

IMPLEMENTASI PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI KOTA PEKANBARU

Hetty Maria Isabela Sihotang^{1*}, Jusuf S. Efendi², Insi Farisa Desy Arya³

¹Akademi Kebidanan Sempena Negeri Pekanbaru

²Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran

³Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran

*E-mail : hettymaria85@yahoo.com

ABSTRACT

Prevalence of risk behaviors in adolescents has increased and worrisome impact. The main purpose of this study is exploring implementation of adolescent sexual and reproductive health (ASRH) programs, differences of knowledge and attitudes ASRH's which is given by peer educators, teachers and parents. This research is using mixed method with concurrent embedded strategy. Qualitative research is a case study approach through in-depth interviews from the three groups. Quantitative research is analytical approach to look at the differences in both adolescents' knowledge and attitude. Qualitative results found five themes ASRH Program which is the importance of ASRH, implementation process, inhibiting factors and support of ASRH programs and ASRH models development. Quantitative shows that there are differences in knowledge and attitudes about ASRH who have followed the reproductive health education program provided by the peer educators, teachers and parents with $p < 0.001$. The group has a good knowledge and attitude which are the majority in the peer group. ASRH program requires public's promotion and dissemination to engage every element of society aware to raise the importance of ASRH education and their participation in the knowledge increase program such as ASRH's attitudes and behavior to prevent teenagers won't fall down to risky behavior.

Keywords: *Implementation of the program, reproductive health, adolescent*

ABSTRAK

Prevalensi perilaku berisiko pada remaja semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkannya semakin mengkhawatirkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pelaksanaan program pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), menganalisis perbedaan pengetahuan dan sikap mengenai KRR yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode campuran (*mixed method*) dengan strategi *concurrent embedded*. Penelitian kualitatif dilakukan pendekatan studi kasus melalui wawancara mendalam kepada tiga kelompok program KRR yaitu PIK-KRR, BKR dan guru. Penelitian kuantitatif dilakukan pendekatan analitik untuk melihat perbedaan pengetahuan dan sikap remaja dengan membagikan kuesioner kepada remaja dari tiga kelompok program pendidikan KRR. Hasil penelitian kualitatif didapatkan lima tema mengenai pelaksanaan program pendidikan KRR yaitu alasan pentingnya KRR, proses pelaksanaan program, faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan pendidikan KRR dan pengembangan model pendidikan kesehatan reproduksi. Hasil penelitian kuantitatif terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap tentang KRR antara remaja yang telah mengikuti program pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua dengan nilai $p < 0,001$. Kelompok yang mempunyai pengetahuan dan sikap baik yaitu mayoritas pada kelompok teman sebaya. Diperlukan promosi dan sosialisasi mengenai program pendidikan KRR kepada masyarakat sehingga meningkatkan kesadaran setiap elemen masyarakat akan pentingnya pendidikan sehingga dapat mencegah remaja tidak jatuh dalam perilaku berisiko.

KataKunci: Pelaksanaan program, Kesehatan reproduksi, remaja

PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dari kesehatan manusia. *The World Health Organization (WHO)* menetapkan kesehatan reproduksi adalah salah satu hak mendasar yang dimiliki setiap orang dimana mengandung konsep dan hak-hak reproduksi yang harus terpenuhi sepanjang siklus hidupnya. Elemen-elemen penting itu mencakup pemahaman hak-hak reproduksi, kematangan/tanggungjawab individu, dan hak-hak individu memperoleh pengetahuan dari pelayanan yang diberikan.

Prevalensi perilaku berisiko pada remaja semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkannya juga semakin mengkhawatirkan. Perilaku-perilaku berisiko yang mengganggu kesehatan seperti merokok, konsumsi minuman beralkohol, kecanduan obat-obatan, kekerasan dan perilaku seksual yang berisiko sangat rentan terjadi pada usia remaja. (Lestari, 2011). Berdasarkan data Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKKRI) 2012 dibandingkan dengan SKKRI 2007 menunjukkan peningkatan prevalensi dari keempat perilaku berisiko dalam kurun waktu 5 tahun yaitu merokok (laki-laki 80% dan perempuan 10%), minum alkohol (laki-laki 40% dan perempuan 5%), hubungan seksual pranikah (laki-laki 8% dan perempuan 1%) dan penyalahgunaan narkoba (laki-laki 4,3% dan perempuan 0,2%) (SDKI,2012). Hal ini tentu akan memengaruhi status kesehatan remaja yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas generasi dimasa mendatang. Oleh karena itu dibutuhkan program pencegahan dan tindakan lanjut yang dapat memengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan reproduksi remaja yang sehat dan bertanggungjawab .(Brooks, 2012 dan Farah, 2013)

Data Riskesdas Tahun 2010 menyatakan kelompok remaja di Indonesia yang pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi baru 25 % dimana Provinsi Riau hanya 20% remaja usia 10-24 tahun yang pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi.

Permasalahan dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja yaitu para remaja sebenarnya menginginkan orang tua mereka yang memberikan informasi mengenai kesehatan

reproduksi tetapi para orangtua memiliki rasa malu, takut memberikan informasi yang salah dan juga merasa itu merupakan tanggung jawab guru dan tenaga kesehatan. Sedangkan para guru merasa tidak nyaman, tidak memiliki bahan dan keterampilan yang memadai untuk memberikan pengetahuan kesehatan reproduksi (Stacy, 2008). Sehingga para remaja mencari informasi sendiri mengenai kesehatan reproduksi melalui media informasi,teman sebaya maupun saudara kandung yang seringkali memberikan informasi yang salah dan timbul kesalahpahaman mengenai kesehatan reproduksi. (Karen,2002)

Upaya pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif melalui keluarga/orangtua, sekolah (guru), teman sebaya dan komunitas baik melalui jalur pendidikan formal atau non formal merupakan strategi yang penting dan lebih baik dalam upaya untuk mendidik remaja pada usia yang lebih dini sehingga remaja perempuan dan laki-laki akan memiliki informasi yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan mengenai kesehatan reproduksinya, walaupun masih sedikit penelitian mengenai hal tersebut. (Jackson,2012 dan Shaikh, 2006)

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) memiliki strategi yang berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi Remaja yaitu program GenRe (Generasi Berencana). Arah program GenRe memiliki 2 bagian yaitu PIK-KRR (Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja) dan BKR (Bina Keluarga Remaja).

Pelaksanaan PIK-KRR ini dilakukan oleh pendidik sebaya yang menjadi narasumber bagi kelompok remaja sebayanya yang telah mengikuti pelatihan pendidik sebaya KRR. Dengan memberikan ketrampilan konseling kepada remaja, diharapkan remaja yang menjadi teman curhat dapat memberikan solusi yang cerdas. Di tahun 2015, diharapkan seluruh sekolah di Indonesia akan memiliki PIK. Sampai saat ini, diperkirakan baru 70% sekolah di Indonesia yang memiliki PIK. (Masri,2008)

BKR (Bina Keluarga Remaja) adalah suatu kelompok/wadah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku orangtua remaja dalam rangka pembinaan tumbuh kembang remaja. Program BKR beranggotakan keluarga yang

mempunyai remaja 10-24 tahun yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan orangtua dan anggota keluarga lainnya dalam pengasuhan dan pembinaan anak remaja.

Pendidikan kesehatan reproduksi remaja juga sudah waktunya untuk masuk sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kegiatan pembelajaran di sekolah.(Yip PS,2013). Isi pembelajaran kesehatan reproduksi yang diberikan terutama bertujuan untuk mendidik dari segi moral dan etika sehingga remaja dapat menghargai hak-hak dari kesehatan reproduksi tersebut dimana hal ini dapat dilakukan oleh guru yang ada di sekolah. Salah satu kendala dari program pelatihan pendidikan kesehatan reproduksi untuk guru di sekolah adalah program ini belum sepenuhnya diterima oleh pihak sekolah. (Song Y, 2010). Program pendidikan kesehatan reproduksi untuk diterapkan di sekolah juga belum disetujui dan dievaluasi secara nasional, sehingga isi dan struktur pendidikan kesehatan reproduksi seringkali sesuai dengan kebijaksanaan masing-masing sekolah dan kepala sekolah.(Glasier,2006)

Ada banyak program di Indonesia yang dilaksanakan baik oleh pemerintah, organisasi maupun LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dalam usaha mengurangi perilaku berisiko pada remaja yaitu antarlain Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR di puskesmas), Program Genre BKKBN, Program Hebat FK Unpad, MCR (Mitra Citra Remaja) PKBI, dan masih banyak lagi program yang lainnya. Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) pada dasarnya bertujuan untuk memberi pemenuhan hak-hak reproduksi bagi remaja dalam hal promosi, pencegahan dan penanganan masalah-masalah kesehatan reproduksi tetapi hal ini masih sulit karena sering dianggap tabu oleh masyarakat sehingga pada kenyataannya pendidikan kesehatan reproduksi masih sulit untuk dilaksanakan. Untuk itu perlu dilakukan penelitian yang meneliti bagaimana pelaksanaan program kesehatan reproduksi pada remaja yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua sehingga dapat dirancang strategi baru dalam pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi.

Adapun tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah mengeksplorasi pelaksanaan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja dengan melihatfaktor

penghambat dan pendukung program yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua. Serta menganalisis perbedaan pengetahuan dan sikap mengenai pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah *mixed methods concurrent embedded* berupa kombinasi antara penelitian kualitatif dan kuantitatif yang menerapkan satu tahap pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif dalam satu waktu dengan metode kualitatif sebagai metode primer dan metode kuantitatif sebagai metode sekunder. Dengan menggunakan metode kombinasi ini, maka data yang diperoleh akan lebih lengkap dan akurat.. Penelitian ini telah dilaksanakan pada remaja (usia 15-18 tahun) yang mewakili tiga kelompok program pendidikan kesehatan reproduksi remaja di wilayah Kota Pekanbaru.

Tahap penelitian kualitatif merupakan penelitian dengan pendekatan secara studi kasus (*case study*). informan dalam penelitian ini adalah remaja dan fasilitator pendidikan kesehatan reproduksi (pendidik sebaya, guru dan orangtua. Metode yang digunakan terdiri dari observasi partisipan, studi dokumen, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terarah atau FGD(*Focus Group Discussion*) berdasarkan pedoman wawancara. Selain itu, peneliti juga melakukan observasi terhadap kondisi lingkungan tempat pemberian pendidikan kesehatan reproduksi berlangsung. Teknik analisis data dimulai dengan membuat transkrip wawancara kemudian melalui tahap reduksi data, pengkajian data dan verifikasi data (triangulasi data).

Tahap Penelitian Kuantitatif dilakukan pendekatan deskriptif dengan pengambilan data secara *cross sectional study*. Penelitian kuantitatif ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap remaja mengenai kesehatan reproduksi yang mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dari teman sebaya, guru dan orangtua. Cara pemilihan sampel pada penelitian ini dengan *multistage cluster sampling*. Jumlah sampel pada masing-masing kelompok berjumlah 100 orang. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dilakukan dengan uji chi-kuadrat untuk menggambarkan distribusi dan frekuensi karakteristik variabel independen dan variabel dependen dan untuk melihat perbedaan tingkat

pengetahuan dan sikap remaja tentang kesehatan reproduksi yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua

Setelah dilakukan analisis pada kedua jenis data (kualitatif dan kuantitatif), maka dilakukan interpretasi data. Pada mixed method research jenis *concurrent embedded*, data kualitatif dan kuantitatif tersebut digabungkan sehingga dapat diketahui data kuantitatif mana yang dapat memperluas dan meningkatkan akurasi data kualitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian kualitatif, dilakukan wawancara mendalam untuk mengetahui gambaran yang luas dan mendalam mengenai hal-hal yang memengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap remaja menurut pandangan remaja dan fasilitator pendidikan kesehatan reproduksi (pendidik sebaya, guru dan orangtua). Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan 5 tema yang mempengaruhi pelaksanaan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Adapun tema dari hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut di bawah ini:

1) Alasan Pentingnya Kesehatan Reproduksi

Salah satu tahap perkembangan remaja yang penting adalah pembentukan sebuah identitas pribadi, dimana remaja harus menemukan apa yang mereka yakini, sikap dan nilai-nilai idealnya yang dapat memberikan suatu peran dalam kehidupan sosialnya. Bagian dari proses pencarian identitas diri adalah remaja bereksplorasi, mencari tahu, dan melakukan eksperimen (Geldard,2011). Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa sebagian remaja mulai tertarik dan antusias

terhadap informasinya mengenai sistem reproduksinya yang merupakan salah satu tahap proses dari kematangan seksual remaja. Hal ini didukung oleh pernyataan informan:

Sangat penting,klo misalnya kita terpaut dengan pergaulan bebas trus berkecimpung dengan free seks dan lain sebagainyaitu menyangkut masa depan juga. Kan gak lucu juga masih umur 16 tahun sudah punya anak. Baik dia sebagai ibu maupun sebagai ayah. Jadi sangat pentinglah,masa depannya tergantung pada dirinya sendiri. Jadi dia harus tahu mengenai kesehatan reproduksi remaja itu supaya bisa membentengi dirinya sendiri. (informan 1,7,10)

Sebagai akibat dari kegagalan proses pembentukan identitas diri, remaja sering jatuh pada perilaku-perilaku berisiko dan akan mempertimbangkan untuk bereksperimen dan eksplorasi yang berisiko membahayakan diri mereka. Oleh karena itu remaja perlu dibekali pengetahuan agar mampu melindungi diri dari masalah-masalah kesehatan reproduksi. Hasil wawancara mendalam sebagian besar remaja menyadari bahwa kesehatan reproduksi sangat penting dan diperlukan bagi remaja untuk membentengi diri dari perilaku-perilaku berisiko seperti pergaulan bebas, narkoba dan menjaga kesehatan. Apabila dilihat dari hasil penelitian kuantitatif pada tabel 1 didapatkan sebagian besar remaja berpengetahuan cukup, terutama pada kelompok guru (42 %) dan kelompok orangtua (45 %). Tingkat pengetahuan remaja dan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi yang rendah akan mempengaruhi sikap remaja. Hal ini dapat dilihat dari tabel 2 rata-rata sikap remaja terhadap kesehatan reproduksi remaja masih negatif yaitu pada kelompok guru (40 %) dan orangtua (55 %) sehingga dapat membawa remaja ke arah perilaku berisiko.

Tabel 1. Perbedaan Pengetahuan Remaja tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Diberikan oleh Teman Sebaya, Guru dan Orangtua

Variabel Pengetahuan Remaja**	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*	Perbandingan Pengetahuan Remaja (Nilai p)		
	Guru (n=100)	Teman Sebaya (PIK-KRR) (n=100)	Orangtua (BKR) (n=100)		Guru vs Teman Sebaya	Guru vs Orangtua	Teman Sebaya vs Orangtua
Kurang	39	14	31	<0,001	<0,001	0,450	<0,001
Cukup	42	40	45				
Baik	19	46	24				

Ket: *)Berdasarkan uji Chi Square

***)Kurang (skor/nilai <56%), Cukup (skor/nilai 56-75%) dan Baik (skor/nilai 76-100%)

Tabel 2. Perbedaan Sikap Remaja tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Diberikan oleh Teman Sebaya, Guru dan Orangtua

Variabel Sikap Remaja**	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*	Perbandingan Sikap Remaja (Nilai p*)		
	Guru (n=100)	Teman Sebaya (PIK-KRR) (n=100)	Orangtua (BKR) (a=100)		Guru vs Teman Sebaya	Guru vs Orangtua	Teman Sebaya vs Orangtua
Positif	60	76	45	<0,001	0,015	0,034	<0,001
Negatif	40	24	55				

Ket: *) Berdasarkan uji Chi Square

***) Positif: jika jumlah jawaban \geq median, Negatif: jika jumlah jawaban < median (median = 86,7)

Salah satu penyebab masih tingginya jumlah remaja yang berpengetahuan cukup dapat dilihat dari hasil wawancara didapatkan bahwa sebagian besar narasumber yang memberikan pendidikan kesehatan reproduksi memiliki keterbatasan pengetahuan dan keterbatasan pelatihan tentang kesehatan reproduksi baik dari pendidik sebaya, orangtua maupun guru.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan yaitu:

Sejauh ini belum ada pelatihan yang diikuti mengenai kesehatan reproduksi. (informan 2, pendidik sebaya)

Untuk saya pribadi belum pernah diberikan pelatihan kesehatan reproduksi remaja, tapi tidak tau dengan guru lain. (informan 14, guru)

Klo mengenai kesehatan reproduksi remaja ibu belum pernah itu mendapatkan pelatihan, Cuma paling tentang kanker. (informan 15, orangtua)

Penyebab lain dari rendahnya tingkat pengetahuan remaja terutama pada kelompok orangtua dan guru, berdasarkan hasil wawancara didapatkan adanya kesenjangan pengetahuan yang diterima remaja. Kesenjangan pengetahuan ini dapat mempengaruhi akses dan keterjangkauan remaja terhadap informasi pendidikan kesehatan reproduksi. Dari hasil wawancara didapatkan kesenjangan pengetahuan sering terjadi pada remaja antar kelompok IPA dan IPS dimana remaja yang masuk kelas IPS jarang sekali menerima pengetahuan kesehatan

reproduksi di sekolah. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan yaitu:

Udah cukup untuk alat reproduksi pada biologi itu udah cukup, tapi itu untuk jurusan IPA. Jadi muncul kendala untuk jurusan IPS, karena dia gak belajar kan. Jadi IPS kan gak belajar biologi, tentu inilah perlu perhatian daripada sekolah. (informan 10,14)

Perbedaan pola pengasuhan yang diberikan orangtua berkaitan dengan gender juga dapat menyebabkan kesenjangan pengetahuan dimana informasi yang diberikan berdasarkan kasus perilaku berisiko yang sering terjadi pada salah satu jenis kelamin misalnya narkoba lebih sering diberikan pada laki-laki dan seksualitas kepada perempuan. Selain itu kesenjangan pengetahuan juga dapat terjadi dimana remaja yang putus sekolah tidak mendapatkan akses terhadap informasi kesehatan reproduksi. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan:

Gak ada, klo anak laki-laki dari sekolah sering seminar kesana kemari tentang HIV, kanker. Jadi saya gak ada memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, palingan anak perempuan saja. (informan 15, orangtua)

Tapi klo perempuan jarang sih saya berikan pendidikan tentang narkoba. (informan 16, orangtua)

Faktor lain yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi adalah faktor komunikasi efektif antara remaja-teman sebaya, remaja-orangtua dan remaja-guru dimana akan terjalin komunikasi dua arah dan unsur keterbukaan dan kepercayaan sehingga informasi yang dibutuhkan akan lebih mudah diterima. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan biasanya pendidikan kesehatan reproduksi diberikan dalam bentuk penyuluhan dan ceramah sehingga remaja enggan untuk lebih terbuka dan memilah curhat kepada teman sebayanya.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang mengatakan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia berhubungan signifikan dengan pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orangtua, dan adanya teman yang berperilaku berisiko (Lestary,2011)

2) Proses Pelaksanaan Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Arah kebijakan dari program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) adalah mewujudkan Tegar Remaja 2015. Membangun setiap remaja Indonesia menjadi Tegar remaja, yaitu remaja yang berperilaku sehat, menghindari resiko Triad KRR, menunda usia perkawinan, menginternalisasi norma keluarga kecil berkualitas dan menjadi contoh, idola, teladan, dan model bagi remaja-remaja sebayanya dalam rangka mewujudkan Tegar Keluarga untuk mencapai keluarga berkualitas. Tujuan umum dari program KRR adalah meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku remaja tentang kesehatan, hak-hak reproduksi dan Triad KRR. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam dimana pada umumnya informan mengatakan tujuan dari program pendidikan kesehatan reproduksi adalah untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi sehingga remaja lebih mengenal diri mereka sendiri yang akan mendorong remaja untuk berperilaku yang sehat dan tidak beresiko.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan dan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti, pelaksanaan program pendidikan kesehatan reproduksi remaja masih kurang aktif. Hasil wawancara mendalam terhadap anggota PIK-KRR didapatkan bahwa masih sedikit remaja yang datang ke PIK-KRR dan frekuensi kunjungan yang kurang. Sebagian besar orangtua yang berada pada lingkup kelompok BKR mengatakan bahwa masih sedikit kegiatan yang dilakukan untuk pemberian informasi mengenai kesehatan reproduksi remaja di lingkungan mereka, sehingga kemampuan dan pengetahuan orangtua masih terbatas. Sedangkan pada kelompok guru, pemberian materi mengenai kesehatan reproduksi terbatas hanya pada saat jam mata pelajaran berlangsung. Hal ini didukung oleh hasil penelitian kuantitatif pada tabel 3 dimana intensitas pemberian pendidikan kesehatan reproduksi sebagian besar tidak rutin yaitu sebesar 79 % (kelompok guru), 90 % (kelompok teman sebaya) dan 88 % (kelompok orangtua). Harapan remaja berdasarkan hasil wawancara adalah intensitas pemberian pendidikan kesehatan reproduksi lebih sering sehingga tidak cepat lupa.

Hasil penelitian mengatakan bahwa pelaksanaan program pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja sebaiknya dilakukan sejak usia yang lebih muda sehingga memberikan dampak yang lebih baik dalam mengurangi perilaku berisiko karena diberikan lebih awal sebelum mereka mengenal dan jatuh ke dalam perilaku berisiko. (Jackson, 2012 dan Rondini, 2009). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian kuantitatif dalam tabel 4 didapatkan durasi atau lama remaja mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi pada

kelompok teman sebaya mayoritas > 2 tahun yaitu sebesar 74%, dari hasil ini dapat diambil kesimpulan bahwa remaja pada kelompok teman sebaya sudah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sejak usia yang lebih muda atau sejak mereka berada di tingkat SMP dan apabila dibandingkan dengan tingkat pengetahuannya juga kelompok teman sebaya memiliki rata-rata lebih tinggi daripada kelompok lainnya dan mayoritas memiliki pengetahuan baik (46 %).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Intensitas Mendapatkan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dari Tiga Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja.

Intensitas	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*
	Guru (n=100)	Teman Sebaya (PIK-KRR) (n=100)	Orangtua (BKR) (n=100)	
- Rutin	21	10	12	0,061
- Tidak Rutin	79	90	88	

Ket:*) Nilai p dihitung berdasarkan uji *Chi square*, bermakna jika $p < 0,05$

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Durasi/Lama Mendapatkan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dari Tiga Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja.

Durasi	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*
	Guru (n=100)	Teman Sebaya (PIKKRR) (n=100)	Orangtua (BKR) (n=100)	
- < 6 bulan	12	0	17	<0,001
- 6 bulan-1 tahun	17	8	33	
- > 1- 2 tahun	38	18	28	
- >2 tahun	33	74	22	

Ket:*) Nilai p dihitung berdasarkan uji *Chi square*, bermakna jika $p < 0,05$

3) Faktor Penghambat dari Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Hasil penelitian mengatakan bahwa mayoritas remaja ingin mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi di lingkungan rumah yaitu diberikan oleh orangtua, walaupun pada kenyataannya sebagian besar dari mereka tidak membahas mengenai kesehatan reproduksi sehingga mereka sering mencari sumber informasi yang salah. Orangtua

memiliki rasa malu, takut memberikan informasi yang salah dan juga merasa itu merupakan tanggungjawab guru dan tenaga kesehatan. Sedangkan guru merasa tidak nyaman, tidak memiliki bahan dan keterampilan yang memadai untuk memberikan pengetahuan kesehatan reproduksi. Hal ini lah yang menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang dan kesenjangan pengetahuan yang diterima remaja. (Karen, 2002 dan Tawfik, 2013)

Hasil wawancara didapatkan bahwa narasumber pendidikan kesehatan reproduksi baik yang diberikan oleh orangtua, guru maupun teman sebaya sebagian besar belum terlatih, hal ini akan berpengaruh terhadap kualitas informasi yang diberikan kepada remaja. Hasil penelitian kuantitatifnya didapatkan sebagian besar remaja dari tiga kelompok mendapatkan informasi melalui guru yaitu pada kelompok guru (77%), teman sebaya (96%) dan orangtua (79%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang mengatakan bahwa lingkungan sekolah merupakan tempat sumber informasi yang penting mengenai kesehatan reproduksi bagi remaja dimana sumber informasinya adalah guru (Stacy,2008 dan Tawfik, 2013)

Apabila orangtua, guru maupun teman sebaya diberikan pelatihan yang mendukung tentang kesehatan reproduksi remaja, mereka bisa menjadi pendidik kesehatan reproduksi yang lebih efektif karena ketiga sumber informasi ini merupakan orang yang ada paling lama di sekitar remaja dan bisa mempengaruhi perilaku berisiko remaja. Hal ini sesuai dengan penelitian yang mengatakan bahwa baik guru maupun teman sebaya dapat menjadi pendidik kesehatan reproduksi yang efektif apabila mendapatkan pelatihan dan dukungan yang baik. (Shaikh,2006 dan Mccauley, 1995)

4) Faktor Pendukung Pelaksanaan Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Hasil analisis wawancara didapatkan faktor pendukung dari pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi yaitu tersedianya sarana dan prasarana pendukung kegiatan yang diberikan oleh pihak sekolah baik pada kelompok PIK-KRR maupun kelompok yang diberikan oleh guru. Pusat Informasi dan Konseling dapat berhasil dalam mendukung program kesehatan reproduksi remaja dimana tempat ini bisa menjadi multifungsi yaitu sebagai tempat berbagai kegiatan misalnya group diskusi, kumpul bersama, perpustakaan, tempat konseling dan distribusi materi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. (Shaikh,2006)

Remaja yang memiliki hubungan yang baik dengan orangtuanya cenderung dapat menghindarkan diri dari pengaruh negatif teman sebayanya, dibandingkan dengan remaja yang kurang baik hubungannya dengan

orangtuanya. Kesibukan orangtua mengakibatkan kurangnya kedekatan dengan remaja dan komunikasi yang buruk antara orangtua dengan remaja, yang dapat meningkatkan risiko remaja melakukan perilaku berisiko.(Lestary, 2011). Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan informan yang mengatakan komunikasi efektif antara orangtua dan remaja sangat diperlukan dimana tercipta komunikasi dua arah dan suasana keterbukaan namun karena kesibukan orangtua sehingga tidak mempunyai waktu lebih untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi yang mengakibatkan kedekatan antara orangtua dan remaja menjadi kurang. Rendahnya perasaan kedekatan keluarga berhubungan dengan meningkatnya perilaku berisiko apabila hubungan dengan guru juga rendah sehingga dapat disimpulkan hubungan/kedekatan dengan guru juga mempengaruhi perilaku berisiko.(Brooks, 2012). Oleh karena itu perlu dikembangkan juga bagaimana untuk membina komunikasi yang efektif antara guru dan remaja serta menciptakan lingkungan sekolah yang kondusif dan ramah remaja.

5) Pengembangan Model Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Hasil analisis wawancara mendalam kepada informan didapatkan bahwa dari segi tempat yang ideal menurut informan adalah tempat yang dekat dengan dengan remaja, terjangkau untuk didatangi remaja dan dapat menjamin kerahasiaan setiap informasi yang diberikan, dimana dalam hal ini sekolah merupakan tempat yang paling memungkinkan. Lingkungan sekolah sangat berpengaruh dengan perilaku berisiko remaja dan penggunaan obat-obatan apabila remaja merasakan perasaan yang tidak aman dan terpinggirkan pada saat sekolah sehingga remaja akan mencari tempat untuk melarikan diri dan meninggalkan sekolah. Hubungan yang positif dengan guru dan kebijakan di sekolah juga dapat mengurangi terjadinya perilaku berisiko di remaja. (Farah,2008)

Walaupun pemberian pengetahuan kesehatan reproduksi remaja melalui sekolah diperlukan namun itu saja tidak cukup untuk mencegah perilaku berisiko remaja. Intervensi yang lebih kompleks lebih efektif daripada intervensi melalui kurikulum sekolah, hal ini disebabkan oleh faktor penyebab perilaku berisiko yang banyak. Strategi melalui sekolah hanya terbatas pada anak-anak yang hadir di

sekolah sedangkan anak-anak yang putus sekolah atau tidak bersekolah tidak terjangkau, hal ini dapat memperlebar kesenjangan pengetahuan. (Jackson,2012).Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam tidak hanya di sekolah, dibutuhkan juga tempat yang ada di lingkungan masyarakat sehingga kapanpun remaja ingin mendapatkan informasi tidak terbatas hanya di sekolah terutama fasilitas di masyarakat ini sangat bermanfaat agar dapat menjangkau remaja yang putus sekolah atau tidak sekolah.

Sebagian besar remaja menginginkan sumber informasi utama mengenai kesehatan reproduksi adalah melalui orangtua. Sebaliknya sebagian besar orangtua menginginkan sumber informasi mengenai kesehatan reproduksi diserahkan kepada orang yang menurut mereka lebih tahu mengenai kesehatan reproduksi baik melalui guru atau tenaga kesehatan. Dari hasil wawancara mendalam informan baik kepada remaja, orangtua dan guru dapat diambil kesimpulan bahwa agar program pendidikan kesehatan reproduksi lebih efektif bila diberikan melalui multi sumber informasi yaitu melalui pendekatan orangtua, guru dan teman sebaya serta sumber informasi lainnya. Pendekatan multi intervensi yang melibatkan gabungan keluarga, sekolah dan elemen masyarakat dapat mengurangi perilaku berisiko remaja. (Brooks,2012 dan Jackson,2012).

Hal ini didukung oleh hasil kuantitatif dalam tabel 5 dimana kelompok teman sebaya memiliki rata-rata pengetahuan lebih tinggi daripada kelompok yang lain yaitu 70,4 dan mayoritas memiliki pengetahuan yang baik yaitu sebesar 46% dan sikap yang positif yaitu 76%. Kelompok teman sebaya berdasarkan hasil analisis memiliki perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap kelompok orangtua dan guru ($p < 0,05$). Hasil penelitian kuantitatif ini dapat dilihat bahwa remaja yang berada di kelompok teman sebaya (PIK-KRR) memiliki pengetahuan dan sikap yang lebih baik daripada kelompok lain, hal ini mungkin penyebabnya adalah PIK-KRR berada di lingkungan sekolah jadi selain dari teman sebaya mereka juga mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari guru pada saat jam pelajaran biologi, penyuluhan tentang kesehatan reproduksi yang datang ke sekolah dan ditambahkan oleh orangtua di rumah. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa diperlukan multi informasi dari berbagai elemen serta komitmen dari guru, orangtua, teman sebaya dan komunitas dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap yang mencegah terjadinya perilaku berisiko.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Subjek Penelitian Berdasarkan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja

	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*
	Guru (n=100)	Teman Sebaya (PIK-KRR) (n=100)	Orangtua (BKR) (n=100)	
Pengetahuan				<0,001
X (SD)	57,5 (16,5)	70,4 (13,2)	61,2 (18,2)	
Median	60	73,3	63,3	
Rentang	16,7-86,7	40-96,7	13,3-96,7	
Sikap				<0,001
X (SD)	81,7 (13,5)	86,9 (8,9)	77,9 (17,6)	
Median	86,7	86,7	80	
Rentang	46,7-100	46,7-100	6,7-100	

Ket: *) Berdasarkan uji Kruskal-Wallis

Tabel 6. Perbedaan Sikap Remaja tentang Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Diberikan oleh Teman Sebaya, Guru dan Orangtua

Variabel Sikap Remaja**	Kelompok Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi			Nilai p*	Perbandingan Sikap Remaja (Nilai p*)		
	Guru	Teman Sebaya (PIK-KRR)	Orangtua (BKR)		Guru vs Teman Sebaya	Guru vs Orangtua	Teman Sebaya vs Orangtua
	(n=100)	(n=100)	(a=100)				
Positif	60	76	45	<0,001	0,015	0,034	<0,001
Negatif	40	24	55				

Ket: *) Berdasarkan uji Chi Square

****) Positif: jika jumlah jawaban \geq median, Negatif: jika jumlah jawaban $<$ median (median = 86,7)**

SIMPULAN

Beberapa faktor penghambat yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi yaitu persepsi negatif remaja terhadap program KRR (merasa malu, gengsi, ragu dan kerahasiaannya), keterbatasan pelatihan fasilitator, adanya kesenjangan informasi KRR (perbedaan jurusan IPA/IPS, jenis kelamin, pemerataan fasilitator perempuan dan laki-laki).

Berdasarkan penelitian kuantitatif didapatkan terdapat perbedaan pengetahuan kesehatan reproduksi antara remaja yang telah mengikuti program pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan oleh pendidik sebaya, guru dan orangtua. Kelompok yang mempunyai pengetahuan yang baik yaitu mayoritas berada pada teman sebaya dimana kelompok yang mempunyai perbedaan pengetahuan yang bermakna adalah antara teman sebaya dengan guru dan teman sebaya dengan orangtua.

Dari hasil penelitian dapat diambil bahwa pengembangan model pendidikan kesehatan reproduksi remaja diperlukan multi informasi dan komprehensif dari berbagai elemen serta komitmen dari guru, orangtua, teman sebaya dan komunitas dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap yang mencegah terjadinya perilaku berisiko.

UCAPAN TERIMAKASIH

Allhamdulillahirobbil' alamin, penulis dapat menyelesaikan penyusunan jurnal yang ini. Penulis menyadari jurnal ini tidak

akan selesai tanpa bantuan berbagai pihak. Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang sudah memfasilitasi penelitian ini sehingga penulis dapat menyelesaikan jurnal.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS),2012. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Balitbangkes,2010.Riskesdas 2010. Jakarta
- Brooks, Magnusson, dkk, 2012. Adolescent Multiple Risk Behaviour: An Asset Approach to The Role of Family, School and Community. Journal of Public Health. Vol 34 :56-148
- Farah J., 2013. The school environment and student health: a systematic review and meta-ethnography of qualitative research. BMC Public Health. Vol 13: 798
- Geldard Kathryn, 2011. Konseling Remaja. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Glasier A, Gebbie A, 2006. Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Hassani KF, Kosunen E, Shiri R, Jokela J, Liinamo A., 2009. Adolescent Sexual Behaviour During Periods of Increase and Decrease in the Abortion Rate. American Journal Of Obstetric & Gynecology. Vol. 114.

- Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ.,2012. An Overview of Prevention of Multiple Risk Behaviour in Adolescence and Young Adulthood. Oxford University Press
- Karen K, Christine N.,2002. Reproductive Health Knowledge and Use of Services Among Young Adults in Dakar Senegal. Cambridge University Press. Vol 34: 31-215
- Lestary H, Sugiharti, 2011. Perilaku Berisiko Remaja Di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007. Jurnal Kesehatan Reproduksi.Vol.1:44-136
- Masri M, dkk.,2008. Kurikulum dan Modul Pelatihan Pemberian Informasi Remaja Oleh Pendidik Sebaya. Jakarta: BKKBN
- Mccauley, et al.,1995. Meeting The Needs Of Young Adults. Population Reports Family Planning Program
- Rondini Simon, Krugu John. Asses, 2009. Knowledge, Attitude and Practices Study on Reproductive Health among Secondary School Students in Bolgatanga, Upper EastRegion Ghana.African Journal of Reproductive Health
- Shaikh BT, Rahim ST., 2006. Assessing Knowledge, Exploring needs: A Reproductive Health Survey of Adolescent and Young Adults in Pakistan. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.Vol.11:7-132
- Song Y, Ji CY.,2010. Sexual Intercourse and High- Risk Sexual Behaviours Among a National Sample of Urban Adolescent in China. Journal of Public Health.Vol. 32: 21-312
- Stacy LT, dkk.,2008. What Schools Teach Our Patients About Sex. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Vol 111: 66-256
- Suryoputro A, Ford NJ, 2006. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi.Jurnal Makara.Vol.10:29-40.
- Tawfik May, et al,2013. School-Based Reproductive Health Education Among Adolescent Girls In Alexandria, Egypt. Mena Working Paper Series: Population Reference Bureau
- Wiegersma PA, Hofman A, Zielhuis GA.,2000. Prevention of Unhealthy Behaviour by Youth Health Care in The Netherlands. Journal of Public Health Medicine.
- Yip PS, Zhang H, Lam TH, Lam KF, Lee AM, Chan J., 2013. Sex Knowledge, Attitudes, and High Risk Sexual Behaviours Among Unmarried Youth in Hong Kong. BMC Public Health
- Yusuf S., 2012. Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Bandung: Remaja Rosdakarya