99
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 8 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol, responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 95% dan 99% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 88%. Hal ini didukung adanya pemberian leaflet berisi materi kesehatan reproduksi kepada siswa. Distribusi jawaban responden mengenai pengetahuan terkait kesehatan reproduksi pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 9 Distribusi Frekuensi Jawaban Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

No	Pernyataan	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
		Jawaban Benar		Jawaban Benar		Jawaban Benar	
		N	%	n	%	N	%
1	Pengertian seks pranikah	95	95	99	99	100	100
2	Berpelukan adalah bentuk perilaku seks pranikah	45	45	88	88	88	88
3	Seks pranikah karena dorongan hormon	84	84	85	85	93	93
4	Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) merupakan akibat seks pranikah	96	96	100	100	100	100
5	Tindakan tepat KTD adalah aborsi	86	86	88	88	93	93
6	Aborsi menyebabkan kematian	90	90	94	94	98	98
7	Berganti-ganti pasangan berisiko tertular Penyakit Menular Seksual (PMS)	97	97	100	100	100	100
8	Melakukan oral seks dengan penderita	55	55	93	93	73	73

	penyakit menular seksual dapat tertular PMS						
9	Pencegahan PMS dengan kondom	83	83	89	89	93	93
10	Menghindari PMS sebaiknya tidak menggunakan WC umum	54	54	93	93	82	82
11	Sifilis termasuk PMS	83	83	97	97	98	98
12	Herpes genitalis termasuk PMS	88	88	93	93	91	91
13	Pengertian HIV	56	56	93	93	83	83
14	HIV sama dengan AIDS	57	57	75	75	88	88
15	Penderita HIV/AIDS tidak menunjukkan gejala	60	60	91	91	94	94
16	Gejala umum HIV/AIDS	83	83	93	93	89	89
17	Gejala khusus HIV/AIDS	39	39	73	73	78	78
18	Penularan HIV/AIDS karena makan sepiring dengan orang positif HIV/AIDS	85	85	65	65	74	74
19	Penularan HIV/AIDS karena menggunakan jarum suntik yang sama secara bergantian	100	100	83	83	92	92
20	Menjauhi penderita HIV/AIDS (ODHA) terhindar dari HIV/AIDS	88	88	60	60	66	66

Tabel 9 menunjukkan bahwa sebagian responden mengalami peningkatan pengetahuan setelah diberikan media leaflet terkait kesehatan reproduksi. Namun masih terdapat penurunan beberapa poin diantaranya tentang penularan Penyakit Menular Seksual (PMS), cara menghindari PMS, dan pengertian HIV.

2. Sikap terkait Kesehatan Reproduksi

Tabel 10 Distribusi Frekuensi Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

Sikap	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tidak Mendukung	46	46	49	49	49	49
Mendukung	54	54	51	51	51	51
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 10 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih sedikit sebesar 51% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 54%.

Hal tersebut menunjukkan bahwa para siswa belum menyadari dampak yang dapat ditimbulkan dari perilaku seksual berisiko serta mereka belum memahami bahwa masa remaja merupakan masa yang penting untuk mengeksplorasi diri ke berbagai hal yang positif tanpa melakukan perilaku seksual berisiko. Mereka belum menyadari bahwa rasa sayang terhadap pacar atau lawan jenis itu tidak perlu ditunjukkan dengan cara berhubungan badan atau melakukan hubungan seksual. Distribusi jawaban responden mengenai sikap terkait kesehatan reproduksi pada kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

No	Pernyataan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Mendukung		Mendukung		Mendukung	
		N	%	n	%	n	%
1	Boleh melakukan hubungan seksual jika sudah menikah	96	96	97	97	97	97
2	Saat berpacaran bergandengan tangan tidak boleh dilakukan	21	21	68	68	74	74
3	Meraba-raba bagian tubuh bukan ungkapan kasih sayang	94	94	96	96	97	97
4	Tidak rela melakukan apa saja terhadap pacar saya	95	95	96	96	97	97
5	Mempertahankan keperawanan sebelum menikah penting bagi perempuan	99	99	99	99	100	100
6	Akan lebih baik jika remaja seusia saya yang	99	99	97	97	100	100

	sudah mempunyai hubungan serius menunda melakukan hubungan seksual sampai menikah							
7	Untuk menunjukkan identitas diri seorang remaja, tidak perlu melakukan hubungan seksual	99	99	96	96	99	99	
8	Remaja yang dianggap modern oleh teman sebaya, tidak harus melakukan hubungan seksual	97	97	99	99	100	100	
9	Perlu menggunakan kondom saat berhubungan seksual untuk menghindari penyakit menular seksual (PMS)	94	94	100	100	100	100	
10	Kehamilan pada remaja di luar pernikahan adalah hal yang perlu diperhatikan di zaman modern sekarang ini	85	85	87	87	90	90	
11	Hamil sebelum menikah tidak harus melakukan aborsi untuk menutupi rasa malu	96	96	98	98	99	99	
12	Aborsi tidak boleh dilakukan walaupun ada persetujuan pihak yang terlibat dan dilakukan diam-diam	94	94	96	96	98	98	
13	Seseorang yang menderita infeksi menular seksual dapat	97	97	100	100	100	100	

	sembuh jika berobat ke dokter						
14	ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) tidak harus dijaui	90	90	97	97	98	98
15	Jika salah satu anggota keluarga menderita HIV/AIDS, saya bersedia merawatnya di rumah.	85	85	99	99	100	100

Tabel 11 menunjukkan bahwa sebagian besar sikap responden dalam mendukung pencegahan perilaku seksual berisiko mengalami peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan media film pendek melalui *peer educator* dan leaflet. Namun masih banyak di antara mereka yang setuju bahwa pada saat pacaran bergandengan tangan boleh dilakukan.

Hasil tersebut cukup mengkhawatirkan walaupun terjadi penurunan jumlah siswa yang setuju bahwa bergandengan tangan saat pacaran merupakan hal wajar. Berpegangan tangan termasuk dalam perilaku seks pranikah karena adanya kontak fisik secara langsung antara dua orang lawan jenis yang didasari dengan rasa suka atau cinta. Terlebih lagi jika kondisi saat pacaran, hal tersebut merupakan tahapan awal untuk nantinya melakukan hal yang lebih menjurus ke hubungan seksual. (Purwoastuti & Walyani, 2015)

Tabel 12 Distribusi Frekuensi Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

Sikap	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tidak Mendukung	48	48	42	42	49	49
Mendukung	52	52	58	58	51	51
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 12 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 lebih banyak sebesar 58% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 52%. Namun pada saat *posttest* ke-2, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko lebih sedikit sebesar 51% dibandingkan *pretest* dan *posttest* ke-1.

Hal tersebut menunjukkan bahwa para siswa belum sepenuhnya menyadari akan dampak yang ditimbulkan dari perilaku seksual berisiko,

walaupun jika dilihat dalam jumlahnya, sudah menunjukkan peningkatan siswa yang mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko. Selain itu, mereka juga belum seluruhnya memahami bahwa rasa sayang itu tidak perlu ditunjukkan dengan cara berhubungan badan atau hubungan seksual. Distribusi jawaban responden mengenai sikap terkait kesehatan reproduksi pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 13.

Tabel 13 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

No	Pernyataan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Mendukung		Mendukung		Mendukung	
		n	%	n	%	N	%
1	Boleh melakukan hubungan seksual jika sudah menikah	95	95	100	100	100	100
2	Saat berpacaran bergandengan tangan tidak boleh dilakukan	22	22	56	56	76	76
3	Meraba-raba bagian tubuh bukan ungkapan kasih sayang	90	90	97	97	97	97
4	Tidak rela melakukan apa saja terhadap pacar saya	93	93	91	91	91	91
5	Mempertahankan keperawanan sebelum menikah penting bagi perempuan	90	90	96	96	96	96
6	Akan lebih baik jika remaja seusia saya yang sudah mempunyai hubungan serius menunda melakukan hubungan seksual sampai menikah	90	90	95	95	95	95
7	Untuk menunjukkan identitas diri seorang remaja, tidak perlu	92	92	100	100	100	100

	melakukan hubungan seksual						
8	Remaja yang dianggap modern oleh teman sebaya, tidak harus melakukan hubungan seksual	96	96	100	100	100	100
9	Perlu menggunakan kondom saat berhubungan seksual untuk menghindari penyakit menular seksual (PMS)	93	93	97	97	97	97

Tabel 14 Distribusi Frekuensi Jawaban Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol(Lanjutan)

No	Pernyataan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Mendukung		Mendukung		Mendukung	
		n	%	n	%	N	%
10	Kehamilan pada remaja di luar pernikahan adalah hal yang perlu diperhatikan di zaman modern sekarang ini	80	80	83	83	84	84
11	Hamil sebelum menikah tidak harus melakukan aborsi untuk menutupi rasa malu	90	90	94	94	95	95
12	Aborsi tidak boleh dilakukan walaupun ada persetujuan pihak yang terlibat dan dilakukan diam-diam	82	82	88	88	90	90
13	Seseorang yang menderita infeksi menular seksual dapat	92	92	96	96	97	97

	sembuh jika berobat ke dokter						
14	ODHA (Orang dengan HIV/AIDS) tidak harus dijaui	86	86	88	88	88	88
15	Jika salah satu anggota keluarga menderita HIV/AIDS, saya bersedia merawatnya di rumah.	84	84	87	87	89	89

Tabel 14 menunjukkan bahwa sebagian besar sikap responden dalam mendukung pencegahan perilaku seksual berisiko mengalami peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan media leaflet. Namun masih banyak di antara mereka yang setuju bahwa pada saat pacaran bergandengan tangan boleh dilakukan.

3. Praktik terkait Kesehatan Reproduksi

Tabel 15 Distribusi Frekuensi Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

Praktik	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tidak Melakukan	38	38	31	31	31	31
Melakukan	62	62	69	69	69	69
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 15 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 69% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 62%.

Hal tersebut menunjukkan bahwa responden telah menyadari akan dampak yang ditimbulkan dari perilaku seksual berisiko serta mereka menyadari bahwa rasa sayang terhadap pacar atau lawan jenis itu tidak perlu ditunjukkan dengan melakukan hubungan seksual. Distribusi jawaban responden mengenai praktik terkait kesehatan reproduksi pada kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 16 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Intervensi

No	Pertanyaan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Melakuka		Melakukan		Melakuka	
		n	%	n	%	n	%
1	Sedang atau pernah mempunyai pacar	61	61	70	70	73	73
2	Menonton video porno	29	29	53	53	68	68
3	Berpegangan tangan dengan pacar/lawan jenis	21	21	81	81	97	97
4	Berpelukan dengan pacar/lawan jenis	42	42	91	91	100	100
5	Mencium pipi pacar/lawan jenis	63	63	96	96	99	99
6	Berciuman bibir dengan pacar/lawan jenis	80	80	99	99	99	99
7	Meraba bagian tubuh yang sensitif pacar/lawan jenis	91	91	98	98	97	97
8	Melakukan oral seks pacar/lawan jenis	92	92	86	86	91	91
9	Melakukan petting dengan pacar/lawan jenis	93	93	91	91	94	94
10	Melakukan hubungan seksual pranikah	97	97	92	92	98	98
11	Menganjurkan teman/orang lain melakukan hubungan seksual sebelum menikah	99	99	89	89	98	98
12	Menyarankan teman yang terkena Penyakit	73	73	87	87	92	92

	Menular Seksual (PMS) untuk berobat ke dokter						
13	Segera pergi ke rumah sakit untuk memeriksakan diri jika mengalami batuk dan diare > 1 bulan	89	89	91	91	93	93
14	Mempunyai tatto di tubuh	96	96	97	97	100	100
15	Berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS	72	72	93	93	97	97

Tabel 16 menunjukkan bahwa sebagian besar praktik responden dalam melakukan pencegahan perilaku seksual berisiko mengalami peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan media film pendek melalui *peer educator* dan leaflet. Namun masih terdapat beberapa hal yang masih dilakukan oleh responden seperti berpacaran, menonton video porno, melakukan oral seks pacar/lawan jenis, dan melakukan *petting* dengan pacar/lawan jenis.

Tabel 17 Distribusi Frekuensi Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

Praktik	Pretest		Posttest 1		Posttest 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Tidak Melakukan	37	37	42	42	35	35
Melakukan	63	63	58	58	65	65
Jumlah	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Tabel 17 menunjukkan pada kelompok kontrol, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 lebih sedikit sebesar 58% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 63%. Namun pada saat *posttest* ke-2, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko lebih banyak sebesar 65% dibandingkan *pretest* dan *posttest* ke-1. Distribusi jawaban responden mengenai praktik terkait kesehatan reproduksi pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 22.

Tabel 18 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol

No	Pertanyaan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Melakuka		Melakukan		Melakuka	
		n	%	n	%	n	%
1	Sedang atau pernah mempunyai pacar	61	61	66	66	77	77
2	Menonton video porno	28	28	43	43	46	46
3	Berpegangan tangan dengan pacar/lawan jenis	20	20	87	87	96	96
4	Berpelukan dengan pacar/lawan jenis	42	42	95	95	100	100
5	Mencium pipi pacar/lawan jenis	63	63	94	94	100	100

Tabel 19 Distribusi Frekuensi Jawaban Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Pretest, Posttest ke-1, dan Posttest ke-2 pada Kelompok Kontrol (lanjutan)

No	Pertanyaan	<i>Pretest</i>		<i>Posttest 1</i>		<i>Posttest 2</i>	
		Melakukan		Melakukan		Melakukan	
		n	%	n	%	n	%
6	Berciuman bibir dengan pacar/lawan jenis	79	79	96	96	100	100
7	Meraba bagian tubuh yang sensitif pacar/ lawan jenis	92	92	95	95	99	99
8	Melakukan oral seks pacar/lawan jenis	93	93	69	69	80	80
9	Melakukan petting dengan pacar/lawan jenis	94	94	87	87	81	81

10	Melakukan hubungan seksual pranikah	97	97	98	98	99	99
11	Menganjurkan teman/orang lain melakukan hubungan seksual sebelum menikah	99	99	82	82	52	52
12	Menyarankan teman yang terkenan Penyakit Menular Seksual (PMS) untuk berobat ke dokter	76	76	91	91	86	86
13	Segera pergi ke rumah sakit untuk memeriksakan diri jika mengalami batuk dan diare > 1 bulan	89	89	81	81	95	95
14	Mempunyai tatto di tubuh	96	96	96	96	98	98
15	Berjabat tangan dengan penderita HIV/AIDS	72	72	76	76	84	84

Tabel 19 menunjukkan bahwa sebagian besar praktik responden dalam melakukan pencegahan perilaku seksual berisiko mengalami peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan media leaflet. Namun masih terdapat beberapa hal yang masih dilakukan oleh responden seperti berpacaran, menonton video porno, berpegangan tangan dengan pacar/lawan jenis, dan melakukan *petting* dengan pacar/lawan jenis.

4. Analisis Homogenitas Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Untuk mengetahui homogenitas tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sebelum diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, maka dilakukan uji Mann Whitney. Uji homogenitas dimaksudkan untuk memperlihatkan bahwa dua atau lebih kelompok data sampel berasal dari populasi yang memiliki variansi yang sama.

Tabel 20 Analisis Homogenitas Hasil Pretest Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Hasil Pretest	Nilai p
Tingkat Pengetahuan	0,121
Sikap	0,641
Praktik	0,916

Berdasarkan Tabel 20, diketahui bahwa hasil analisis homogenitas *pretest* tingkat pengetahuan mempunyai nilai $p=0,121$, sikap mempunyai nilai $p=0,641$, dan praktik mempunyai nilai $p=0,916$. Hal ini mengartikan bahwa tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sebelum diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol karena nilai $p>0,05$. Hal tersebut menunjukkan bahwa data variabel tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sebelum diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama (homogen).

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko pada remaja. Perilaku seksual berisiko dapat disebabkan oleh rendahnya pengetahuan yang dimiliki oleh remaja terkait risiko dan dampak dari perilaku menyimpang tersebut. Pengetahuan yang rendah ini dapat disebabkan oleh kurangnya pemahaman yang tepat dan benar akan tindakan yang akan dilakukan terkait risiko dan dampak dari perilakunya. (Cahyo K K. T., 2008), (Lestary H, Agustus 2011), (Rosdarni, 2015).

Tingkat pengetahuan remaja yang tinggi tentang seksualitas dapat disebabkan karena sebagian besar remaja tersebut pernah mendengar atau menerima informasi tersebut, serta dengan adanya kemajuan teknologi sekarang ini memudahkan remaja untuk mencari informasi dari berbagai sumber salah satunya media internet. Pada masa remaja, mulai timbul kemandirian dan tidak bergantung pada orang lain, remaja sudah mulai pintar dalam berfikir, rasa keinginan terhadap sesuatu yang besar, terbentuknya identitas seksual, serta mulai mementingkan dirinya sendiri. (Kusmiran, 2012.)

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa sikap merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah berisiko pada remaja. Mereka yang memiliki sikap lebih permisif terhadap masalah seksualitas akan cenderung melakukan hubungan seksual pranikah, hal ini lebih bisa diproteksi dengan meningkatkan *self efficacy* sebagai wujud dari kemampuan untuk menentukan apakah perilaku seks pranikah berisiko tersebut tepat dan sesuai dengan yang diharapkan oleh seseorang. (Musthofa SB, 2010), (Rosdarni, 2015), (Azinar, 2013).

Sikap remaja yang permisif terhadap perilaku seksual pranikah ini disebabkan oleh penilaian remaja bahwa perilaku seksual pranikah adalah sesuatu yang wajar untuk dilakukan, seperti berciuman hingga melakukan hubungan seksual selama remaja saling mencintai satu sama lain. Selain itu, beberapa faktor yang mempengaruhi praktik kesehatan reproduksi remaja diantaranya pengetahuan, sikap, peran orang tua, peran guru, akses informasi, pengaruh teman sebaya, umur, jenis kelamin, efikasi diri, dan religiusitas. (Musthofa SB, 2010), (Cahyo K K. T., 2008) (Etrawati F, Januari 2017).

5. Analisis Perbedaan Tingkat Pengetahuan Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 21 Analisis Perbedaan Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tingkat Pengetahuan	Intervensi (n=100)	Kontrol (n=100)	Nilai p
	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	
Posttest 1	90,70 $\pm$ 1,263 (75-100)	87,60 $\pm$ 1,761 (55-100)	0,016
Posttest 2	92,80 $\pm$ 0,978 (80-100)	88,65 $\pm$ 1,384 (65-100)	0,000

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,000$). Nilai rata-rata tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan adanya perbedaan pengetahuan setelah diberikan perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan rata-rata skor pengetahuan kelompok pemutaran film lebih besar dibandingkan dengan kelompok leaflet. (Yulfitria, Juli 2017), (Wibowo, 2014).

Dari penelitian terdahulu diperoleh sebelum menerima media informasi seperti film pendek dan leaflet, pengetahuan responden masih kurang. Hal ini kemungkinan karena responden kurang aktif untuk mencari informasi dari berbagai media informasi. Pengetahuan dari responden akan baik apabila responden tersebut rajin dan aktif untuk mencari berbagai informasi. Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pengalaman-pengalaman informasi dari

teman maupun dari media cetak dan media elektronik.

Masalah seksualitas yang terjadi pada remaja saat ini menyebabkan berbagai risiko seperti hamil di luar nikah, melakukan aborsi, rentan terinfeksi penyakit menular seksual, dan HIV/AIDS. Untuk mencegah hal tersebut diperlukan adanya motivasi dan pengetahuan yang memadai, sehingga remaja mampu untuk memelihara kesehatan dirinya dan mampu memasuki masa kehidupan berkeluarga dengan reproduksi sehat. (Aisyaroh, 2010.).

Pemberian pendidikan kesehatan reproduksi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan tentang perilaku seks pranikah. Alat atau sarana yang mudah digunakan dan dipahami oleh penyuluh maupun obyek sasaran merupakan nilai tambah tersendiri bagi keberhasilan atau efektifnya penyuluhan. Pentingnya pengetahuan seksual akan mendorong remaja untuk melakukan tindakan preventif atau promotif dalam kesehatan reproduksi. Salah satu model promosi kesehatan yang kreatif dan inovatif adalah media film, dimana dengan penayangan sebuah film, materi yang disampaikan menjadi tidak monoton dan tidak membosankan sehingga membuat terjadinya *transfer of knowledge* menjadi lebih baik. Selain itu, dengan adanya peran *peer educator* memudahkan siswa untuk mendapatkan informasi terkait kesehatan reproduksi secara lebih menyeluruh tanpa adanya kecanggungan.

Peningkatan pengetahuan dan kemampuan berpikir seseorang dipengaruhi oleh sumber informasi. Informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber yaitu guru, petugas kesehatan, teman, orang tua atau keluarga, media massa, serta media elektronik. Individu yang telah memahami informasi yang diberikan, cenderung akan memberikan persepsi yang lebih baik dibandingkan yang belum memperoleh informasi. Dalam hal ini, tingkat pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh seringnya intensitas terpaparnya informasi. (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2010.).

Sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa rerata pengetahuan antara kelompok yang mendapat pendidikan kesehatan reproduksi oleh pendidik sebaya (*peer educator*) signifikan berbeda sesudah intervensi. (Oktarina J, 2017), (Kasih, 2015).

Adanya pengaruh penyampaian pendidikan kesehatan reproduksi oleh kelompok sebaya (*peer group*) terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja juga dipengaruhi penggunaan metode dalam memberikan pendidikan kesehatan. Penelitian ini menggabungkan antara penyampaian pendidikan kesehatan oleh kelompok sebaya (*peer group*) dengan metode diskusi tanya jawab serta menampilkan materi dengan inovasi media baru berupa film pendek.

Selain itu, terdapat beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa metode diskusi lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan, karena pada metode diskusi semua peserta terlibat aktif untuk menyatakan pendapatnya dan pengalamannya, serta membahas materi yang dibagikan sampai memperoleh kesimpulan yang sesuai. (Lubis ZSA, 2013), (Mayasari ML, 2016).

Seseorang yang memiliki pengetahuan rendah cenderung untuk melakukan hubungan seks lebih dini. Hal ini sesuai dengan teori bahwa tingkah laku manusia semata-mata ditentukan oleh kemampuan berfikirnya. Makin berpendidikan seseorang, maka semakin baik pula perbuatannya untuk memenuhi keinginan atau kebutuhannya.

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi apabila seseorang melakukan penginderaan (mata, hidung, telinga) terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Dalam hal ini, pengetahuan kognitif sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2010.)

Remaja yang mempunyai pemahaman keliru terkait seksualitas akan mencoba untuk bereksperimen mengenai masalah seks tanpa menyadari bahaya yang timbul dari perbuatannya. Apabila muncul permasalahan yang disebabkan oleh perilaku seksnya, remaja takut untuk mengutarakan permasalahan tersebut kepada orang tua atau orang terdekatnya.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk perilaku atau tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Apabila remaja memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan cara untuk melindungi diri terhadap masalah seksual dan reproduksi, maka sikap dan perilaku remaja akan mengarah kepada perilaku yang bertanggung jawab. (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2010.), (Anggreani M, 2007)

6. Analisis Perbedaan Sikap Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 22 Analisis Perbedaan Sikap terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Sikap	Intervensi (n=100)	Kontrol (n=100)	Nilai p
	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	
Posttest 1	90,97 $\pm$ 4,751 (66,67-100)	88,52 $\pm$ 3,547 (68,33-100)	0,003
Posttest 2	92,12 $\pm$ 4,341 (75,00-100)	90,08 $\pm$ 3,286 (70,00-100)	0,023

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan sikap remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,023$). Nilai rata-rata sikap pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian

film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Hal ini sesuai dengan penelitian Rahmawati, dkk menyebutkan bahwa pemberian penyuluhan dengan menggunakan media audio visual dapat meningkatkan pengetahuan responden karena penyuluh menggunakan semua alat indera responden sehingga dapat meningkatkan sikap responden dan mengubah perilaku yang positif. (Rahmawati I, 2007)

Selain itu, penelitian Oktarina, dkk menyatakan bahwa terdapat perbedaan rerata sikap *posttest* pada kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan reproduksi oleh pendidik sebaya dengan kelompok kontrol. (Oktarina J, 2017)

Sikap adalah kecenderungan untuk memberikan respon terhadap suatu obyek (stimulus) dalam bentuk perasaan memihak (*favourable*) maupun tidak memihak (*unfavourable*) melalui proses interaksi komponen-komponen sikap. Dengan demikian sikap remaja terhadap praktik kesehatan reproduksi sehat adalah tidak memihak atau tidak mendukung terhadap suatu obyek (stimulus). Karena sikap akan terwujud suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, pada banyak sedikitnya pengalaman seseorang mengacu kepada pengalaman orang lain. (Azwar, 2012.)

Sejalan dengan penelitian Lubis, dkk diperoleh ada perbedaan rerata nilai sikap responden sesudah intervensi baik dengan metode ceramah maupun metode diskusi dimana rerata nilai sikap responden dengan metode diskusi lebih besar nilainya dibandingkan dengan metode ceramah. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa metode diskusi menunjukkan hasil yang lebih efektif dalam meningkatkan sikap, karena pada metode diskusi semua peserta terlibat aktif untuk menyatakan pendapatnya dan pengalamannya, serta membahas materi yang dibagikan sampai memperoleh kesimpulan yang sesuai. (Lubis ZSA, 2013)

Pada penelitian ini, sikap remaja seringkali mengacu pada pengalaman teman sebaya yang belum tentu pengalaman itu benar dan sehat terhadap praktik kesehatan reproduksinya. Meskipun sebagian besar sikap responden mendukung, namun karena pengaruh teman sebaya lebih besar berpraktik buruk, maka merekapun akan mengikutinya dan akhirnya praktik kesehatan reproduksinya menjadi buruk.

Sikap merupakan respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap objek tertentu, yang didalamnya melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan seperti senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya. Selain itu, sikap merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi terbentuknya perilaku. (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2010.)

Sikap yang diperoleh melalui pengalaman akan menimbulkan perilaku terikat. Dalam interaksi sosialnya individu membentuk pola sikap tertentu terhadap obyek psikologis yang dihadapinya. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya

sikap diantaranya pengalaman pribadi, kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosional individu.

7. Analisis Perbedaan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 23 Analisis Perbedaan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi Sesudah diberikan Pendidikan Kesehatan antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Praktik	Intervensi (n=100)	Kontrol (n=100)	Nilai p
	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	
Posttest 1	87,60 $\pm$ 1,333 (73,33-100)	83,73 $\pm$ 1,438 (53,33-100)	0,006
Posttest 2	93,07 $\pm$ 1,034 (73,33-100)	86,20 $\pm$ 1,358 (66,67-100)	0,000

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan praktik remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,000$). Nilai rata-rata praktik pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Praktik merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain sehingga disebut *overt behaviour*, tindakan nyata atau praktik (*practice*). (Notoatmodjo, Ilmu Perilaku Kesehatan, 2010.)

Pengetahuan serta penyebaran pesan akan pentingnya kesehatan perlu ditingkatkan melalui kegiatan pendidikan kesehatan agar masyarakat tidak hanya sadar, tahu, mengerti, tetapi dapat berbuat sesuatu dan mengetahui apa yang harus dilakukan. Selain itu, diharapkan ada perubahan perilaku kesehatan dari remaja yang nantinya akan meningkatkan status kesehatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sulastrri yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara praktik ibu hamil dalam upaya pencegahan komplikasi *post partum* sesudah diberikan penyuluhan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,001$). (Sulastrri, 2016)

Praktik merupakan tahap seseorang mengimplementasikan dari inovasi yang mereka terima kemudian mengkonfirmasi atau mengevaluasinya sehingga muncul kemungkinan seseorang untuk menolak atau menerima inovasi

tersebut. Praktik siswa SMA yang baik tidak hanya diperoleh dari penyuluhan saja, melainkan dari pengalaman maupun inovasi dari berbagai media informasi seperti halnya film pendek.

Salah satu faktor yang mempengaruhi praktik adalah pengalaman pribadi. Pengalaman pribadi harus meninggalkan pesan yang kuat sehingga dapat menjadi dasar pembentukan praktik. Karena itu, praktik akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marlita yang menunjukkan bahwa ada perubahan praktik seksual ke arah yang lebih baik setelah diberikannya intervensi *peer education* pada kelompok intervensi ($p= 0,000$).⁷⁰ Peneliti menganalisis bahwa *peer education* sangat efektif karena dapat mengubah perilaku seksual remaja berdasarkan pengetahuan, sikap, dan praktik ke arah yang lebih positif. Untuk itu, intervensi *peer education* dapat diterapkan secara berkelanjutan dalam upaya pencegahan remaja terhadap perilaku seksual serta memanfaatkan inovasi media yang baru berupa film pendek.

8. Analisis Perbedaan Perubahan Tingkat Pengetahuan Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 24 Analisis Perbedaan Perubahan Tingkat Pengetahuan terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tingkat Pengetahuan	Intervensi	Kontrol	Nilai p
	(n=100)	(n=100)	
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Selisih <i>Posttest</i> 1 – <i>Pretest</i>	2,90 $\pm$ 1,679	2,28 $\pm$ 2,503	0,052
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Posttest</i> 1	0,42 $\pm$ 1,265	0,21 $\pm$ 1,565	0,101
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Pretest</i> *	3,32 $\pm$ 1,728	2,49 $\pm$ 2,333	0,004

*Pada penelitian ini yang dilihat adalah hasil selisih *posttest* ke-2 dengan *pretest*

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan perubahan tingkat pengetahuan remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,004$). Nilai rerata selisih tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi (3,32) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (2,49). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Namun jika dibandingkan pada *posttest* ke-1 yang diukur pada waktu yang sama dengan *pretest* diperoleh nilai $p= 0,052$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan perubahan tingkat pengetahuan, sehingga dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa pengukuran pada *posttest* ke-2 yaitu setelah satu bulan

sudah dapat untuk melihat perbedaan perubahan tingkat pengetahuan yang signifikan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan bahwa media film dengan metode ceramah dan leaflet sama-sama meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja. Namun ada perbedaan dalam hal ini yaitu media film dengan metode ceramah lebih bermakna mempengaruhi peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja dibandingkan dengan menggunakan leaflet karena dalam metode ceramah menampilkan materi menggunakan film kemudian juga ada diskusi atau tanya jawab dengan penceramah sehingga siswa akan merasa lebih tertarik untuk memperhatikannya. (Suhertusi B, 2015), (Hariyatmoko, 2012.)

Pada penelitian ini, meskipun sama-sama meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi antara media film pendek dan leaflet, media film pendek serta ceramah dan diskusi lebih meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada siswa SMAN di Kota Semarang dibandingkan dengan metode leaflet.

Hal ini terlihat dari rerata selisih tingkat pengetahuan kelompok yang mendapatkan media film pendek dan leaflet lebih tinggi dibandingkan kelompok yang mendapatkan leaflet. Dalam penggunaan metode leaflet siswa cenderung diam dan hanya membaca, tidak tahu apakah benar-benar dipahami atau tidak. Kemudian pada kelompok intervensi, terdapat sesi tanya jawab sehingga siswa dapat menanyakan materi yang kurang dipahami sedangkan pada kelompok kontrol, tidak ada sesi tanya jawab sehingga siswa tidak dapat bertanya tentang materi yang belum dimengerti.

Tingkat keberhasilan penyampaian makna dari suatu pesan yang disampaikan juga dipengaruhi oleh metode dan media yang tepat. Metode dan media dengan kemasan serta kalimat yang menarik akan mempengaruhi dalam penyampaian pesan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa media film lebih efektif untuk sebuah proses perubahan, membuat konsep menjadi lebih nyata dan dapat menjelaskan konsep yang sulit, serta mendorong motivasi belajar sehingga mudah dimengerti dibandingkan media leaflet yang hanya menyajikan gambar dan tulisan saja. Selain itu kelebihan film sebagai media promosi kesehatan dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian, dan kemauan sehingga dapat mendorong terjadinya perubahan pengetahuan. (Mulyana, 2005.)

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan perubahan pengetahuan tentang seksual remaja antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi *peer education*.^{70,73} Sejalan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu yang menyebutkan kelompok *peer education* lebih efektif dan dapat memberi pengaruh pada peningkatan pengetahuan remaja dalam upaya mencegah bahaya seks pranikah seperti HIV/AIDS dan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). (Dewi N. , 2008), (Iryanti, 2003)

Adanya perbedaan nilai rata-rata antara kedua kelompok menyatakan bahwa *peer education* yang dilakukan *peer educator* berpengaruh terhadap perilaku seksual remaja ke arah yang lebih baik. Nilai dari responden masing-masing kelompok menunjukkan perbedaan yang signifikan, hal ini disebabkan karena adanya perbedaan pengetahuan sehingga secara langsung mempengaruhi sikap dan tindakan dari masing-masing responden. (Harahap J, 2007.) (Dewi N. , 2008), (Iryanti, 2003)

Dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan reproduksi dapat menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Tingkat keberhasilan penyampaian makna dari suatu pesan yang disampaikan juga dipengaruhi oleh metode dan media yang tepat. Metode dan media dengan kemasan serta kalimat yang menarik akan mempengaruhi dalam penyampaian pesan tersebut. (Notoatmodjo., 2007.)

9. Analisis Perbedaan Perubahan Sikap Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 25 Analisis Perbedaan Perubahan Sikap terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Sikap	Intervensi (n=100)	Kontrol (n=100)	Nilai p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Selisih <i>Posttest</i> 1 - <i>Pretest</i>	2,28 $\pm$ 3,957	0,90 $\pm$ 5,321	0,009
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Posttest</i> 1	0,69 $\pm$ 2,149	0,94 $\pm$ 1,455	0,079
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Pretest</i> *	2,97 $\pm$ 3,862	1,84 $\pm$ 5,245	0,019

*Pada penelitian ini yang dilihat adalah hasil selisih *posttest* ke-2 dengan *pretest*

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan perubahan sikap remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p=0,019$). Nilai rerata selisih sikap pada kelompok intervensi (2,97) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (1,84). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Pada penelitian ini, pengukuran sikap baik pada saat *posttest* ke-1 maupun *posttest* ke-2 sudah dapat melihat perbedaan perubahan sikap yang signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam waktu satu bulan sudah dapat untuk melihat perbedaan perubahan sikap yang signifikan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Marlian yang menunjukkan bahwa ada perbedaan selisih antara sikap terhadap perilaku seks pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Selain itu, penelitian Dharti menyebutkan adanya korelasi yang signifikan antara peningkatan pengetahuan dengan peningkatan sikap terhadap pencegahan seks pranikah setelah

pemberian pendidikan seks pada siswa di SMAN 1 Pundong Bantul. (Marlian, 2016), (Dhati, 2013.)

Pembentukan sikap dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan, dan lembaga agama. (Notoatmodjo., 2007.) Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terdapat perbedaan pada pemberian input pengetahuan berupa pemberian media film pendek yang dilakukan oleh *peer educator* serta ceramah dan diskusi tanya jawab terkait kesehatan reproduksi pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan leaflet.

Selain itu, hasil penelitian menyebutkan bahwa kelompok *peer education* lebih efektif dan dapat memberi pengaruh pada peningkatan sikap remaja dalam upaya mencegah HIV/AIDS dan KTD.^{70,74,75} Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratami yang menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sikap pemberian taburia antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p= 0,000$). (Pratami, Pengaruh Konseling Bidan terhadap Praktik Kepatuhan Ibu dalam Pemberian Taburia pada Anak Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Kabupaten Brebes (Tesis)., 2015.)

Sikap seseorang terbentuk karena tiga komponen yang saling berkaitan, yaitu komponen kognisi, afeksi, dan konasi. Komponen kognisi akan menjawab pertanyaan apa yang dipikirkan atau dipersepsikan tentang obyek. Komponen afeksi menjawab pertanyaan tentang apa yang dirasakan (senang/tidak senang) terhadap obyek, sedangkan komponen konasi menjawab pertanyaan tentang bagaimana kesediaan bertindak terhadap obyek. (Azwar, 2012.)

10. Analisis Perbedaan Perubahan Praktik Remaja SMA terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Tabel 26 Analisis Perbedaan Perubahan Praktik terkait Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Praktik	Intervensi (n=100)	Kontrol (n=100)	Nilai p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Selisih <i>Posttest</i> 1 - <i>Pretest</i>	2,16 $\pm$ 2,135	1,55 $\pm$ 1,725	0,045
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Posttest</i> 1	0,82 $\pm$ 1,424	0,37 $\pm$ 1,535	0,022
Selisih <i>Posttest</i> 2 - <i>Pretest</i> *	2,98 $\pm$ 2,005	1,92 $\pm$ 1,911	0,000

*Pada penelitian ini yang dilihat adalah hasil selisih *posttest* ke-2 dengan *pretest*

Hasil analisis dengan uji *Mann Whitney* menunjukkan bahwa ada perbedaan perubahan praktik remaja SMA yang signifikan terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0,000$). Nilai rerata selisih praktik pada kelompok intervensi (2,98) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol (1,92). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian film pendek melalui *peer educator* dan leaflet lebih efektif dalam meningkatkan praktik

remaja SMA terkait kesehatan reproduksi dibandingkan dengan pemberian leaflet.

Pada penelitian ini, pengukuran praktik baik setelah satu bulan (*posttest* ke-1) maupun setelah dua bulan (*posttest* ke-2) diperoleh nilai $p < 0,05$ yang menunjukkan ada perbedaan perubahan praktik terkait kesehatan reproduksi. Namun pada *posttest* ke-1 menunjukkan perbedaan perubahan yang tidak signifikan jika dibandingkan dengan *posttest* ke-2, sehingga dapat disimpulkan bahwa pengukuran setelah dua bulan sudah dapat untuk melihat perbedaan perubahan praktik yang signifikan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Marlita yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata selisih perbedaan praktik seksual sesudah dilakukan intervensi *peer education* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. (Marlita, Januari 2016) Dengan kata lain bahwa kelompok yang mendapat intervensi *peer education* mengalami perubahan secara baik terhadap perilaku seksual dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberikan stimulasi.

Selain itu, penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pratami yang menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara praktik pemberian taburia antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ($p = 0,000$). (Pratami, Pengaruh Konseling Bidan terhadap Praktik Kepatuhan Ibu dalam Pemberian Taburia pada Anak Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Kabupaten Brebes (Tesis), 2015.) Seseorang memiliki perilaku buruk karena pengetahuan yang dimiliki buruk pula. Dalam hal ini, peran pengetahuan kognitif sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. (Notoatmodjo., 2007.)

Pada penelitian ini, praktik seksual remaja sebelum diberikan intervensi film pendek melalui *peer educator* dan leaflet pada kelompok intervensi sama dengan praktik seksual remaja sebelum diberikan leaflet pada kelompok kontrol. Perilaku seksual remaja tidak sehat dapat terjadi seiring dengan pertumbuhan pada remaja ke arah kematangan yang sempurna. Perilaku seksual juga dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu pengetahuan, sikap, dan praktik. Pengetahuan tentang perilaku seksual penting bagi remaja untuk bisa beradaptasi menghadapi perubahan dalam dirinya. Besarnya keingintahuan remaja mengenai hal-hal yang berhubungan dengan seksualitas, menyebabkan remaja selalu berusaha mencari tahu lebih banyak informasi mengenai seksualitas. Pengetahuan yang diperoleh dari informasi yang tidak kompeten dan tidak terpercaya akan mempengaruhi persepsi dan sikap remaja terhadap perilaku seksual sehingga akan mendorong remaja untuk melakukan aktivitas seksual.

Menurut Hurlock, perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku yang ini dapat beraneka ragam, mulai dari perasaan tertarik hingga tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama. Dalam hal ini

perilaku seksual muncul karena adanya bayangan seksual yang imajinatif dan rangsangan. (Hurlock, 2012.)

Sejalan dengan penelitian terdahulu yang mengatakan bahwa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sangat penting bagi remaja sehingga dapat mempengaruhi sikap dan perilaku remaja terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya terkait seksualitas. Selain itu, paparan pornografi dapat mendorong remaja untuk berperilaku seksual sehingga perlunya remaja dibekali dengan informasi yang bisa dipertanggungjawabkan. (Dewi A. , 2012), (Yuldawati, 2008.)

Dari uraian di atas, peneliti menganalisis bahwa perlunya remaja dibekali dengan pengetahuan terkait kesehatan reproduksi salah satunya dengan metode *peer education* yang mana penyampaian informasi dilakukan dengan pendekatan komunikasi, informasi, dan edukasi mengedepankan upaya prevensi dan promosi sehingga dapat mengubah sikap dan praktik remaja dalam upaya pencegahan terhadap perilaku seksual berisiko.

Keberhasilan penyampaian informasi melalui *peer education* dalam penelitian ini mampu mengubah perilaku remaja terkait perilaku seksual karena penyampaian informasi *peer educator* yang bagus dan mampu menguasai materi saat memberikan pendidikan kesehatan kepada teman-temannya. Selain itu didukung suasana tempat dan kondisi yang nyaman menjadikan remaja lebih leluasa dan tertarik untuk memperhatikannya.

Peer educator dalam penelitian ini dapat menjadi solusi permasalahan yang banyak dialami remaja terkait perilaku seksual karena bagi remaja teman adalah orang yang terpercaya dibandingkan orang tua. Cara komunikasi *peer educator* pada saat pemberian materi sangat efektif sehingga memotivasi remaja dalam upaya perubahan remaja ke arah yang lebih baik. Teman sebaya memiliki peran yang cukup penting dalam perkembangan remaja, karena remaja lebih banyak berada di luar rumah bersama dengan teman-teman sebaya, sehingga dapat mempengaruhi sikap, pembicaraan, penampilan, dan perilaku remaja daripada pengaruh keluarga. (Hurlock, EB, 2011.)

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada kelompok intervensi, umur responden terbanyak adalah 17 tahun, dengan rata-rata 16,56 tahun dan standar deviasi 0,56, sedangkan pada kelompok kontrol, umur responden terbanyak adalah 16 tahun, dengan rata-rata 16,48 tahun dan standar deviasi 0,52.
2. Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan.
3. Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, semua responden pernah memperoleh informasi terkait kesehatan reproduksi (100%). Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, sebagian besar responden memperoleh informasi terkait kesehatan reproduksi dari guru dan media elektronik.
4. Pada kelompok intervensi, responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 100% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 88%, sedangkan pada kelompok kontrol, responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 95% dan 99% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 88%.
5. Pada kelompok intervensi, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih sedikit sebesar 51% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 54%, sedangkan pada kelompok kontrol, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 lebih banyak sebesar 58% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 52%. Namun pada saat *posttest* ke-2, responden yang memiliki sikap mendukung terhadap pencegahan perilaku seksual berisiko lebih sedikit sebesar 51% dibandingkan *pretest* dan *posttest* ke-1.
6. Pada kelompok intervensi, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 dan *posttest* ke-2 lebih banyak sebesar 69% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 62%, sedangkan pada kelompok kontrol, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko pada saat *posttest* ke-1 lebih sedikit sebesar 58% dibandingkan pada saat *pretest* yaitu sebesar 63%. Namun pada saat *posttest* ke-2, responden yang melakukan praktik pencegahan perilaku seksual berisiko lebih banyak sebesar 65% dibandingkan *pretest* dan *posttest* ke-1.
7. Data variabel umur, jenis kelamin, dan sumber informasi responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama (homogen).

8. Data variabel tingkat pengetahuan, sikap, dan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sebelum diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol mempunyai varian yang sama (homogen).
9. Ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
10. Ada perbedaan sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
11. Ada perbedaan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi sesudah diberikan pendidikan kesehatan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
12. Ada perbedaan perubahan tingkat pengetahuan remaja SMA terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
13. Ada perbedaan perubahan sikap remaja SMA terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
14. Ada perbedaan perubahan praktik remaja SMA terkait kesehatan reproduksi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyaroh, N. (2010). Kesehatan Reproduksi Remaja. *Jurnal Majalah Ilmiah Sultan Agung*.
- Anggreani M, F. J. (2007). Jumlah Anak yang Diinginkan dan Keinginan Ikut Ber KB di Masa Mendatang (Analisis Lanjutan SKRRI 2002/2003). *Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*, (1).
- Anggriyani, N., & Trisnawati, Y. (2011). Hubungan Antara Seks Pranikah dengan Perilaku Seks Remaja pada SMK Kerabat Kita Bumiayu Kabupaten Brebes. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 2 (1).
- Arikunto, S. (2013). Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik. *Rineka Cipta*.
- Azhar, A. (2013). Media pembelajaran. *PT Raja Grafindo Persada*.
- Azinar, M. (2013). Perilaku Seksual Pranikah Berisiko terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (2): 153-160.
- Azwar, S. (2012). *Sikap dan Perilaku dalam: Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya Edisi Kedua*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- BKKBN. (2008). Panduan Bagi Pendidik Sebaya. *Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-hak Reproduksi Remaja*.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Penduduk Indonesia menurut Provinsi 1971, 1980, 1990, 1995, 2000, dan 2010. [Internet]. 2010*. Retrieved 7 Agustus 2017, from <http://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1267.htm>
- BKKBN. (2008). Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007. *BPS dan Macro Internasional*.
- BKKBN. (2012). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. Kesehatan Reproduksi Remaja. *MEASURE DHS ICF International*.
- Budiman, A. R. (2013). Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan. *Salemba Medika*.

- Cahyo K, K. T. (2008). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktik Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 3 (2).
- Dahlan, M. (2014). Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS Edisi 6. *Epidemiologi Indonesia*.
- Dewi, A. (2012). Hubungan Karakteristik Remaja, Peran Teman Sebaya, dan Paparan Pornografi dengan Perilaku Seksual Remaja di Kelurahan pasir Gunung Selatan Depok (Tesis). *Depok: Universitas Indonesia*.
- Dewi, N. (2008). Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan HIV/AIDS pada Pekerja Seks Komersial. *Media Ners*, 2 (1): 11-44.
- Dhati, N. (2013). Pengaruh Pendidikan Seks terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja dalam Pencegahan Seks Pranikah di SMAN 1 Pundong Bantul Yogyakarta (Skripsi). *Yogyakarta: STIK Aisyah Yogyakarta*.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2016). *Profil Kesehatan Keluarga Kota Semarang*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. DKK Provinsi Jawa Tengah*.
- Etrawati F, M. E. (Januari 2017). Psychosocial Determinants of Risky Sexual Behavior among Senior High School Students in Merauke District. . *National Public Health Journal* , 127-132.
- Fibriana AI, S. A. (2013). Pendidikan Melalui Edutainment Film untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Sejak Dini tentang Bahaya Penyalahgunaan Narkoba pada Anak Sekolah Dasar di Kecamatan Limbangan Kabupaten Kendal. *ABDIMAS* , 17 (1).
- Harahap J, A. L. (2007). Pengaruh Peer Education terhadap Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa dalam Menanggulangi HIV/AIDS di Universitas Sumatera Utara. *USU Digital Library*.
- Hariyatmoko, T. (2012). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi dengan Metode Ceramah dan Leaflet terhadap Pengetahuan pada Remaja di

Madrasah Aliyah Yapim Ngeluk Penawangan Kabupaten Grobogan (Skripsi).
Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Haryani DS, W. H. (2015). Peran Orang Tua Berhubungan dengan Perilaku Seksual Pra Nikah Remaja di SMKN 1 Sedayu. *Jurnal Nurse dan Kebidanan Indonesia*, 3 (3): 140-144.

Huriah T, N. H. (2008). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Kelompok Sebaya (Peer Group) terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMP Negeri 2 Kasihan Bantul Yogyakarta. *Mutiara Medika.* , 8 (2): 89-96.

Hurlock, E. (2012). *Perkembangan Anak Jilid 1 Edisi Keenam*. Jakarta: Erlangga.

Hurlock, EB. (2011). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.

Ilyas, Y. (2001). Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian. *Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI*.

Iryanti, N. (2003). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Metode Pendidikan Sebaya terhadap Sikap dan Pengetahuan Remaja dalam Pencegahan KTD di SMKN 15 Bandung. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia.*, 3 (2).

Kasih, L. (2015). Efektifitas Peer Education pada Pengetahuan dan Sikap Siswa SMA dalam Pencegahan HIV/AIDS. *Jurnal Ilmu Keperawatan.*, ISSN: 2338-6371.

Kemenkes, P. D. (2012). Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. *Kemenkes RI*.

Kholid, A. (2012). Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya. *PT RajaGrafindo Persada*.

Kusmiran, E. (2012). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. *Jakarta: Salemba Medika; 2012*.

Kusyanti T, H. F. (2016). Pendidikan Kesehatan dengan Media Film “Derita Tiada Akhir” Menggugah Pengantin Remaja dalam Menggunakan Kontrasepsi Modern. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 4 (3): 157-162.

Lestary H, S. (2011). Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007. . *Jurnal Kesehatan Reproduksi.* , 1 (3): 136-144.

- Lubis ZSA, L. N. (2013). Pengaruh Penyuluhan dengan Metode Ceramah dan Diskusi terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Anak Tentang PHBS di Sekolah Dasar Negeri 065014 Kelurahan Namogajah Kecamatan Medan Tuntungan Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 25-30.
- Marlian, J. (2016). Pengaruh Pendidikan Proteksi Pornografi melalui Video dan Komik terhadap Perilaku Seks Remaja di SMKN Jakarta (Tesis). *Semarang: Universitas Diponegoro*.
- Marlita, L. (2016). Pengaruh Peer Education terhadap Perilaku Seksual Remaja di SMAK Abdurrah Kota Pekanbaru Provinsi Riau. *Jurnal Keperawatan* , 11 (3): 127-131.
- Maryatun, P. W. (2012). Hubungan Pengetahuan dan Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Pra Nikah pada Remaja Anak Jalanan di Kota Surakarta. *Gaster*, 22-29.
- Mayasari ML, B. W. (2016). Efektivitas Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah Disertai Pemanfaatan Media Booklet dalam Upaya Meningkatkan Pengetahuan Ibu Tentang Penyakit Pneumonia pada Balita di Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang. *Unnes Jurnal of Public Health*, 5(1).
- Mulyana, D. (2005). *Ilmu komunikasi*. Bandung: Rosdakarya.
- Musthofa SB, W. F. (2010). Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seks Pranikah Mahasiswa di Pekalongan Tahun 2009-2010. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 33-41.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. . Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Oktarina J, M. H. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Sebaya terhadap Pengetahuan dan Sikap dalam Pencegahan Seks Pranikah di SMAN 1 Sukamara, Kabupaten Sukamara, Kalimantan Tengah. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*.

- PKBI Jawa Tengah. (2016). Retrieved Agustus 2017, from Kesehatan Reproduksi Remaja: <http://www.pkbijateng.or.id.html>
- Pratami, I. (2015). Pengaruh Konseling Bidan terhadap Praktik Kepatuhan Ibu dalam Pemberian Taburia pada Anak Gizi Kurang Usia 6-24 Bulan di Puskesmas Kabupaten Brebes (Tesis). *Semarang: Universitas Diponegoro*.
- Profil SMA Negeri 15 Semarang*. (2016). Retrieved 21 Maret 2018, from www.sman15smg.sch.id: <http://www.sman15smg.sch.id>
- Profil SMA Negeri 8 Semarang* (2017). Retrieved 21 Maret 2018, from Profil SMA Negeri 8 Semarang. : <http://www.sman8-smg.sch.id/>
- Purwoastuti & Walyani, E. (2015). Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. *Pustaka Baru Press*.
- Rahmawati I, S. T. (2007). Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual terhadap Peningkatan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu Balita Gizi Kurang dan Buruk di Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*.
- Rahyani KY, U. A. (2012). Perilaku Seks Pranikah Remaja. . *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7 (4).
- Rizki, N. (2012). Metode Focus Group Discussion dan Simulation Game terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (1): 23-29.
- Rosdarni, D. D. (2015). Pengaruh Faktor Personal terhadap Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9 (3).
- Sanjaya, W. (2010). Strategi Pembelajaran: Berorientasi Standar Proses Pendidikan. *Kencana*.
- Sarwono, S. (2008). Psikologi Remaja. *PT. Raja Grafindo Persada*.
- Soetjiningsih. (2010). Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. *Sagung Seto*.
- Sugiyono. (2016). Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D. *Alfabeta*.

- Suhertusi B, D. N. (2015). Pengaruh Media Promosi Kesehatan tentang ASI Eksklusif terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Andalas.* , 4 (1).
- Sukmaningsih, W.R. (2018). *Pengaruh Film Pendek Melalui Peer Educator Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, dan Praktik Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi (Studi pada Remaja SMA Negeri di Kota Semarang Tahun 2018)*. (Tesis). Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sulastri. (2016). *Pengaruh Penyuluhan terhadap Pengetahuan dan Praktik Ibu Hamil dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Post Partum di Wilayah Puskesmas Rowosari 02 Kabupaten Kendal*. (Tesis). Semarang: Universitas Diponegoro.
- Suparmi, S. I. (2016). Peran Teman Sebaya terhadap Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja Laki-Laki dan Perempuan di Indonesia. . *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44 (2): 139-146.
- Suriani, H. (2015). Pengaruh Peer Group Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2 (1).
- Tarwoto. (2010). Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya. *Salemba Medika*.
- Taufan, A. S. (2010). Kesehatan Wanita, Gender, dan Permasalahannya. *Muha Medika*.
- Umaroh AK, K. Y. (2015). Hubungan antara Faktor Internal dan Faktor Eksternal dengan Perilaku Seksual Pranikah Remaja di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas.*, 10 (1): 65-75.
- Wibowo, G. (2014). Perbedaan Pengetahuan HIV/AIDS pada Remaja Sekolah dengan Metode Pemutaran Film dan Metode Leaflet di SMK Bina Dirgantara Karanganyar (Skripsi). *Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Widoyono. (2008). Penyakit Tropis: Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya. *Penerbit Erlangga*.
- Willis, S. (2008). Remaja dan Masalahnya: Mengupas Berbagai Bentuk Kenakalan Remaja Seperti Narkoba, Free Sex, dan Pencegahannya. *Bandung: ALFABETA*.

- Yasri HL, M. E. (2016). Efektivitas Penggunaan Media Film untuk Meningkatkan Minat dan Hasil Belajar Ekonomi Siswa Kelas X. Harmoni Sosial. *Jurnal Pendidikan IPS*, 3 (1): 138-149.
- Yuldawati. (2008). Hubungan antara Pola Asuh Orang Tua dengan Perilaku Seksual Pelajar SMA Negeri di Kota Solok (Tesis). *Depok: Universitas Indonesia*.
- Yulfitria, F. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dalam Meningkatkan Pengetahuan tentang Pencegahan Keputihan Patologis. *Jurnal Bidan "Midwife Journal"*, 3 (2).

GLOSARIUM

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKI	: Angka Kematian Ibu
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BK	: Bimbingan dan Konseling
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
DPMPTSP	: Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
ICPD	: International Conference Population and Development
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IPA	: Ilmu Pengetahuan Alam
IPS	: Ilmu Pengetahuan Sosial
KIE	: Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KRR	: Kesehatan Reproduksi Remaja
KTD	: Kehamilan Tidak Diinginkan
MIKM	: Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
NAPZA	: Narkoba, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
OHP	: Over Head Projector
OSIS	: Organisasi Siswa Intra Sekolah
PIK R/M	: Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PKRS	: Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksual
PMR	: Palang Merah Remaja

PMS	: Penyakit Menular Seksual
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
UKS	: Unit Kesehatan Sekolah
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BIODATA PENULIS



Wahyu Ratri Sukmaningsih, S.KM., M.KM

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
Politeknik Indonusa Surakarta

Penulis lahir di Cilacap tanggal 15 November 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Politeknik Indonusa Surakarta. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Surakarta kemudian melanjutkan S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Diponegoro.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: wahyuratri@poltekindonusa.ac.id