



**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP
TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI
PADA REMAJA SISWA SMP KRISTEN GERGAJI**

**LAPORAN HASIL
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai syarat untuk mengikuti ujian hasil
Karya Tulis Ilmiah mahasiswa Program Strata-1 Kedokteran Umum**

**NYDIA RENA BENITA
G2A008137**

**PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
2012**

LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN HASIL KTI

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP
TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI
PADA REMAJA SISWA SMP KRISTEN GERGAJI**

Disusun oleh:

**NYDIA RENA BENITA
G2A008137**

Telah disetujui:

Semarang, Agustus 2012

Pembimbing 1

dr. Julian Dewantiningrum, MSi.Med, Sp.OG
197907162008122002

Pembimbing 2

dr. Nani Maharani, MSi.Med.
198111122008122003

Ketua Penguji

dr. M. Besari Adi Pramono, MSi.Med, Sp.OG(K)
196904152008121002

Penguji

dr. Arufiadi Anityo Mochtar, Msi.Med, Sp.OG
196901152008121001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama mahasiswa: Nydia Rena Benita
NIM : G2A008137
Program Studi : Program Pendidikan Sarjana Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Judul KTI : Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji

Dengan ini menyatakan bahwa,

- 1) KTI ini tulisan asli saya sendiri tanpa bantuan orang lain selain pembimbing dan narasumber yang diketahui oleh pembimbing.
- 2) KTI ini sebagian atau seluruhnya belum pernah dipublikasi dalam bentuk artikel ataupun tugas ilmiah lain di Universitas Diponegoro maupun di perguruan tinggi lain.
- 3) Dalam KTI ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai rujukan dalam naskah dan tercantum pada daftar kepustakaan.

Semarang, 10 Agustus 2012

Yang membuat pernyataan,

Nydia Rena Benita

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus, atas kasih, berkat dan anugerahNya, karya tulis ilmiah dengan judul “Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji” ini dapat terselesaikan dengan baik. Penyusunan karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Penulis menyadari bahwa penelitian ini tidak dapat berjalan dengan lancar tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sejak awal disusunnya proposal hingga selesainya laporan hasil ini. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Rektor Universitas Diponegoro dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menimba ilmu dan menggapai cita-cita.
2. dr. Julian Dewantiningrum, MSi.Med, Sp.OG dan dr. Nani Maharani, MSi.Med selaku dosen pembimbing penelitian yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. dr. M. Besari Adi Pramono, MSi.Med, Sp.OG(K); dr. Putri Sekar Wiyati, Sp.OG; dan dr. Hari Peni Julianti, M.Kes, Sp.KFR selaku ahli yang telah memberikan saran kepada penulis dalam uji validitas instrumen penelitian.
4. Kepala Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji, Ibu Pratiwi, yang telah mengizinkan pelaksanaan penelitian.
5. Adik-adik siswa kelas II SMP Kristen Gergaji selaku subyek penelitian yang telah berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan penyuluhan.
6. Para staf Perpustakaan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah membantu menyediakan referensi penelitian.
7. Orang tua, keluarga, dan para sahabat yang senantiasa memberikan dukungan dan motivasi pada penulis untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas bantuannya dalam penelitian ini.

Akhir kata, kiranya Tuhan berkenan memberkati dan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu penyelesaian karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan menambah pengetahuan dalam ilmu kedokteran.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
ABSTRAK	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Permasalahan penelitian	3
1.3 Tujuan penelitian	3
1.3.1 Tujuan umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat penelitian	4

1.5	Keaslian penelitian	4
BAB 2	TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1	Pengertian kesehatan reproduksi	7
2.2	Tumbuh kembang remaja	8
2.3	Materi kesehatan reproduksi	11
2.3.1	Anatomi dan fisiologi organ reproduksi	12
2.3.2	Cara memelihara kesehatan organ reproduksi	13
2.3.3	Pubertas	14
2.3.4	Kehamilan dan aborsi	18
2.3.5	Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS	21
2.4	Pengetahuan kesehatan reproduksi	24
2.5	Penyuluhan kesehatan reproduksi	27
BAB 3	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS.....	37
3.1	Kerangka teori	37
3.2	Kerangka konsep	38
3.3	Hipotesis	39
BAB 4	METODE PENELITIAN	40
4.1	Ruang lingkup penelitian	40
4.2	Tempat dan waktu penelitian	40
4.3	Jenis dan rancangan penelitian	40
4.4	Populasi dan sampel	40

4.4.1	Populasi target	40
4.4.2	Populasi terjangkau	40
4.4.3	Sampel	42
4.4.3.1	Kriteria inklusi	42
4.4.3.2	Kriteria eksklusi	42
4.4.3.3	Kriteria <i>drop out</i>	42
4.4.4	Cara <i>sampling</i>	42
4.4.5	Besar sampel	42
4.5	Variabel penelitian	43
4.5.1	Variabel bebas	43
4.5.2	Variabel terikat	43
4.5.3	Variabel perancu	43
4.6	Definisi operasional	43
4.7	Cara pengumpulan data	45
4.7.1	Alat dan instrumen	45
4.7.2	Jenis data	46
4.7.3	Cara kerja	46
4.8	Alur penelitian	47
4.9	Analisis data	47
4.10	Etika penelitian	48

BAB 5	HASIL PENELITIAN	49
5.1	Karakteristik sampel	50
5.2	Analisis data hasil penelitian	52
5.2.1	Analisis tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan	52
5.2.2	Analisis pengetahuan per topik kesehatan reproduksi	54
5.2.3	Analisis variabel perancu	56
BAB 6	PEMBAHASAN	58
BAB 7	SIMPULAN DAN SARAN	62
7.1	Simpulan	62
7.2	Saran	64
	DAFTAR PUSTAKA	49

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Orisinalitas penelitian	5
Tabel 2	Perbandingan jenis metode presentasi	34
Tabel 3	Definisi operasional variabel	43
Tabel 4	Karakteristik sampel	51
Tabel 5	Hasil analisis tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penelitian	53
Tabel 6	Hasil analisis tingkat pengetahuan per topik	55
Tabel 7	Hasil analisis paparan informasi	56
Tabel 8	Hasil analisis lingkungan pergaulan / kelompok sebaya	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Kerangka teori	37
Gambar 2	Kerangka konsep	38
Gambar 3	Alur penelitian	47
Gambar 4	Diagram alur pengumpulan sampel penelitian	50
Gambar 5	Grafik perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan (nilai <i>pretest – posttest</i>)	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Ethical Clearance</i>	68
Lampiran 2 Surat pernyataan izin penelitian	69
Lampiran 3 Contoh surat pernyataan bersedia menjadi peserta	70
Lampiran 4 Dokumentasi	71

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
CMV	: <i>Cytomegalovirus</i>
FSH	: <i>Follicle Stimulating Hormone</i>
GH	: <i>Growth Hormone</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KUHP	: Kitab Undang-undang Hukum Pidana
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
PKBI	: Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PMS	: Penyakit Menular Seksual
WHO	: <i>World Health Organization</i>

ABSTRAK

Latar belakang Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sangat diperlukan oleh remaja sejak memasuki masa pubertas. Akan tetapi, pendidikan kesehatan reproduksi di Indonesia masih jarang dilaksanakan. Perlu ada pendidikan untuk mencegah terjadinya masalah terkait kesehatan reproduksi, salah satunya melalui penyuluhan.

Tujuan Mengetahui pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji.

Metode Penelitian ini menggunakan rancangan *quasi-experimental one group pretest-posttest design*. Sebanyak 33 sampel diambil secara *cluster sampling* dari siswa kelas II. Subyek diberi kuesioner *pretest* dilanjutkan dengan penyuluhan, dan diberi kuesioner *posttest* satu minggu setelahnya. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *paired t test* dan alternatifnya yaitu uji Wilcoxon.

Hasil Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan yang bermakna setelah dilakukan penyuluhan ($p < 0,01$). Perbedaan tingkat pengetahuan yang bermakna ada pada topik anatomi dan fisiologi kesehatan reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS dengan nilai p masing-masing 0,028; 0,022; dan 0,013 secara berurutan.

Kesimpulan Penyuluhan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja siswa SMP Kristen Gergaji. Terdapat peningkatan pengetahuan pada topik anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS.

Kata kunci penyuluhan, tingkat pengetahuan, kesehatan reproduksi, remaja

ABSTRACT

Background Knowledge on reproductive health is a high demand for adolescents since they start the puberty period. However, reproductive health education in Indonesia is not commonly implemented. Education is needed to prevent problems associated with reproductive health, and counseling is a particular means to educate.

Aim To understand the effect of counseling to knowledge level of reproductive health on adolescent students of SMP Kristen Gergaji.

Method This research was conducted using quasi-experimental one group pretest-posttest design. Thirty-three samples were taken by cluster sampling from second grade students. Pretest questionnaire was given to subjects followed by counseling, and posttest questionnaire was given one week after. Data were analyzed using paired t test and its alternative Wilcoxon test.

Results There was significant difference on knowledge level before and after counseling ($p < 0.01$). Significant differences were displayed on three topics: anatomy and physiology of reproductive organs, reproductive organs hygiene, and sexually transmitted diseases (STDs) and HIV/AIDS with (p) value of 0.028, 0.022, and 0.013 respectively.

Conclusion Counseling is effective to increase knowledge level of reproductive health on adolescent students of SMP Kristen Gergaji, specifically on anatomy and physiology of reproductive organs, reproductive organs hygiene, and sexually transmitted diseases (STDs) and HIV/AIDS.

Keywords counseling, knowledge level, reproductive health, adolescents

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kesehatan reproduksi, sama halnya dengan kesehatan pada umumnya, adalah hak setiap manusia.¹ Untuk mampu mencapainya, diperlukan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang benar dan komprehensif. Pengetahuan tersebut didapatkan melalui berbagai sarana, salah satunya adalah pendidikan. Pendidikan merupakan cara yang paling penting dan efektif untuk memperoleh pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.²

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sangat diperlukan oleh masyarakat, khususnya penduduk remaja. Survei *World Health Organization* (WHO) tahun 2010, kelompok usia remaja (10-19 tahun) menempati seperlima jumlah penduduk dunia, dan 83% di antaranya hidup di negara-negara berkembang. Usia remaja merupakan usia yang paling rawan mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti kehamilan usia dini, aborsi yang tidak aman, infeksi menular seksual (IMS) termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), pelecehan seksual dan perkosaan. Dengan adanya pendidikan, diharapkan masalah-masalah tersebut dapat dicegah.²

Di Indonesia, pendidikan kesehatan reproduksi belum banyak dilakukan. Pendidikan kesehatan reproduksi tidak tercakup di dalam kurikulum sekolah seperti yang direkomendasikan oleh WHO, karena adanya konflik antara nilai tradisi Indonesia dengan globalisasi kebarat-baratan yang dianggap muncul

seiring adanya pendidikan kesehatan reproduksi.¹ Di sisi lain, kasus-kasus yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi di Indonesia masih tinggi. Sebagai contoh, angka remaja wanita usia 15-19 tahun yang melahirkan pada tahun 2002-2007 mencapai 52 per 1000 orang.³ Data dari Kementerian Kesehatan RI menyatakan bahwa sejak April hingga Juni 2011, jumlah kasus *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) baru yang dilaporkan adalah 2.001 kasus dari 59 kabupaten/kota di 19 propinsi.⁴ Kota Semarang sendiri menjadi kota dengan jumlah penderita HIV/AIDS terbanyak di seluruh Jawa Tengah selama lima tahun terakhir.⁵

Hal-hal tersebut di atas menunjukkan pentingnya pendidikan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan reproduksi. Ada pun pendidikan kesehatan reproduksi di Indonesia umumnya dilakukan dalam bentuk penyuluhan oleh lembaga-lembaga di luar sekolah, seperti BKKBN dan PKBI. Penyuluhan lebih banyak dilaksanakan di tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) daripada Sekolah Menengah Pertama (SMP), padahal angka partisipasi pelajar SMP di Indonesia lebih tinggi daripada angka partisipasi SMA.⁶ Penelitian menunjukkan bahwa remaja di negara-negara berkembang sangat membutuhkan pendidikan kesehatan reproduksi. Remaja yang berada di tingkat awal sekolah menengah mempunyai risiko melakukan hubungan seksual di luar nikah baik disengaja maupun tidak. Oleh karena itu, masa yang paling tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi adalah pada tingkat akhir sekolah dasar. Hal ini juga akan menolong remaja yang tidak dapat melanjutkan studinya ke sekolah menengah.⁷ Selain itu, WHO menekankan pentingnya pendidikan kesehatan

reproduksi kepada remaja muda (*younger adolescents*), yaitu kelompok usia 10 hingga 14 tahun. Usia ini merupakan masa emas untuk terbentuknya landasan yang kuat tentang kesehatan reproduksi, sehingga dapat mempersiapkan mereka untuk mengambil keputusan seksual yang lebih aman dan bijaksana dalam hidupnya.¹

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, penelitian dilakukan untuk mengetahui pengaruh pendidikan, dalam hal ini dengan melakukan penyuluhan, terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa-siswi Sekolah Menengah Pertama (SMP), yang termasuk dalam kelompok usia remaja muda. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan pendidikan kesehatan reproduksi dengan cara penyuluhan kepada remaja untuk mengatasi tingginya masalah kesehatan reproduksi di Indonesia, khususnya di Semarang.

1.2 Permasalahan penelitian

Apakah penyuluhan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui kebutuhan informasi kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji.
2. Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan.

1.4 Manfaat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi mengenai pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji, memberi informasi kepada instansi terkait sebagai dasar untuk pengembangan kebijakan mengenai penyuluhan kesehatan reproduksi pada remaja siswa sekolah menengah pertama, dan memberi informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut tentang pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja, terkait perilaku seksual dan pengambilan keputusan.

1.5 Keaslian penelitian

Penelitian mengenai pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja siswa sekolah menengah pertama belum pernah dilakukan di Semarang.

Adapun penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan antara lain:

Tabel 1. Orisinalitas penelitian

Nama Peneliti	Judul	Sampel	Hasil	Publikasi
Rachma Wardani	Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja perempuan SMP Muhammadiyah 7 Surakarta	61 siswi (31 orang pada kelompok kasus dan 30 orang pada kelompok kontrol)	Terdapat pengaruh pemberian penyuluhan yang secara statistik signifikan terhadap pengetahuan remaja SMP tentang kesehatan reproduksi remaja yang disuluh rata-rata mendapatkan 1,6 poin lebih tinggi daripada remaja yang tidak disuluh	Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta (2009)
Tahiruddin	Hubungan pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang bahaya HIV/AIDS di SMP Eka Sakti Semarang	54 responden (28 siswa perempuan dan 26 siswa laki-laki)	Terdapat perubahan tingkat pengetahuan dari 48,1% menjadi 87,0%	Universitas Diponegoro Semarang (2007)

Tabel 1 (lanjutan)

Mariana	Perbedaan	152	Ada perbedaan	Universitas
Niken	pengetahuan	responden	pengetahuan dan sikap	Diponegoro
Yustikasari	dan sikap mengenai kesehatan reproduksi antara siswa SMU yang mendapat dan tidak mendapat penyuluhan	(81 orang pada kelompok kasus dan 80 orang pada kelompok kontrol)	yang signifikan antara siswa yang mendapat penyuluhan dan yang tidak mendapat penyuluhan	Semarang (2002)
Andrea	Research into	4.050	Penyuluhan seksual secara	BMC
Grauvogl,	the efficacy and	remaja	ringkas dapat mengurangi	Public
Silvia	cost-	dibagi	waktu pencarian tenaga	Health.
MAA	effectiveness of	dalam tiga	ahli dalam masalah	2009;
Evers,	brief, free of	kelompok	kesehatan seksual, dan	9:459.
Katy van	charge and	perlakuan	dapat mencegah	
den Hoek,	anonymous sex		konsekuensi di kemudian	
et al.	counselling to improve (mental) health in youth: Design of a randomized controlled trial		hari	

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian kesehatan reproduksi

Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Batasan yang diambil dari definisi menurut *World Health Organization* (WHO) ini lebih luas dan dinamis dibandingkan batasan sebelumnya yang hanya mencakup tiga aspek yaitu fisik, mental, dan sosial. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari kelengkapan fisik, mental, dan sosialnya saja, tetapi juga melalui produktivitasnya dalam berkegiatan, maupun dalam pekerjaan dan mata pencahariannya.⁸

Kesehatan reproduksi, menurut Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*) didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya tiadanya penyakit atau kelemahan, tetapi dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses-prosesnya.⁹ Menurut Mace, Bannerman, dan Burton (1974), kesehatan reproduksi adalah kemampuan untuk mengontrol dan menikmati perilaku seksual dan reproduksi sejalan dengan etika sosial dan personal; kebebasan dari rasa takut, rasa malu, rasa bersalah, prasangka dan faktor psikologis lainnya yang menghambat respon

seksual dan menghalangi relasi dengan sesama; kebebasan dari kelainan organik, penyakit, maupun defisiensi yang berhubungan dengan fungsi reproduksi.¹⁰

Kesehatan reproduksi menjadi hal yang perlu diperhatikan, khususnya pada remaja, sebab hal ini dapat menurunkan tingkat kematian dan kesakitan remaja saat ini, mengurangi beban penyakit di masa yang akan datang, menumbuhkan remaja menjadi pribadi yang sehat baik pada saat ini maupun di masa depan, memenuhi hak manusia, dan melindungi produktivitas remaja.¹¹

Terdapat banyak faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi pada remaja. Faktor-faktor tersebut yaitu kepantasan hubungan seksual di kalangan remaja, cara yang ditempuh untuk mencapai pemenuhan kebutuhan seksual, cara mengakses jasa serta informasi terkait kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi remaja, derajat tingkat perilaku yang dipengaruhi oleh tinggi-rendahnya pengetahuan, pengaruh dari masyarakat dan budaya yang menyimpang, serta cara mengendalikan kesuburan secara efektif.¹²

2.2 Tumbuh kembang remaja

Pengertian remaja menurut WHO adalah populasi dengan periode usia 10-19 tahun, sedangkan menurut Kementerian Kesehatan, definisi remaja dapat ditinjau dari beberapa sudut pandang. Secara kronologis, remaja merupakan individu yang berusia 10-19 tahun. Dalam hal fisik, periode remaja ditandai dengan adanya perubahan ciri-ciri penampilan dan fungsi fisiologis, terutama yang berhubungan dengan organ reproduksi, sedangkan dari sisi psikologis, masa

remaja merupakan saat individu mengalami perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial, dan moral, peralihan masa kanak-kanak menuju kedewasaan.¹²

Kementerian Kesehatan membagi periode remaja menjadi tiga bagian, yaitu masa remaja awal (10-13 tahun), masa remaja menengah (14-16 tahun), dan masa remaja akhir (17-19 tahun). Masa remaja awal disebut juga tahap pubertas. Pertumbuhan dan perkembangan remaja awal sangat dipengaruhi oleh faktor dari luar, seperti media massa dan *peer group*, sehingga remaja awal dalam keadaan yang kurang stabil memiliki kecenderungan untuk melakukan penyesuaian diri yang salah dibandingkan dengan remaja yang lebih stabil. Kestabilan dapat diperoleh melalui bimbingan dan pelatihan dari orang-orang di sekitarnya, misalnya orang tua dan guru.⁹

Hal yang paling menonjol dalam tumbuh kembang remaja adalah adanya perubahan fisik, kognitif, dan psikososial. Adanya perubahan hormonal dalam tubuh remaja menginisiasi perubahan fisik. Beberapa hormon yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan adalah *growth hormone* (GH), *gonadotropic hormones* yang terdiri dari *luteinizing hormone* (LH) dan *follicle stimulating hormone* (FSH), serta hormon estrogen, progesteron, dan testosteron. Perubahan hormonal ini bermanifestasi dengan terjadinya percepatan berat dan tinggi badan, selama satu tahun pertumbuhan, tinggi badan laki-laki dan perempuan meningkat sebesar 3,5-4,1 inci. Selain itu terjadi pula perkembangan karakteristik seks sekunder, yang pada laki-laki ditandai dengan pertumbuhan penis, pembesaran skrotum, perubahan suara, pertumbuhan kumis dan rambut wajah serta rambut ketiak, sementara perubahan pada wanita meliputi

pertumbuhan rambut pubis dan rambut ketiak, serta terjadinya *menarche* atau menstruasi pertama. Perubahan bentuk tubuh dan perkembangan otak juga terjadi pada masa remaja.⁹

Menurut teori Piaget, kemampuan kognitif remaja termasuk dalam tahap formal operasional, di mana tingkah laku yang ditampilkan oleh remaja adalah rasa kritis di mana segala hal harus rasional dan jelas, sehingga remaja sering mempertanyakan kembali aturan-aturan yang diterimanya, rasa ingin tahu yang merangsang adanya kebutuhan atau kegelisahan akan sesuatu yang harus dipecahkan, dan jalan pikiran egosentris yang berkaitan dengan penentangan terhadap pendapat atau pola pikir orang lain yang tidak sejalan dengan pola pikir diri sendiri. Di samping itu terbentuk pula *imagery audience*, keadaan di mana remaja merasa selalu menjadi pusat perhatian orang lain serta *personal fables*, yaitu remaja merasa dirinya unik dan berbeda dengan orang lain. Hal ini menyebabkan kecenderungan terbentuknya konsep diri yang terpengaruh dari luar.¹² Sementara itu, menurut Erikson (1956), perkembangan psikososial terdiri atas delapan tahap, dan lima diantaranya dilalui oleh remaja.⁹

1. Kepercayaan melawan ketidakpercayaan

Tahapan ini terjadi di awal kehidupan, selama satu hingga dua tahun pertama. Anak belajar untuk percaya pada dirinya sendiri maupun lingkungannya. Untuk itu, dibutuhkan kualitas interaksi yang baik, khususnya antara orang tua dan anak.⁹

2. Otonomi melawan keraguan

Bagi mayoritas remaja, membangun rasa otonomi atau kebebasan merupakan bagian dari transisi emosional. Selama masa ini, terjadi perubahan ketergantungan, yang awalnya khas kanak-kanak mengarah kepada otonomi khas dewasa.⁹

3. Inisiatif melawan rasa bersalah

Tahapan ini berlangsung pada usia pra-sekolah dan awal usia sekolah. Anak cenderung aktif bertanya untuk memenuhi rasa ingin tahu dan wawasannya dengan cara bermain aktif, bekerja sama dengan orang lain, dan belajar bertanggung jawab dengan tingkah lakunya.⁹

4. Kerajinan melawan perasaan rendah diri

Pada tahap ini, terjadi persaingan dalam kelompok. Rasa percaya diri anak mulai terasah, begitu pula dengan kemandiriannya. Anak juga lebih termotivasi untuk belajar dengan tekun.⁹

5. Identitas melawan kebingungan identitas

Remaja berusaha mengaktualisasikan dirinya untuk menjawab pertanyaan “Siapakah saya?” dan mengadakan upaya-upaya untuk bertindak baik dan benar sesuai aturan. Di sisi lain, pada tahapan ini dapat pula terjadi penyimpangan identitas. Identitas seksual di masa ini juga dibangun.⁹

2.3 Materi kesehatan reproduksi

Pengetahuan yang komprehensif diperlukan untuk mampu mencapai kesehatan reproduksi yang optimal. Kesehatan reproduksi mencakup pemahaman tentang organ reproduksi dan proses yang terjadi di dalamnya, upaya memelihara

kesehatan reproduksi, hal pubertas (menstruasi dan mimpi basah) dan seksualitas, kehamilan dan aborsi, serta penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS.²²

Berikut ini akan dibahas beberapa materi yang berkaitan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi, khususnya pada remaja.

2.3.1. Anatomi dan fisiologi organ reproduksi

Hal yang perlu dipahami oleh remaja adalah bahwa pria dan wanita memiliki organ reproduksi yang berbeda, baik dalam hal struktur maupun pada fungsinya. Alat reproduksi pria terdiri dari testis dan penis, sedangkan pada wanita terdiri atas ovarium, uterus, dan vagina. Berikut ini penjelasan fungsi tiap organ reproduksi yang dapat dijelaskan kepada remaja:⁹

a. Testis

Pria memiliki dua buah testis yang terbungkus oleh lapisan yang disebut skrotum. Testis adalah organ penghasil sel-sel sperma pada tubuh pria. Organ ini juga merupakan tempat sekresi hormon testosteron.⁹

b. Penis

Penis adalah alat reproduksi pria yang berfungsi sebagai saluran cairan mani. Saluran yang ada pada struktur penis disebut juga uretra. Uretra tidak hanya berfungsi mengalirkan cairan mani, tetapi juga untuk mengalirkan urin saat berkemih.⁹

c. Ovarium

Setiap wanita memiliki satu pasang ovarium. Ovarium atau disebut juga indung telur adalah organ reproduksi wanita yang berperan sebagai tempat pembentukan dan pematangan sel telur atau ovum. Ovarium juga mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron.⁹

d. Uterus

Uterus atau rahim adalah tempat menempelnya sel telur yang sudah matang dan bertemu dengan sperma, yang kemudian akan bertumbuh menjadi janin. Apabila sedang tidak terjadi pembuahan, dinding rahim bagian dalam (endometrium) akan meluruh dan mengelupas, dan proses ini disebut dengan menstruasi atau datang bulan.⁹

e. Vagina

Vagina adalah saluran yang menghubungkan uterus dengan alat reproduksi bagian luar.⁹

2.3.2. Cara memelihara kesehatan organ reproduksi

Pada wanita, cara memelihara kesehatan organ reproduksi yang dianjurkan adalah dengan tidak memasukkan benda-benda asing ke dalam vagina, menggunakan celana dalam yang bahannya menyerap keringat dengan baik, tidak menggunakan celana yang terlalu ketat, dan tidak berlebihan dalam menggunakan pembilas vagina.¹²

Penetrasi benda asing dalam vagina dapat menyebabkan peradangan atau masuknya kuman-kuman yang mengganggu metabolisme

tubuh. Penggunaan celana dalam yang tidak ketat dan mudah menyerap keringat merupakan hal yang penting, sebab hal ini dapat menghindarkan vagina dari kondisi yang terlalu lembab, yang mudah menyebabkan tumbuhnya jamur. Selain itu, penggunaan cairan antiseptik pembilas vagina juga tidak disarankan, karena penggunaan yang tidak sesuai aturan akan menyebabkan bakteri normal pada vagina terbunuh dan memudahkan kuman patogen dalam menyerang saluran reproduksi tersebut.¹²

Saat sedang membersihkan saluran kemih dan saluran pencernaan (anus), perlu diperhatikan bahwa arah yang benar adalah dari depan ke belakang, sehingga menghindari kuman dari saluran cerna masuk ke dalam saluran kemih. Air yang digunakan juga diusahakan sebersih mungkin.⁹

Pada pria, prinsip pemeliharaan kesehatan reproduksi umumnya sama dengan wanita, tetapi yang penting adalah perlunya melakukan sunat, untuk mencegah penumpukan kotoran pada lipatan luar penis (smegma) sehingga alat kelamin menjadi lebih bersih. Glans penis harus selalu dibersihkan dari sisa urin setiap selesai berkemih. Baik pria maupun wanita perlu rajin mencukur bulu pubis (rambut kemaluan) masing-masing, untuk menghindari terjadinya pertumbuhan kutu ataupun jamur yang menimbulkan rasa gatal dan tidak nyaman.⁹

2.3.3. Pubertas

Pubertas adalah masa peralihan dari kanak-kanak menuju remaja, yang terjadi karena adanya aktivasi hormon gonadotropin pada hipofisis,

dan juga hormon steroid terkait seks, yang menimbulkan perubahan dan karakteristik seksual pada manusia, secara primer dan sekunder. Pada populasi sehat, pubertas wanita dimulai usia 10-13 tahun dan berakhir di usia rata-rata 16 tahun, sedangkan pada pria dimulai usia 12-15 tahun dan berakhir di usia 18 tahun. Massa tulang yang tertinggi dicapai pada usia awal 20-an.²¹

Maturitas seksual dikelompokkan dengan menggunakan skala visual Tanner. Pada wanita terdapat dua kategori yang masing-masing terdiri dari lima tahapan, yaitu bentuk payudara (B1-B5) dan distribusi rambut pubis (P1-P5), di mana tahap 1 menggambarkan kondisi pra pubertas dan tahap 5 menunjukkan ukuran dan bentuk dewasa. Skala Tanner pada pria menggunakan kategori perubahan ukuran dan bentuk organ genitalia testis serta penis (G1-G5) dan pertumbuhan rambut pubis (P1-P5).¹

Karakteristik primer merupakan ciri-ciri tubuh yang terlibat langsung pada fungsi dan proses reproduksi, sedangkan karakteristik seks sekunder adalah ciri-ciri tubuh yang tidak berhubungan langsung pada fungsi reproduksi, tetapi umumnya terlibat secara signifikan pada fungsi seksualitas. Karakteristik primer ditandai dengan terjadinya menstruasi yang diawali *menarche* pada wanita, dan terjadinya pematangan sel spermatozoa yang ditandai *spermarche* atau mimpi basah pada pria.¹³ Karakteristik sekunder pada wanita meliputi: peningkatan tinggi badan terutama pada ekstremitas¹⁴, pertumbuhan rambut di sekitar daerah pubis

dan ketiak, kulit tubuh yang mengalami penghalusan, peninggian nada suara, pembesaran payudara, serta feminisasi bentuk tubuh pada pinggul, pinggang, dan paha.¹²

Sedangkan pada pria, karakteristik sekunder ditandai dengan tumbuhnya rambut pada sekitar pubis, kaki, tangan, dada, ketiak, dan wajah, perubahan suara menjadi besar dan rendah, penonjolan otot-otot tubuh, terutama di daerah bahu dan dada, peningkatan tinggi dan berat badan, dan pembesaran testis.¹²

Pada masa pubertas, terdapat berbagai perubahan biologis baik pada laki-laki maupun perempuan. Menstruasi atau haid adalah proses perdarahan yang teratur, periodik, dan siklik dari uterus, yang disertai dengan pelepasan endometrium. Perdarahan yang pertama kali dialami seorang wanita disebut *menarche*, dan umumnya terjadi sejak usia 10-13 tahun, dengan rata-rata 12,8 tahun.^{1,14}

Siklus haid berputar selama kurang lebih 28 hari, di mana total siklus dihitung dari jarak antara tanggal mulainya haid yang lalu hingga mulai haid yang berikutnya. Terdapat beberapa fase dalam siklus haid tersebut, yaitu:¹⁴

a. Fase menstruasi

Fase ini berlangsung selama 2 hingga 6 hari, dan pada saat ini endometrium lepas dan meluruh sehingga timbul perdarahan.

b. Fase proliferasi

Tahapan ini dimulai setelah perdarahan berakhir, dan berlangsung hingga saat ovulasi. Fase ini berguna untuk menumbuhkan endometrium agar siap menerima ovum yang dibuahi. Bersamaan dengan fase ini, terjadi pematangan folikel sel telur di ovarium.¹⁴

c. Fase sekresi

Fase ini merupakan kelanjutan dari fase proliferasi. Selama 11-13 hari, terbentuk korpus luteum dan juga penebalan kelenjar endometrium. Apabila tidak terjadi pembuahan pada sel telur yang matang, maka korpus luteum tidak lagi berkembang, dan tingginya hormon estradiol serta progesteron menyebabkan penyempitan pembuluh darah di uterus, dan terjadi iskemi endometrium yang berujung dengan lepasnya kembali endometrium.¹⁴

Pada fase haid, perawatan juga perlu dilakukan, sebab pada tahapan ini mudah terjadi infeksi pada organ reproduksi. Kebersihan harus dijaga karena kuman lebih mudah masuk dan dapat menimbulkan penyakit pada saluran reproduksi. Pembalut perlu diganti secara berkala apabila telah penuh atau terasa tidak nyaman.¹²

Pada pria, fase pubertas salah satunya ditandai dengan terjadinya pengeluaran sel spermatozoa pertama kali pada spesimen urin pagi hari. Hal ini dikenal sebagai *spermarche*, atau dalam bahasa sehari-hari disebut

mimpi basah. Spermarche terjadi pada rata-rata usia 13,4 tahun. Selanjutnya, adanya sperma pada urin yang disebut spermaturia berlangsung selama beberapa waktu pada masa awal pubertas, sedangkan pada masa remaja tengah dan akhir, keluarnya sperma yang tidak menyertai urin disebut sebagai ejakulasi.¹

2.3.4. Kehamilan dan aborsi

Kehamilan merupakan hal yang dinantikan oleh setiap wanita yang telah menikah dan menginginkan keturunan, tetapi dapat menjadi suatu masalah apabila terjadi pada wanita, khususnya remaja yang belum menikah.¹² Menurut data yang ada pada WHO, di Indonesia terdapat 10 hingga 20 persen wanita yang hamil sebelum usia 18 tahun, dan 10 hingga 16 persen di antaranya tidak direncanakan.¹⁵ Kehamilan yang tidak direncanakan umumnya juga merupakan kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*). Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Usia menstruasi yang semakin dini dengan usia kawin yang semakin tinggi menyebabkan masa yang rawan untuk terjadinya perilaku seksual yang cenderung negatif. Hal ini ditunjukkan dengan banyaknya kasus kehamilan remaja di luar nikah. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, khususnya tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan, tidak menggunakan maupun kegagalan penggunaan alat kontrasepsi karena tidak mengetahui metode yang benar, dan kehamilan akibat pemerkosaan oleh pasangan

kencannya (*date rape*) merupakan beberapa faktor lainnya yang mengakibatkan kehamilan yang tidak diinginkan.¹²

Kehamilan remaja dapat menimbulkan risiko yang tinggi karena dipengaruhi oleh beberapa faktor. Yang pertama, uterus belum siap untuk mendukung proses kehamilan. Pada tubuh wanita, ukuran uterus berubah sejalan dengan umur dan perkembangan hormonalnya. Pada saat bayi hingga usia kurang dari 8 tahun, perbandingan antara panjang korpus uteri dengan serviks adalah 1:2. Ukuran korpus uteri akan bertambah hingga usia anak 14 tahun, pada masa ini panjang korpus uteri akan kurang lebih sama dengan panjang serviks. Pada wanita dewasa (18-19 tahun), perbandingannya menjadi 2:1. Hal ini menyebabkan uterus menjadi tidak stabil apabila harus menampung janin saat usia belum mencapai 18 tahun.^{12,16} Selain itu, sistem hormonal yang mengatur reproduksi belum terkoordinasi dengan lancar. Pada usia 14-19 tahun, sistem hormonal belum stabil. Di masa ini, hormon gonadotropin baru mulai bekerja dalam proses pematangan ovarium dan uterus. Apabila telah terjadi pembuahan pada saat demikian, hal ini akan meningkatkan risiko pada kehamilan seperti terjadinya perdarahan, persalinan prematur, bahkan abortus. Selain itu, usia kehamilan yang terlalu dini dapat memperpanjang rentang usia reproduksi aktif. Hal ini meningkatkan risiko terjadinya kanker serviks di kemudian hari.^{12,16} Dan selanjutnya, kematangan psikologis untuk menghadapi proses persalinan dan untuk selanjutnya mengasuh anak umumnya belum dicapai oleh remaja.¹²

Terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan meningkatkan risiko pengambilan keputusan aborsi pada remaja. Istilah aborsi dipakai untuk menjelaskan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Aborsi buatan adalah pengakhiran kehamilan sebelum 20 minggu akibat tindakan.¹⁴ Diperkirakan 2,2 hingga 4 juta remaja wanita di dunia melakukan aborsi setiap tahunnya. Kelompok remaja menduduki 14% dari total kasus aborsi yang tidak aman, karena kurangnya akses aborsi yang aman dan legal, yang dilakukan oleh oknum yang kurang memiliki keterampilan dan kurang memiliki standar medis minimal.¹⁵ Di Indonesia, *abortus provocatus* atau aborsi buatan masih dilarang dan diatur dalam Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) Pasal 346, sebab aborsi dianggap sama dengan mematikan insan yang hidup.¹⁴ Adapun aborsi dapat memicu risiko keselamatan dan kesehatan fisik, serta risiko psikologis.¹² Risiko keselamatan dan kesehatan fisik antara lain kematian karena perdarahan, perforasi uterus, sepsis, kelainan plasenta, kerusakan serviks, dan peningkatan risiko terjadinya kanker payudara dan kanker ovarium. Sedangkan risiko psikologis meliputi perasaan depresi akibat penyesalan, dan sindrom pasca aborsi yang meliputi mimpi buruk, percobaan bunuh diri, histeria, penyalahgunaan obat-obatan, dan rasa kehilangan harga diri. Untuk itulah, sebelum terjadi kehamilan tidak diinginkan yang berujung pada aborsi, perlu dilakukan upaya pencegahan, dan juga perawatan untuk para remaja wanita yang telah mengalami hal demikian.¹⁵

2.3.5 Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS

Penyakit Menular Seksual atau PMS adalah penyakit infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Beberapa penyakit yang banyak ditemukan di Indonesia yaitu:

1. Gonore

Penyakit gonore disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*. Pada pria, gejala meliputi rasa nyeri saat berkemih (disuria), keluarnya sekret kuning kehijauan, dan pembengkakan pada penis, sedangkan pada wanita, 60% kasusnya tidak ada gejala, dan sisanya mengalami gejala seperti keputihan dan rasa nyeri di daerah pelvis.¹⁷

2. Sifilis

Penyakit yang dikenal dengan sebutan raja singa ini disebabkan oleh infeksi *Treponema pallidum*. Masa inkubasi berkisar 2-6 minggu, dan dapat mencapai 13 minggu setelah masuknya kuman melalui hubungan seks. Gejala pada tahap infeksi primer umumnya ringan, hanya berupa benjolan yang tidak nyeri dan gejala seperti flu yang hilang tanpa diobati. Gejala sekunder disebut pula masa laten, pada saat ini hanya ditemukan bercak-bercak kemerahan di tubuh. Masa laten dapat berlangsung 2 hingga 3 tahun. Selanjutnya gejala tersier akan muncul pada tahun kelima hingga kesepuluh, yang bermanifestasi sebagai kelainan saraf, pembuluh darah, dan jantung.¹⁷

3. Herpes genitalis

Infeksi virus *Herpes simplex* menyebabkan penyakit ini. Gejala yang ditimbulkan adalah munculnya bintil-bintil berair dan berkelompok yang nyeri di sekitar alat kelamin, dan kemudian dapat pecah, mengering dan menghilang. Bintil-bintil ini dapat kambuh kembali apabila ada faktor pencetus, dan umumnya akan hilang timbul seumur hidup.¹⁷

4. HIV/AIDS

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Virus ini menyerang leukosit, terutama pada sel CD4 yang merupakan bagian dari sel limfosit T. Fase akhir dari infeksi HIV disebut AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), yang merupakan kumpulan penyakit yang timbul karena kekebalan tubuh yang sangat rendah, seperti tuberkulosis, pneumonia, dan infeksi jamur sistemik. Virus ini menular melalui cairan tubuh, yaitu darah, sperma, dan air susu ibu. Jalur transmisi HIV adalah melalui hubungan seksual dengan orang yang terinfeksi, penggunaan jarum suntik yang tidak steril dan berganti-gantian pada penyalahguna narkotika dan obat-obatan terlarang, transfusi darah dari orang yang terinfeksi, serta transmisi ibu ke anak melalui plasenta (*in utero*), jalan lahir, maupun air susu ibu.¹⁸

Manifestasi klinis dari infeksi HIV secara garis besar dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu:¹⁸

1. Sindrom HIV (retroviral) akut

Fase ini dialami 50-70% penderita yang terinfeksi virus HIV. Sindrom akut terjadi pada 3-6 minggu setelah virus masuk, dan gejalanya meliputi demam, faringitis, artralgia, myalgia, limfadenopati, ruam makulopapuler, ulkus di mukokutan, mual, muntah, diare, dan meningitis aseptik. Gejala-gejala ini akan hilang setelah 1 hingga 2 minggu seiring dengan terbentuknya respon imun terhadap HIV. Mayoritas penderita kemudian akan memasuki fase laten klinis, dan hanya sedikit yang langsung mengalami gejala klinis progresif.¹⁸

2. Infeksi asimtomatik

Rentang waktu antara terjadinya infeksi dengan perkembangannya menjadi AIDS bervariasi, tetapi rata-rata berkisar 10 tahun. Pada fase ini umumnya terjadi replikasi virus yang aktif dan penurunan jumlah total sel CD4.¹⁸

3. Fase simptomatik

Gejala yang disebabkan oleh virus HIV dapat timbul kapan saja setelah seseorang terinfeksi. Umumnya, spektrum gejala AIDS akan berubah seiring dengan menurunnya CD4. Komplikasi yang lebih parah dan mengancam nyawa pada penderita AIDS umumnya terjadi pada saat jumlah sel CD4 kurang dari 200/ μ l.

Kurang lebih 60 persen kematian pada penderita AIDS disebabkan oleh infeksi selain HIV, seperti infeksi bakteri dan jamur. Kunci dari terapi AIDS baik infeksi primer maupun sekunder adalah dengan mengupayakan kontrol terhadap replikasi virus menggunakan obat-obatan antiretroviral, dan juga profilaksis apabila diindikasikan.¹⁸

Sindrom utama yang muncul pada AIDS yaitu limfadenopati generalisata persisten dan gejala konstitusional seperti diare, demam, dan penurunan berat badan tanpa sebab. Selain itu dapat timbul pula penyakit saraf seperti ensefalopati HIV (demensia), limfoma sistem saraf pusat, meningitis aseptik, mielopati, neuropati perifer, dan miopati. Penyakit infeksi sekunder yang sering dialami penderita AIDS adalah pneumonia *Pneumocystis carinii*, CMV, *Candida albicans*, *Toxoplasma gondii*. Selain itu sering timbul neoplasma sekunder seperti sarkoma Kaposi dan neoplasma limfoid.¹⁸

2.4 Pengetahuan kesehatan reproduksi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu hal. Terdapat beberapa tahapan dalam pengetahuan kognitif, yaitu:⁸

- a. Tahu (*know*), adalah pengingatan materi yang telah dipelajari dalam bentuk mengulangi definisi, atau mengingat kembali (*recalling*). Tahu merupakan tingkat pengetahuan paling rendah.
- b. Memahami (*comprehension*), merupakan kemampuan untuk menjelaskan sebuah objek dengan baik dan benar, dengan bentuk interpretasi maupun kesimpulan.
- c. Aplikasi (*application*), adalah kemampuan untuk menerapkan hal yang telah dipelajari ke dalam situasi nyata atau kasus tertentu.
- d. Analisis (*analysis*), diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan suatu objek ke dalam komponen tertentu yang saling berkaitan.
- e. Sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan untuk menghubungkan materi-materi yang telah dipelajari ke dalam bentuk atau formulasi yang baru.
- f. Evaluasi (*evaluation*), adalah kemampuan menilai dan memeriksa objek yang telah didapatkan dengan berdasarkan kriteria-kriteria tertentu.

Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan, khususnya tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Usia

Semakin bertambah usia seseorang, diasumsikan bertambah pula pengetahuannya seiring dengan bertambahnya pengalaman dan kematangan diri.²⁸ Sebuah penelitian di India menunjukkan bahwa terjadinya pernikahan dini di usia kurang dari 18 tahun berhubungan

dengan kurangnya pengetahuan yang dibutuhkan tentang kesehatan reproduksi.²³

2. Tingkat pendidikan

Pendidikan yang baik akan meningkatkan pengetahuan, dan juga memudahkan seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang lebih tinggi. Pendidikan dalam hal ini dapat diperoleh secara formal maupun non formal. Pendidikan non formal didapatkan dari keluarga, organisasi, dan masyarakat, sedangkan pendidikan formal diperoleh di sekolah.³⁰ Pendidikan di sekolah menjadi faktor protektif terhadap inisiasi seksual dini, pernikahan dini, dan juga kehamilan usia muda di banyak negara di dunia.¹ Di sisi lain, pendidikan non formal yang diperoleh melalui informasi dan komunikasi dengan orang tua juga berpengaruh terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. Orang tua yang berpendidikan tinggi dapat menyampaikan informasi tentang konsekuensi negatif hubungan seks sebelum menikah dengan lebih baik dibandingkan dengan orang tua yang berpendidikan lebih rendah.²⁴

3. Sosial dan ekonomi

Kondisi sosial dan ekonomi seseorang mempunyai peran dalam meningkatkan kesempatannya untuk memperoleh pengetahuan.³⁰ Remaja putri dengan status sosial dan ekonomi yang rendah cenderung pernah melakukan seks sebelum menikah dibandingkan dengan remaja yang berstatus sosial dan ekonomi lebih tinggi.²⁶

4. Lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya (*peer group*)

Pengaruh kelompok sebaya pada remaja dapat tercermin dalam sikap, pembicaraan, dan perilaku seseorang. Adanya dukungan dari pergaulan akan memperbesar kesempatan remaja untuk mempelajari pola-pola perilaku dan dengan demikian meningkatkan pengetahuan.³⁰ Meskipun tidak selalu memberikan dampak yang positif, pergaulan dengan kelompok sebaya juga merupakan faktor protektif terhadap inisiasi seksual usia dini.¹

5. Paparan informasi

Paparan informasi mempengaruhi tingkat pengetahuan remaja dalam berbagai hal, termasuk tentang kesehatan reproduksi. Informasi yang didapatkan remaja dapat diperoleh melalui bermacam-macam sumber, seperti media massa, konseling, penyuluhan, dan internet.²⁵

2.5 Penyuluhan kesehatan reproduksi

Kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik internal (dari dalam diri manusia) maupun eksternal (dari luar manusia). Faktor-faktor ini oleh HL Blum dikelompokkan menjadi empat bagian, yang menurut besar pengaruhnya terhadap kesehatan yaitu:⁸

1. Lingkungan, secara fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan lain-lain
2. Perilaku
3. Pelayanan kesehatan

4. Keturunan (herediter)

Untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, perlu dilakukan kegiatan yang disebut upaya kesehatan. Upaya kesehatan dilakukan oleh pemerintah dan masyarakat, baik secara individu, kelompok, maupun juga di lembaga pemerintahan atau swadaya masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan cara kuratif (pengobatan penyakit), rehabilitatif (pemulihan kesehatan setelah mengalami keadaan sakit), preventif (pencegahan terhadap penyakit) dan promotif (peningkatan kondisi kesehatan secara optimal). Untuk melakukan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, intervensi atau upaya kesehatan tersebut harus diarahkan kepada keempat faktor yang ada.⁸

Intervensi dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti perbaikan gizi, pembangunan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan sanitasi lingkungan, pendidikan kesehatan, dan lain-lain. Secara garis besar, terdapat dua jenis upaya intervensi terhadap faktor perilaku. Yang pertama adalah tekanan (*enforcement*), yaitu intervensi dengan pembentukan aturan, undang-undang, atau tata cara yang memaksa seseorang atau masyarakat untuk berperilaku sesuai dengan ketentuan. Umumnya perilaku yang tercipta melalui intervensi ini sifatnya tidak permanen, karena tidak didasari oleh kesadaran yang tinggi dari masyarakat. Cara kedua adalah dengan edukasi, yaitu intervensi yang lebih persuasif, memberikan informasi, mengajak, dan menghimbau. Untuk dapat menimbulkan perubahan perilaku dengan upaya ini memang dibutuhkan lebih banyak waktu dibandingkan dengan cara tekanan, tetapi perilaku yang tercipta akan lebih mampu dipertahankan oleh masyarakat

yang menerimanya. Pendidikan kesehatan adalah bentuk intervensi yang terutama terhadap faktor perilaku.⁸

Pendidikan secara umum adalah segala usaha yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Unsur-unsur dalam pendidikan meliputi input yang merupakan sasaran pendidikan dan para pendidik, proses yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, dan output dalam bentuk perilaku.⁸

Pendidikan kesehatan adalah upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan mengusahakan masyarakat menyadari dan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, menghindari dan mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan, dan sebagainya. Hal ini disebut dengan ‘melek kesehatan’ (*health literacy*). Selanjutnya, kesadaran masyarakat tersebut berlanjut hingga mencapai perilaku kesehatan (*healthy behaviour*). Ini berarti kesehatan tidak hanya untuk diketahui dan disadari, tetapi juga untuk dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari (*healthy lifestyle*).⁸

Hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah adanya perubahan perilaku. Terdapat beberapa dimensi dalam perubahan perilaku, yaitu:⁸

1. Perubahan perilaku, dari perilaku yang tidak sehat menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai kesehatan.

2. Pembinaan perilaku, ditujukan pada perilaku masyarakat yang telah baik untuk dipertahankan dan terus dilanjutkan.
3. Pengembangan perilaku, umumnya untuk anak-anak, bertujuan untuk membiasakan perilaku sehat sejak dini.

Penyuluhan merupakan salah satu contoh cara pendidikan kesehatan. Menurut Notoatmodjo, penyuluhan termasuk dalam bentuk pendidikan kesehatan dalam faktor-faktor predisposisi, yang bertujuan menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat. Dalam Undang-undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, pasal 38 ayat 1, tertulis bahwa “Penyuluhan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan yang melekat pada setiap kegiatan upaya kesehatan. Penyuluhan kesehatan masyarakat diselenggarakan untuk mengubah perilaku seseorang atau kelompok masyarakat agar hidup sehat melalui komunikasi, informasi, dan edukasi.” Dalam penjelasan atas ayat tersebut dikemukakan bahwa penyuluhan kesehatan masyarakat diselenggarakan guna meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat, dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. Melihat penjelasan di atas, jelas bahwa hal-hal yang perlu ada dalam sebuah penyuluhan adalah komunikasi, informasi, dan edukasi.⁸

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan dalam bentuk verbal atau nonverbal, untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Komunikasi verbal merupakan proses komunikasi yang menggunakan bahasa lisan maupun tulisan, sedangkan komunikasi yang menggunakan simbol-simbol disebut komunikasi nonverbal. Untuk mencapai komunikasi yang efektif, perlu dipenuhi beberapa

unsur, yaitu komunikator atau penyampai pesan, komunikan atau penerima pesan, pesan itu sendiri, dan juga media penyalur pesan.⁸

Komunikasi kesehatan didefinisikan sebagai strategi untuk menginformasikan dan mempengaruhi keputusan individu dan komunitas yang meningkatkan kesehatan. Komunikasi kesehatan memiliki banyak manfaat, yaitu dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu kesehatan, meningkatkan pengetahuan, mempengaruhi sikap hidup masyarakat, mempengaruhi persepsi tentang kemampuan seseorang untuk melakukan suatu perilaku, memperagakan suatu keterampilan sederhana, memotivasi untuk bertindak, meningkatkan permintaan dan dukungan terhadap layanan kesehatan, memperkuat perilaku yang sudah ada, dan membangun norma sosial. Keterbatasan dari komunikasi kesehatan adalah hal ini kurang dapat menyebabkan perubahan perilaku yang bertahan, sebab diperlukan komponen lainnya seperti pelayanan medis atau perubahan kebijakan untuk membuat perilaku yang menetap.¹⁹

Informasi atau pesan adalah salah satu unsur dari proses komunikasi. Untuk dapat menyampaikan informasi, diperlukan metode dan media yang tepat. Metode yang digunakan pada pendidikan kesehatan perlu disesuaikan dengan sarannya. Sebagai contoh, apabila sasaran penerima informasi adalah remaja, maka metode yang diterapkan harus tepat dengan kebutuhan dan usia remaja tersebut. Apabila sasaran yang dituju adalah perorangan, metode yang digunakan juga tidak sama dengan sasaran kelompok atau umum.⁸

Metode didefinisikan sebagai pendekatan atau prosedur sistematis yang secara khusus dijalankan atau dilaksanakan oleh pengajar, penyaji, dan pembicara untuk menyampaikan informasi, pandangan objektif, dan materi pelajaran. Metode akan menentukan seberapa baik suatu informasi dapat diterima dan diingat¹⁹. Berikut ini beberapa contoh metode pendidikan:⁸

1. Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode individual digunakan untuk pembinaan perilaku baru, seperti pada ibu yang akan mulai menggunakan kontrasepsi, pria yang ingin berhenti merokok, dan ibu hamil. Bentuk pendekatan yang dapat dilakukan dalam metode ini meliputi bimbingan dan konseling, serta wawancara.⁸

2. Metode pendidikan kelompok

Dalam menentukan metode untuk kelompok, terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan, seperti jumlah orang dalam kelompok, tingkat pendidikan, usia, dan latar belakang kelompok. Kelompok besar adalah kelompok yang terdiri dari 15 orang atau lebih. Metode yang dapat diterapkan pada kelompok besar meliputi:⁸

- a. Ceramah

Merupakan metode yang baik untuk semua jenis tingkat pendidikan. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan metode ini yaitu peneramah harus menguasai seluruh materi yang akan disampaikan. Dengan demikian, diperlukan persiapan yang matang seperti makalah, bahan presentasi, dan alat bantu.

b. Seminar

Seminar lebih ditujukan pada peserta dengan tingkat pendidikan menengah ke atas, sebab seminar merupakan sebuah bentuk presentasi tentang topik tertentu oleh ahli di bidangnya.

Sementara itu, dalam kelompok kecil yang kurang dari 15 orang, terdapat beberapa metode yang dapat diaplikasikan, yaitu diskusi kelompok, curah pendapat (*brainstorming*), bola salju (*snowballing*), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), bermain peran (*role play*), atau permainan simulasi (*simulation game*).⁸

Dalam menentukan metode yang akan dipilih, perlu adanya pengenalan hubungan antara sasaran, materi, dan metode. Sasaran menggambarkan tujuan khusus yang harus dicapai. Materi mencerminkan informasi yang akan disampaikan kepada peserta agar tujuan khusus dapat tercapai, sedangkan metode akan menjadi strategi yang menentukan dalam menyampaikan materi, dan membantu peserta dalam mencapai tujuan khususnya. Pendidik kesehatan disarankan untuk memilih metode yang dapat meningkatkan keberagaman program, sebab penggunaan metode tunggal sepanjang kegiatan diperkirakan akan menurunkan tingkat perhatian peserta.¹⁹

Tabel 2: Perbandingan jenis metode presentasi¹⁹

Metode Presentasi	Fokus	Karakteristik
Audiovisual	Kaset, <i>slide</i> , OHP, poster, peraga, buku, video	Efektif untuk berbagai tingkat intelegensi (bersifat <i>Multiple Intelligence/MI</i>)
Curah pendapat	Partisipasi kelompok, lahirnya ide dengan lebih cepat	Menghindari diskusi panjang, mengupayakan keterlibatan menyeluruh
Studi kasus	Pengkajian dan kritik terhadap fakta-fakta	Membantu proses berpikir secara analitik
Debat	Pengkajian dua sisi (positif dan negatif) dari sebuah masalah	Berfungsi paling baik dengan struktur
Peragaan	Memberikan penyajian visual keterampilan	Membantu peserta dengan karakter visual, keterampilan
Bermain peran (<i>role play</i>)	Peserta bertindak berdasarkan skenario	Bersifat sukarela dan membutuhkan proses
Diskusi kelompok kecil	Peserta membahas masalah sebelum atau setelah penyampaian bahan atau untuk didiskusikan di kelompok besar	Memiliki arah yang jelas, membutuhkan pengawasan untuk membantu dalam mempertahankan fokus
Diskusi kelompok besar	Sebagai tindak lanjut dari penyampaian materi atau evaluasi hasil diskusi kelompok kecil	Memungkinkan lontaran pertanyaan, dapat menjadi peluang untuk menilai hasil belajar

Dari tabel di atas dapat disimpulkan bahwa jenis metode presentasi yang tepat untuk diberikan sebagai penyuluhan kepada siswa sekolah menengah pertama adalah metode audiovisual dan diskusi kelompok, baik diskusi kelompok besar maupun diskusi kelompok kecil.

Para remaja memerlukan informasi yang tepat mengenai fungsi tubuhnya masing-masing, perkembangan seksualnya, dan juga cara untuk menghindari kehamilan tidak diinginkan pada remaja wanita. Selain itu, mereka juga memerlukan pengetahuan tentang penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan tentang cara-cara pencegahannya. Mereka perlu mengetahui hal-hal ini sebelum memasuki masa yang rawan terhadap terjadinya aktivitas seksual di masa mendatang. Dahulu sering dikatakan bahwa hal ini merupakan tugas orang tua, tetapi banyak penelitian telah menunjukkan bahwa orang tua jarang berbicara tentang kesehatan reproduksi pada anaknya, sebab mereka merasa bingung dalam menyampaikannya, kurang pengetahuan yang mendalam, dan merasa malu untuk membicarakannya.⁷

Di negara-negara maju, pendidikan kesehatan reproduksi termasuk dalam kurikulum sekolah dasar atau sekolah menengah. Meskipun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa metode pendidikan yang ada kurang berhasil apabila dilakukan pada kisaran usia yang telah mulai melakukan hubungan seksual pertama, dan tidak didukung oleh pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai, seperti pengadaan kontrasepsi. Tetapi, karena sasaran belajar pada pendidikan kesehatan reproduksi di negara-negara maju pada umumnya adalah

terwujudnya abstinensia, penggunaan kontrasepsi tidak menjadi pertimbangan yang diperhitungkan.⁷

Hal sebaliknya terjadi pada negara-negara berkembang. Remaja pada negara berkembang sangat membutuhkan pengetahuan yang benar tentang kesehatan reproduksi, sebab mayoritas negara berkembang termasuk Indonesia belum memiliki kurikulum pendidikan kesehatan reproduksi dalam sekolah dasar maupun sekolah menengah.^{7,20} Banyak faktor yang menghambat adanya pendidikan kesehatan reproduksi di Indonesia, seperti bertahannya prinsip bahwa pengetahuan tentang reproduksi dan hal yang berkaitan, seperti kontrasepsi, akan memicu timbulnya perilaku amoral pada peserta didik, dan masih kuatnya pengaruh tokoh-tokoh sosial dan agama yang pada satu sisi menganggap media dan buku yang menjadi sarana pendidikan reproduksi sebagai bentuk pornografi. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan keterlibatan tenaga kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja seiring dengan anjuran untuk tetap melakukan abstinensia sebelum menikah, dengan menjelaskan bahaya dan risiko yang ada apabila melakukan hal yang sebaliknya.^{20,25}

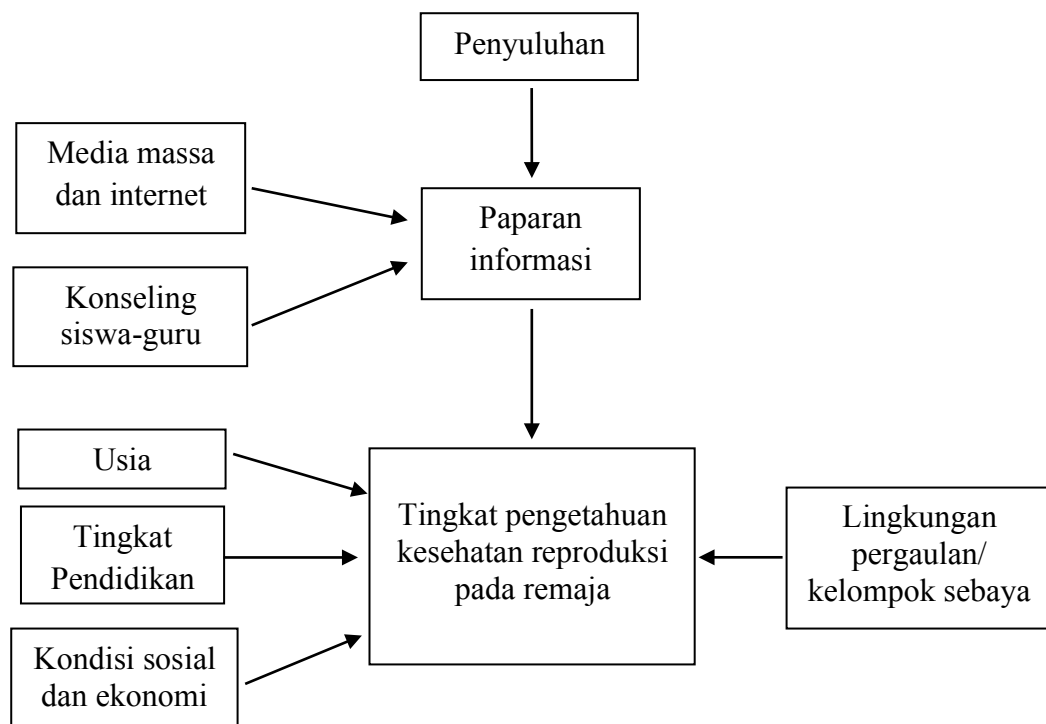
BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, & HIPOTESIS

3.1 Kerangka teori

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka, disusun kerangka teori sebagai berikut:

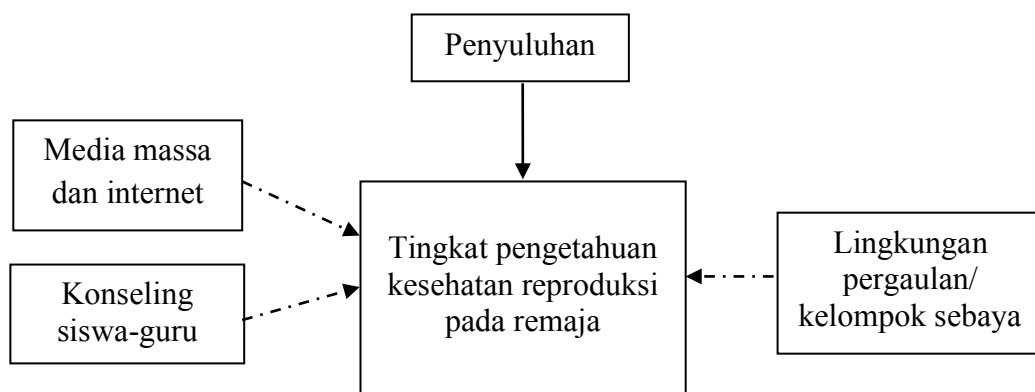
Gambar 1: Kerangka teori



3.2 Kerangka konsep

Dari kerangka teori di atas, diketahui adanya beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. Karena keterbatasan penelitian, variabel kondisi sosial dan ekonomi tidak diteliti. Variabel usia dan tingkat pendidikan dicari dalam *range* yang sama, sedangkan variabel lingkungan pergaulan/kelompok sebaya dianggap sebagai variabel perancu. Variabel paparan informasi yang berupa penyuluhan adalah variabel bebas, sedangkan paparan informasi sebelumnya seperti media massa dan internet serta konseling guru – siswa dianggap sebagai variabel perancu. Variabel perancu tersebut besarnya dapat dianalisis dari hasil *pretest*.

Gambar 2: Kerangka konsep



3.3 Hipotesis

Penyuluhan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Ruang lingkup penelitian

Ruang lingkup dari penelitian ini meliputi bidang ilmu Obstetri dan Ginekologi.

4.2 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji Semarang, pada bulan Maret – Juni 2012.

4.3 Jenis dan rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *quasi-experimental one group pretest-posttest design*.

4.4 Populasi dan sampel

4.4.1 Populasi target

Populasi target adalah seluruh siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) di Semarang.

4.4.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah siswa kelas II Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji Semarang.

4.4.3 Sampel

4.4.3.1 Kriteria inklusi:

- Siswa duduk di kelas II
- Bersedia mengikuti penelitian yang dibuktikan dengan penandatanganan lembar *informed consent*

4.4.3.2 Kriteria eksklusi:

- Sudah pernah mendapatkan penyuluhan maksimal 6 bulan sebelumnya.

4.4.3.3 Kriteria *drop out*:

- Tidak hadir dalam *posttest*
- Kuesioner yang diisi tidak lengkap

4.4.4 Cara *sampling*

Sampel diambil dengan cara *cluster sampling* dari populasi terjangkau.

4.4.6 Besar sampel

Jumlah sampel minimal untuk penelitian analitis numerik berpasangan ditentukan berdasarkan rumus:²⁷

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

n = besar sampel

α = kesalahan tipe I

β = kesalahan tipe II

S = simpangan baku

$X_1 - X_2$ = perbedaan rerata minimal yang dianggap bermakna

Perhitungan:

Peneliti menetapkan kesalahan tipe I sebesar 5% dengan hipotesis dua arah ($Z_\alpha=1.960$), dan kesalahan tipe II sebesar 15% ($Z_\beta=1.036$). Perbedaan rerata minimal yang dianggap bermakna adalah 5 poin, sedangkan simpangan baku tidak ditemukan dari kepustakaan, oleh karena itu dilakukan *judgement* selisih tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan sebesar 2 kali lipat perbedaan rerata minimal yang dianggap bermakna ($S=10$), sehingga dapat dilakukan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \left[\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)S}{X_1 - X_2} \right]^2$$

$$n = \left[\frac{(1.960 + 1.036)10}{5} \right]^2$$

$$n = 35.904064$$

Apabila dibulatkan ke atas maka besar sampel minimal yang dibutuhkan adalah 36 orang. Dengan perkiraan *drop out* sebesar 10% (4 orang), maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah sejumlah 40 orang.

4.5 Variabel penelitian

4.5.1 Variabel bebas

Penyuluhan kepada remaja siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji Semarang.

4.5.2 Variabel terikat

Tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi.

4.5.3 Variabel perancu

Variabel perancu pada penelitian ini adalah lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya, dan paparan informasi sebelumnya dari media massa, konseling, dan internet.

4.6 Definisi operasional

Tabel 3: Definisi operasional variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala
1.	Penyuluhan	Bentuk pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Materi: a. Anatomi dan fisiologi organ reproduksi b. Cara memelihara kesehatan organ reproduksi c. Pubertas d. Kehamilan dan aborsi e. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS	Nominal

Tabel 3 (lanjutan)

2.	Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi	<p>Hasil dari tahu, setelah melakukan penginderaan terhadap informasi yang diberikan pada penyuluhan.</p> <p>Pengukuran dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh siswa sebelum dan sesudah diberi penyuluhan.</p>	Rasio
3.	Paparan informasi	<p>Informasi mengenai:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anatomi dan fisiologi organ reproduksi b. Cara memelihara kesehatan organ reproduksi c. Pubertas d. Kehamilan dan aborsi e. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS <p>Yang diperoleh melalui media massa, internet, maupun konseling dengan guru atau petugas kesehatan sebelumnya.</p> <p>Pengukuran didasarkan isian siswa pada kuesioner.</p>	<p>Ordinal, dengan kriteria:</p> <p>Baik: pernah memperoleh informasi dari konseling dan media massa dan internet.</p> <p>Cukup: pernah memperoleh informasi hanya dari konseling atau hanya dari media massa dan internet.</p> <p>Kurang: belum pernah mendapat informasi.</p>
4.	Lingkungan pergaulan/ kelompok sebaya	<p>Keadaan atau komunitas di sekitar yang mempengaruhi pola perilaku dan pengetahuan seseorang, berupa pembicaraan/atau diskusi dengan teman-teman sebaya tentang kesehatan reproduksi.</p>	Nominal

4.7 Cara pengumpulan data

4.7.1 Alat dan instrumen

Alat dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Materi penyuluhan kesehatan reproduksi

Penyuluhan telah diberikan melalui metode ceramah dengan alat bantu audiovisual. Alat bantu audiovisual meliputi *slideshow*, alat peraga, dan video. Informasi yang telah disampaikan adalah mengenai anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, pubertas, kehamilan dan aborsi, serta penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.

2. Kuesioner penelitian

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini bertujuan mengukur tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi. Kuesioner tersebut disusun oleh peneliti dengan bersumber pada kepustakaan yang tersedia. Kuesioner kemudian diuji validitasnya dengan metode *judgement experts*. Kuesioner dikirimkan kepada tiga pakar di bidang Obstetri dan Ginekologi, dan setiap poin pertanyaan yang ada dinilai dengan skor:

1 : setuju pertanyaan diajukan kepada responden

0 : tidak setuju pertanyaan diajukan kepada responden

Pertanyaan dalam kuesioner dapat diajukan kepada responden apabila minimal dua orang ahli menyetujui pertanyaan tersebut diajukan.

Kuesioner terdiri dari 30 pertanyaan dengan jenis pilihan ganda (*Multiple Choice Question/MCQ*) dan identifikasi benar/salah. Penilaian didasarkan pada jumlah jawaban benar, yaitu antara 0 hingga 30. Semakin tinggi skor maka semakin tinggi tingkat pengetahuan responden, dan begitu pula sebaliknya.²⁸

3. Lembar *informed consent* yang menyatakan bahwa siswa bersedia menjadi responden penelitian.

4.7.2 Jenis data

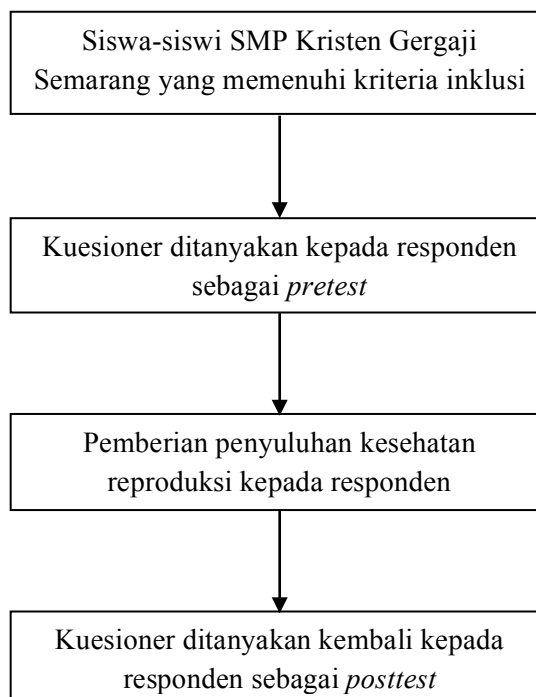
Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dari isian kuesioner responden yang telah divalidasi, beserta data karakteristik responden yang meliputi identitas siswa dan pertanyaan pembuka tentang paparan informasi sebelumnya dan lingkungan pergaulan.

4.7.3 Cara kerja

Pengambilan data penelitian dilakukan selama 3 bulan dan pengolahan serta analisis data dilakukan selama 1 bulan. Kuesioner *pretest* dibagikan kepada siswa untuk kemudian dijawab sesaat sebelum penyuluhan dimulai, sedangkan kuesioner *posttest* dibagikan satu minggu setelah penyuluhan selesai. Seluruh proses pembagian kuesioner dilakukan di SMP Kristen Gergaji Semarang.

4.8 Alur penelitian

Gambar 3: Alur penelitian



4.9 Analisis Data

Pengolahan data meliputi tahap *editing* atas data yang telah tersedia, tahap pengkodean dan penilaian (*coding and scoring*), serta tahap entri data ke dalam tabel pengukuran. Data kemudian dimasukkan dan dianalisis menggunakan program SPSS, dan dilakukan uji normalitas. Uji hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji t berpasangan (*paired t test*), sebab penelitian ini memiliki hipotesis komparatif numerik berpasangan yang terdiri dari dua kelompok.²⁹

4.10 Etika penelitian

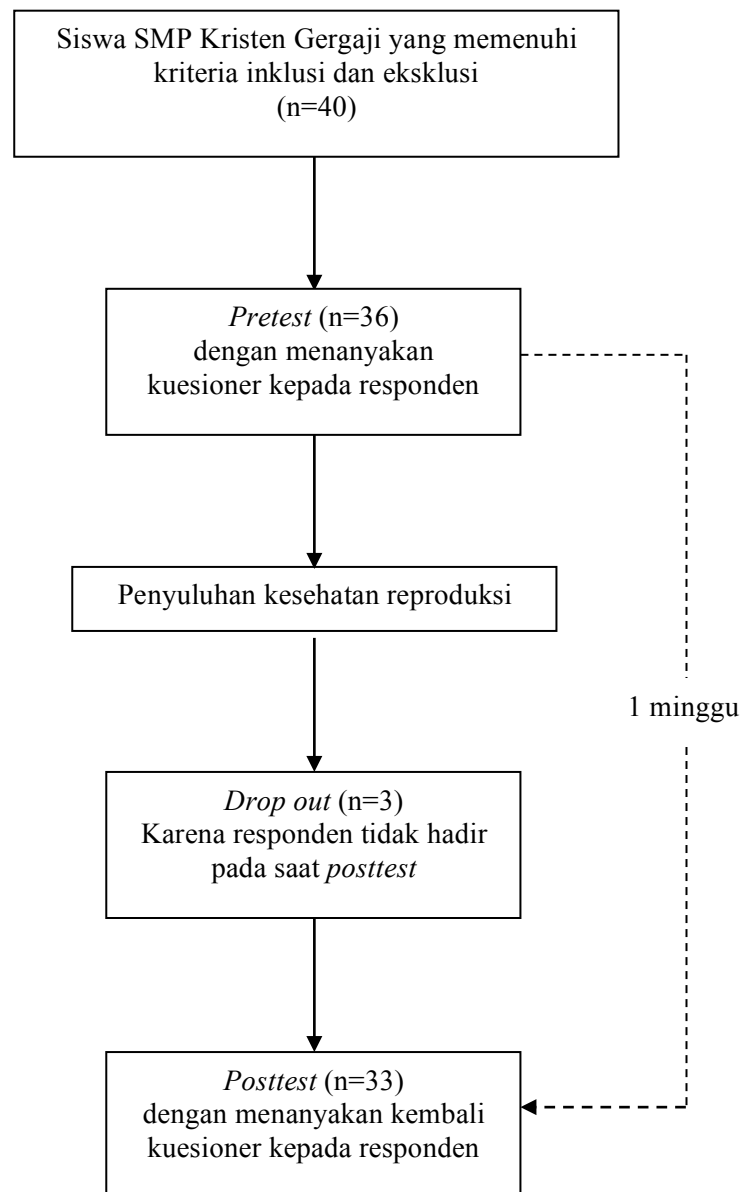
Dalam penelitian ini, *ethical clearance* telah diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/ Rumah Sakit Umum Pusat dr. Kariadi Semarang. Permohonan izin dari SMP Kristen Gergaji Semarang telah disampaikan kepada kepala sekolah yang bersangkutan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *quasi-experimental one group pretest-posttest design*. Populasi penelitian ini adalah siswa kelas II Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji Semarang. Sampel penelitian diperoleh dengan cara *cluster sampling* dari populasi terjangkau. Setelah dilakukan pengambilan sampel, didapatkan 40 sampel dengan rincian 20 orang laki-laki dan 20 orang perempuan, serta diambil secara merata dari kelas IIA, IIB, dan IIC.

Dari 40 sampel yang diambil, hanya 36 orang yang hadir pada *pretest* (18 laki-laki dan 18 perempuan). Terdapat 3 sampel yang *drop out* karena tidak hadir pada saat *posttest*, sehingga total sampel yang terkumpul adalah 33 orang.



Gambar 4: Diagram alur pengumpulan sampel penelitian

5.1 Karakteristik sampel

Data karakteristik sampel pada penelitian ini didapatkan dari isian data yang tercantum pada kuesioner. Adapun karakteristik sampel yang diambil yaitu umur, jenis kelamin, paparan informasi sebelumnya, penyuluhan sebelumnya, dan lingkungan pergaulan.

Tabel 4: Karakteristik sampel

Karakteristik	n (total=33)	%
Umur (tahun)		
13	9	27,3
14	16	48,5
15	5	15,2
16	2	6,1
17	1	3,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	15	45,5
Perempuan	18	54,5
Penyuluhan sebelumnya		
Pernah	0	0
Tidak pernah	33	100
Lingkungan pergaulan		
Pernah	22	66,7
Tidak pernah	11	33,3
Paparan informasi		
Kurang	12	36,4
Cukup	14	42,4
Baik	7	21,2

Dari data karakteristik sampel di atas, didapatkan bahwa umur sampel terbanyak adalah 14 tahun (48,5%) dan peserta perempuan lebih banyak daripada laki-laki (18 orang, 54,5%).

Seluruh responden penelitian belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi sebelumnya (100%), sehingga tidak ada yang masuk dalam kriteria eksklusi. Sebagian responden pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dari kelompok sebayanya, yaitu sebanyak 22 responden (66,7%). Paparan informasi sebelumnya tentang kesehatan reproduksi berasal dari media massa dan internet atau dari konseling dengan guru. Sejumlah 12 sampel berada dalam kategori kurang, atau tidak pernah mendapat informasi sebelumnya (36,4%), 14 sampel berada dalam kategori sedang yaitu pernah mendapat informasi dari media massa/internet saja atau dari konseling dengan guru saja (42,4%), dan 7 sampel pada kategori baik, yang pernah memperoleh informasi baik dari media massa, internet, maupun konseling dengan guru (21,2%).

5.2 Analisis data hasil penelitian

5.2.1 Analisis tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan

Pada analisis ini, seluruh sampel diikutsertakan dengan menghitung jawaban yang dikosongkan sebagai jawaban salah. Dari uji normalitas data dengan menggunakan metode Shapiro-Wilk, didapatkan $p > 0,05$ baik pada data *pretest* maupun *posttest*, sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua data memiliki distribusi yang normal.

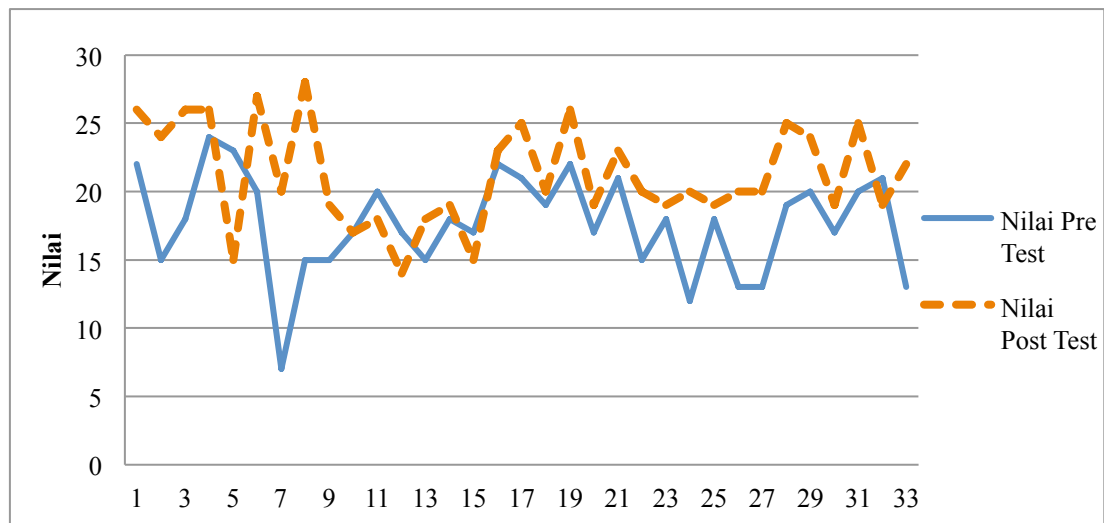
Data tentang tingkat pengetahuan responden sebelum dan sesudah penyuluhan terdapat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5: Hasil analisis tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah penelitian

	n	Rerata±s.b.	Perbedaan Rerata±s.b.	IK95%	p*
Nilai <i>pretest</i> (sebelum penyuluhan)	33	17,6970 ± 3,67836	3,51515 ± 4,50084	1,91922 - 5,11108	< 0,001
Nilai <i>posttest</i> (sesudah penyuluhan)	33	21,2121 ± 3,73963			

*uji *paired t test*, $p=0,000$

Hasil uji menunjukkan $p=0,000$ ($p<0,05$) sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan yang bermakna setelah dilakukan penyuluhan. Dari grafik berikut ini dapat ditinjau perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan, berdasarkan nilai *pretest* dan *posttest* setiap subyek penelitian.



Gambar 5. Grafik perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan (nilai *pretest* – *posttest*)

5.2.2 Analisis pengetahuan per topik kesehatan reproduksi

Dalam penelitian ini juga dilakukan analisis peningkatan pengetahuan pada setiap topik. Topik yang terdapat pada penelitian ini adalah anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, pubertas, kehamilan dan aborsi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Sampel yang diikutsertakan dalam analisis data ini adalah sampel yang menjawab setiap topik dengan lengkap tanpa ada yang dikosongkan.

Pada data hasil pengetahuan per topik ini dilakukan uji normalitas data pada setiap topik, dan hasilnya distribusi pada semua data tidak normal ($p > 0,05$). Selanjutnya dilakukan usaha transformasi data, namun data tetap tidak normal, sehingga untuk analisis data digunakan uji non parametrik Wilcoxon.

Tabel 6: Hasil analisis tingkat pengetahuan per topik

No.	Topik	Nilai <i>pretest</i>	Nilai <i>posttest</i>	p*
1	Anatomi dan fisiologi organ reproduksi (n=29)	1 (0-4)	2 (1-4)	0,028
2	Cara memelihara kesehatan organ reproduksi (n=28)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,022
3	Pubertas (n=29)	8 (4-9)	8 (5-10)	0,160
4	Kehamilan dan aborsi (n=29)	5 (3-7)	5 (2-7)	0,079
5	Penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS (n=24)	3 (2-4)	4 (1-6)	0,013

*uji Wilcoxon

Dari uji di atas didapatkan bahwa angka kemaknaan untuk topik anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, pubertas, kehamilan dan aborsi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS (p) masing-masing adalah 0,028; 0,022; 0,160; 0,079; dan 0,013 secara berurutan. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan yang signifikan pada pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi kesehatan reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS ($p < 0,05$). Sedangkan pada topik pubertas serta

kehamilan dan aborsi, tidak ada peningkatan pengetahuan yang signifikan ($p>0,05$).

5.2.3 Analisis variabel perancu

Dalam penelitian ini terdapat dua variabel perancu, yaitu paparan informasi dan lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya. Untuk mengukur variabel perancu, digunakan data selisih nilai yang dianggap bermakna, yaitu peningkatan skor *pretest – posttest* sebesar minimal 10%.

Pada data paparan informasi dan lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya, dilakukan uji normalitas dan didapatkan bahwa sebaran data tidak normal ($p<0,005$). Kemudian dilakukan usaha transformasi data, tetapi setelah transformasi, data yang dihasilkan tetap tidak normal, sehingga untuk analisis variabel perancu tersebut digunakan uji non parametrik. Pada variabel paparan informasi digunakan uji Kruskal-Wallis, sedangkan pada variabel lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya digunakan uji Mann-Whitney.

Tabel 7: Hasil analisis paparan informasi

		n	Median (minimum- maksimum)	Rerata±s.b.	p*
Paparan informasi	Kurang	12	2 (1-2)	1,58±0,515	0,751
	Cukup	4	2 (1-2)	1,71±0,469	
	Baik	7	2 (1-2)	1,71±0,488	

*uji Kruskal-Wallis

Hasil uji Kruskal-Wallis untuk paparan informasi adalah $p=0,751$ sehingga dapat dinyatakan bahwa paparan informasi sebelumnya tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ($p>0,005$).

Tabel 8: Hasil analisis lingkungan pergaulan / kelompok sebaya

	n	Median (minimum- maksimum)	Rerata±s.b.	p*
Tingkat pengetahuan tanpa informasi kelompok sebaya	22	2 (1-2)	1,73±0,456	0,304
Tingkat pengetahuan dengan informasi kelompok sebaya	11	2 (1-2)	1,55±0,522	

*uji Mann-Whitney

Hasil uji Mann-Whitney untuk lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya adalah $p=0,304$ sehingga dapat dinyatakan bahwa lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya tidak berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan ($p>0,005$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja, khususnya remaja siswa SMP Kristen Gergaji. Selain itu juga ingin diketahui informasi kesehatan reproduksi yang dibutuhkan oleh remaja siswa SMP Kristen Gergaji.

Dalam penelitian ini, peserta seluruhnya berasal dari kelas II, sehingga diharapkan subyek yang ikut dalam penyuluhan ini berasal dari kisaran umur yang sama. Akan tetapi data menunjukkan bahwa beberapa peserta berusia lebih dari 14 tahun. Hal ini dikarenakan mereka mulai bersekolah di usia yang lebih tua dibandingkan teman-teman sekelasnya, ataupun sempat tinggal kelas di jenjang sebelumnya. Kondisi yang demikian dapat menimbulkan bias.

Hasil analisis data tentang tingkat pengetahuan menunjukkan bahwa subyek telah memiliki pengetahuan pada *pretest*. Kurang lebih 59% dari subyek memperoleh nilai lebih dari rata-rata. Pada *posttest* didapatkan kurang lebih 70% dari subyek memperoleh nilai lebih dari rata-rata. Dengan demikian, hipotesis yang menyatakan bahwa penyuluhan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa SMP Kristen Gergaji dapat diterima. Hal ini sejalan dengan penelitian yang sejenis di SMP Eka Sakti Semarang di mana terdapat peningkatan pengetahuan setelah diberikan penyuluhan tentang bahaya

HIV dan AIDS³¹ serta penelitian di Surakarta yang menyatakan terdapat pengaruh pemberian penyuluhan yang signifikan terhadap pengetahuan remaja perempuan SMP Muhammadiyah.³²

Pengetahuan yang didapatkan pada saat penyuluhan didasarkan pada lima topik, yaitu anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, pubertas, kehamilan dan aborsi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Dalam penelitian ini diperoleh peningkatan pengetahuan yang signifikan pada topik anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Menurut Departemen Kesehatan²² dan penelitian dari BKKBN,²⁰ kelima topik tersebut adalah materi-materi utama terkait kesehatan reproduksi yang perlu disampaikan pada remaja. Tidak adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan pada topik pubertas serta kehamilan dan aborsi kemungkinan dikarenakan peserta sudah pernah mendapatkan informasi sebelumnya. Apabila ditinjau dari kemaknaan peningkatan pengetahuan dalam penelitian ini, dapat dinyatakan bahwa materi pendidikan kesehatan reproduksi yang perlu ada meliputi anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS.

Pada tinjauan pustaka disebutkan bahwa paparan informasi sebelumnya dan lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan subyek. Dalam penelitian ditemukan bahwa tidak ada pengaruh paparan informasi sebelumnya dan lingkungan pergaulan atau kelompok sebaya

terhadap peningkatan pengetahuan. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan di Nigeria³³, di mana internet menjadi salah satu sumber informasi kesehatan reproduksi bagi remaja. Namun hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilaksanakan di Amerika Serikat, yang menyatakan bahwa kelompok sebaya tidak berpengaruh terhadap pengetahuan maupun perilaku seksual remaja.³⁴ Perbedaan hasil tersebut kemungkinan karena peserta sebagian besar memang kurang atau hanya sedikit mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi sebelum dilakukannya penyuluhan.

Dari pembahasan di atas, dapat dinyatakan bahwa penyuluhan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan remaja siswa SMP Kristen Gergaji. Dalam hal ini, penyuluhan yang dilakukan berupa ceramah dengan alat bantu audio visual serta pelaksanaan umpan balik atau *feedback* berupa permainan singkat. Dalam aplikasinya, kegiatan penyuluhan ini dapat dimanfaatkan untuk menunjang kegiatan belajar-mengajar di sekolah, dan bahkan dapat dikembangkan sehingga menjadi bagian dari kurikulum di sekolah menengah pertama. Hal ini dapat diwujudkan apabila ada kerja sama antara Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Kesehatan, serta pihak-pihak terkait lainnya.

Penelitian ini memiliki kelebihan, yaitu jika ditinjau dari desainnya berupa *quasi-experimental one group pretest-posttest design*, dapat diketahui perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja siswa sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan. Selain itu pemilihan sampel yang berasal dari siswa kelas II sekolah menengah pertama diharapkan mampu memberikan

gambaran karakteristik remaja, khususnya remaja awal (*younger adolescents*) di Indonesia.

Kekurangan dari penelitian ini adalah tidak tercapainya jumlah sampel yang sesuai dengan penghitungan besar sampel meskipun jumlahnya masih lebih besar daripada jumlah sampel minimum untuk penelitian sejenis, di mana hasil penghitungan besar sampel adalah 40 orang sedangkan keseluruhan sampel yang diteliti sebanyak 33 orang. Selain itu penelitian ini juga tidak membandingkan tingkat pengetahuan dengan kelompok yang tidak diberi penyuluhan. Keterbatasan dari penelitian mengakibatkan variabel kondisi sosial dan ekonomi tidak diteliti. Hal ini dapat menimbulkan bias pada penelitian.

Penelitian lebih lanjut masih diperlukan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan dengan jumlah sampel yang lebih banyak, atau dilakukan pada pusat penelitian yang lebih luas dengan metode yang berbeda seperti *randomized controlled trial*. Adapun hal yang dapat diteliti selain pengulangan dari penelitian ini adalah perilaku seksual dan pengambilan keputusan seksual.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan pembahasan yang ada, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Penyuluhan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja siswa SMP Kristen Gergaji.
2. Terdapat peningkatan pengetahuan pada topik anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS.

7.2 Saran

1. Diperlukan kerja sama antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Nasional, serta pihak lainnya untuk dapat mengembangkan penyuluhan kesehatan reproduksi menjadi penunjang kegiatan belajar mengajar atau bahkan masuk di dalam kurikulum sekolah menengah pertama. Materi yang dapat dipertimbangkan untuk masuk dalam kurikulum meliputi anatomi dan fisiologi organ reproduksi, cara memelihara kesehatan organ reproduksi, serta penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS.

2. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui pengaruh penyuluhan dengan jumlah sampel yang lebih banyak, atau dilakukan pada pusat penelitian yang lebih luas dengan metode yang berbeda seperti *randomized controlled trial*. Adapun hal yang dapat diteliti selain pengulangan dari penelitian ini adalah perilaku seksual dan pengambilan keputusan seksual.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. The sexual and reproductive health of younger adolescents: research issues in developing countries: background paper for a consultation [homepage on the internet]. c2011. [cited 2011 Sept 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501552_eng.pdf .
2. World Health Organization. Promoting adolescent sexual and reproductive health through schools in low income countries: an information brief [homepage on the internet]. c2009. [cited 2011 Sept 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.03_eng.pdf .
3. World Health Organization. 2011 Update for the MDG database: adolescent birth rate [homepage on the internet]. c2011. [cited 2011 Sept 15]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/> .
4. Ditjen PP & PL Kementerian Kesehatan. Laporan perkembangan situasi HIV & AIDS di Indonesia: Triwulan 2 Tahun 2011. c2011. [cited 2011 Sept 15]. Available from: <http://www.aidsindonesia.or.id/laporan-bulan-juni-2011.html>
5. Kasus HIV/AIDS didominasi hubungan seksual. Available from: url: <http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/news/2011/09/19/96792/Kasus-HIVAIDS-Didominasi-Hubungan-Seksual>
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2009. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.; 2010
7. World Health Organization. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development [homepage on the internet]. c2004. [cited 2011 Sept 15]. Available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593784/en/ .
8. Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2003.

9. Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I. Kesehatan remaja: problem dan solusinya. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
10. Balen R, Crawshaw M. Sexuality and fertility issues in ill health and disability: from early adolescence to adulthood. London: Jessica Kingsley Publ; 2006.
11. World Health Organization. Adolescent friendly health services: an agenda for change [homepage on the internet]. c2002. [cited 2011 Sept 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
12. Kusmiran E. Kesehatan reproduksi remaja dan wanita. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
13. Bolin A, Whelehan P. Human sexuality: biological, psychological, and cultural perspectives. New York: Routledge; 2009.
14. Wiknjosastro H. Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo; 2007.
15. World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope [homepage on the internet]. c2006. [cited 2011 Sept 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf
16. Wiknjosastro H. Ilmu kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo; 2007.
17. Hasmi E. Membantu remaja memahami dirinya: bacaan bagi fasilitator. Jakarta: BKKBN; 2002.
18. Kasper DL, et.al. Harrison's manual of medicine. New York: McGraw Hill; 2005.
19. Bensley RJ, Brookins-Fisher J. Metode pendidikan kesehatan masyarakat. Jakarta: EGC; 2008.
20. Hull TH, Hasmi E, Widyantoro N. Peer educator initiatives for adolescent reproductive health projects in Indonesia. *Reprod Health Matters*. 2004; 12(23):29-39.

21. Greenspan FS, Gardner DG. Basic and clinical endocrinology. New York: McGraw Hill; 2006.
22. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Modul pelatihan bimbingan dan penyuluhan kesehatan reproduksi remaja bagi petugas kesehatan: pegangan bagi pelatih. Jakarta: Depkes RI; 2000.
23. Santhya KG, Ram U, Acharya R, Jejeebhoy SJ, Ram F, Singh A. Associations between early marriage and young women's marital and reproductive health outcomes: evidence from India. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 36(3):132-139.
24. Farahani FKA, Cleland J, Mehryar AH. Associations between family factors and premarital heterosexual relationships among female college students in Tehran. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011; 37(1):30-39.
25. Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an overview of trends and interventions. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009; 35(2):58-62.
26. Samandari G, Speizer IS. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 36(1):26-35.
27. Dahlan MS. Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
28. Catarina Y. Pengaruh pemberian pamflet persalinan terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan ibu hamil [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2011.
29. Dahlan MS. Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan. Jakarta: Sagung Seto; 2010.
30. Purwanto E. Perbandingan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di pedesaan dan perkotaan [tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2000.
31. Tahiruddin. Hubungan pengetahuan siswa sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang bahaya HIV/AIDS di SMP Eka Sakti Semarang [skripsi]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.

32. Wardani R. Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja perempuan SMP Muhammadiyah 7 Surakarta [skripsi]. Surakarta: Universitas Negeri Sebelas Maret; 2009.
33. Nwagwu WE. The internet as a source of reproductive health information among adolescent girls in an urban city in Nigeria. *BMC Public Health*. 2007; 7:354.
34. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adol Health*. 2007; 40:206-217.

Lampiran 1. *Ethical clearance*

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO DAN RSUP dr KARIADI SEMARANG Sekretariat : Kantor Dekanat FK Undip Lt.3 Jl. Dr. Soetomo 18. Semarang Telp.024-8311523/Fax. 024-8446905</p>	
<hr/> ETHICAL CLEARANCE No. 116/EC/FK/RSDK/2012		
<p>Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP. Dr. Kariadi Semarang, setelah membaca dan menelaah USULAN Penelitian dengan judul :</p>		
PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA SISWA SMP GERGAJI		
Peneliti Utama	:	Nydia Rena Benita
Pembimbing	:	dr. Julian Dewantiningrum, M.Si.Med, Sp.OG dr. Nani Maharani, M.Si.Med
Penelitian	:	Dilaksanakan di SMP Gergaji Semarang
<p>Setuju untuk dilaksanakan, dengan memperhatikan prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki 1975, dan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) Departemen Kesehatan RI 2004.</p> <p>Peneliti harus melampirkan 2 kopi lembar Informed consent yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian pada laporan penelitian.</p>		
Fakultas Kedokteran Undip Dekan		Semarang, 18 April 2012 Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Undip/RS. Dr. Kariadi Sekretaris
 dr. Endang Ambarwati, Sp.KFR(K) NIP. 195608061985032001	 Prof. dr. Siti Fatimah Muis, M.Sc, Sp.GK NIP. 13036806700	

Lampiran 2. Surat pernyataan izin penelitian

SURAT PERNYATAAN IZIN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Pratiwi, S.Pd.

Institusi : Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji, Semarang

No. Telepon : 024-8318503

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian “Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) Kristen Gergaji”

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya mengizinkan penelitian ini dilakukan di SMP Kristen Gergaji, dengan memberikan data yang sebenarnya, dan berharap bahwa hasil penelitian ini bersifat pribadi atau rahasia dan identitas siswa di SMP Kristen Gergaji tersebut tidak akan dicantumkan dalam publikasi hasil penelitian. Segala hal yang akan dicantumkan di dalam kuesioner oleh para siswa adalah benar dan saya bertanggung jawab atas hal tersebut.

Semarang, 15 Mei 2012

Kepala Sekolah,



Pratiwi, S.Pd.

Lampiran 3. Contoh surat pernyataan bersedia menjadi peserta

SURAT PERNYATAAN BERSEEDIA MENJADI PESERTA

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian “Pengaruh Penyuluhan terhadap Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) Gergaji”

Menyatakan dengan sesungguhnya bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini dengan memberikan data yang sebenarnya, dan berharap bahwa hasil penelitian ini bersifat pribadi atau rahasia dan nama saya tidak akan dicantumkan dalam publikasi hasil penelitian. Segala hal yang saya isikan di dalam kuesioner ini adalah benar dan saya bertanggung jawab atas hal tersebut.

Semarang, 15 Mei 2012

Responden,

(.....)

Lampiran 4. Dokumentasi



Foto 1: Pelaksanaan *pretest*



Foto 2: Pelaksanaan penyuluhan



Foto 3: *Feedback* berupa kuis