

SKRIPSI

PERBEDAAN METODE PERMAINAN *MONOPOL SEX EDUCATOR* DENGAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA TENTANG IMS (INFEKSI MENULAR SEKSUAL) DI SMA 1 TUBAN

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

DENDHY DWI HANDANA SAGITA

NIM. 010710336 B

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Agustus 2011

Yang menyatakan,



Dendhy Dwi Handana Sagita
NIM: 010710336 B

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

**PERBEDAAN METODE PERMAINAN *MONOPOL SEX EDUCATOR*
DENGAN *FOCUS GROUP DISCUSSION*
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA TENTANG IMS
(INFEKSI MENULAR SEKSUAL) DI SMA I TUBAN
SURABAYA, 01 AGUSTUS 2011**

Oleh:
DENDHY DWI HANDANA SAGITA
010710336B


TELAH DISETUJUI

Pembimbing I



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 19661121200003201

Pembimbing II



Deni Yasmara S.Kep., Ns
NIK 139090948
Mengetahui

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pejabat Wakil Dekan I



Mira Trihartini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002


LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

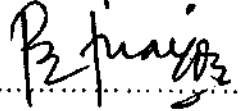
Pada Tanggal 04 Agustus 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 19661121200003201

(..........)

Anggota : Retnayu Pradani, S.Kep.Ns
NIP.13908024

(..........)

Deni Yasmara, S.Kep.Ns
NIP. 139090948

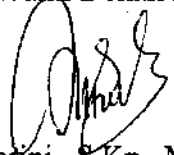
(..........)

Mengetahui,

a.n Dekan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Plt. Wakil Dekan I



Mira Trihartini, S.Kp., M.Kep

NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PERBEDAAN METODE PERMAINAN MONOPOL SEX EDUCATOR DENGAN FOCUS GROUP DISCUSSION TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA TENTANG IMS (INFEKSI MENULAR SEKSUAL) DI SMA I TUBAN”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Si Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah kami mengucapkan terima kasih dengan setulus hati kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi.
2. Bapak Deni Yasmara S.Kep., Ns yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi.
3. Kepala sekolah SMA I Tuban yang telah menyediakan sarana dan fasilitas yang mendukung penelitian dalam skripsi ini.
4. Kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban yang telah memberikan pengarahan dalam mengumpulkan data awal.

5. Saudari Nindya dan Intan yang membantu dalam penyebaran dan pengumpulan kuesioner pada responden penelitian.
6. Saudara Choirul, Alwan, dan Kisam, teman-temanku yang membantu dalam pelaksanaan penelitian
7. Seluruh responden yang telah bersedia membantu dalam penelitian ini
8. Kepada orang tuaku tercinta, Partana dan Gati Sri Wahyuni yang selalu mendorong dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan skripsi.
9. Teman wanitaku yang cantik, Heri Anggrawati yang selalu menemani dan mendoakan atas terselesaikannya skripsi.

Semoga Allah SWT membalas segala amal ibadah semua pihak yang telah memberikan bantuan, kesempatan, dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna, akan tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi dunia keperawatan.

Surabaya, Agustus 2011

Penulis

ABSTRACT

**THE DIFFERENCE BETWEEN MONOPOL SEX EDUCATOR
METHODES AND FOCUS GROUP DISCUSSION METHODES
TO INCREASE STUDENTS KNOWLEDGE ABOUT STD (SEXUALLY
TRANSMITTED DISEASES) IN SMA I TUBAN**

Quasy Experiment Research

By: Dendhy Dwi Handana Sagita

Few young people receive adequate preparation for their sexual lives because of disapproval of open discussion of sexual matters by adults, including parents and teachers, at the very time when it was most needed. This leaves them potentially vulnerable sexually transmitted diseases (STDs). The key of this problem was increasingly signalling the importance of equipping young people with knowledge and skills to make responsible choices in their lives. Methodes of sexual health education, Monopol sex educator and Focus group Discussion, was being used on a real health promotion and being compared to know the difference between two of them. Quasy experiment design was used in this study. The population of this research was students years 2011-2012 in SMA I Tuban. Samples taken by purposive sampling up to inclusion and exclusion criteria. The data were collected by questionnaire. The data analyzed by Wilcoxon Sign Rank Test and Mann Whitney U Test. Result of research showed that MSE has influence to increase teenage knowledge with significancy $p=0,014$ but FGD doesn't has influence with $p=0,096$. And to know about the difference about MSE and FGD with $p=0,220$, did not difference between both of them. Concluded, there is no differences between MSE and FGD and both of them can be used to increase teenage knowledge of STD's. Facilitator must prepare his ability on MSE and control the situation . In the next time, MSE is need to be used in many health education activity . So, the result pre and post test of MSE can be used in FGD activity.

Keywords: *Knowledge Of STD, Monopol Sex Educator And Focus Group Discussion*

MOTTO

**KHILAF ADALAH UCAPAN ORANG MUNAFIK
YANG TIDAK MAU MENERIMA KEKURANGAN
DIRI SENDIRI**

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iv
Ucapan Terima Kasih	v
Motto	vii
<i>Abstract</i>	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan	6
2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan	6
2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan	7
2.1.3 Sasaran pendidikan kesehatan	8
2.1.4 Tahap-tahap kegiatan pendidikan kesehatan	9
2.1.5 Proses belajar dalam pendidikan kesehatan	9
2.2 Metode Pendidikan Kesehatan	12
2.3 Konsep <i>Focus Group Discussion</i> dan <i>Monopol Sex Educator</i>	16
2.3.1 <i>Focus group discussion</i>	16
2.3.2 <i>Monopol sex educator</i>	19
2.4 Konsep Perilaku	20
2.4.1 Definisi	20
2.4.2 Perilaku kesehatan	22
2.4.3 Ranah (domain) perilaku	23
2.4.4 Proses adopsi perilaku	32
2.4.5 Teori perubahan perilaku	33
2.4.6 Perkembangan kognitif remaja	36
2.4.7 Konsep bermain pada remaja	39
2.5 Konsep Infeksi Menular Seksual	42
2.5.1 Jenis infeksi menular seksual	42

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konseptual.....	58
3.2 Hipotesis Penelitian.	61
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	62
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling.....	63
4.2.1 Populasi.....	63
4.2.2 Sampel	63
4.2.3 Teknik sampling	64
4.3 Variabel dan Definisi Operasional	64
4.3.1 Variabel penelitian	64
4.3.2 Definisi operasional	64
4.4 Instrumen	66
4.5 Waktu dan Tempat	66
4.6 Prosedur Pengumpulan Data	66
4.7 Kerangka Kerja.....	68
4.8 Analisis Data.....	68
4.9 Etik Penelitian	69
4.9.1 Lembar persetujuan menjadi responden	69
4.9.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama).....	70
4.9.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	70
4.9.4 Keterbatasan	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	71
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	71
5.1.2 Data umum.....	72
5.1.3 Data khusus.....	74
5.2 Pembahasan	76
5.2.1 Pengaruh MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS	76
5.2.2 Perbedaan MSE dan FGD	81
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	84
6.2 Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	90

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	64
Tabel 5.1 Tabulasi data tingkat pengetahuan siswa tentang IMS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi metode permainan MSE, metode FGD, dan kelompok kontrol di SMA I Tuban pada 14-20 Juni 2011	74
Tabel 5.2 Tabulasi data tingkat pengetahuan siswa tentang IMS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi metode permainan MSE dan FGD	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka konseptual dan hipotesis penelitian.....	63
Gambar 4.1 Kerangka kerja	72
Gambar 5.1 Lokasi bermukim siswa SMA I Tuban yang menjadi Responden dalam lingkup Kabupaten Tuban	77
Gambar 5.2 Distribusi usia siswa SMA I Tuban yang menjadi responden	78
Gambar 5.3 Distribusi jenis kelamin siswa SMA I Tuban yang menjadi responden	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan bantuan fasilitas penelitian kepada Kepala Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tuban	88
Lampiran 2	Permohonan bantuan fasilitas penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban	89
Lampiran 3	Permohonan bantuan fasilitas penelitian kepada Kepala Sekolah SMAN I Tuban	90
Lampiran 4	Pemberian ijin penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tuban	91
Lampiran 5	Lembar permohonan menjadi responden penelitian	92
Lampiran 6	Lembar persetujuan menjadi responden	93
Lampiran 7	Lembar kuesioner penelitian	94
Lampiran 10	Tabel tabulasi	95
Lampiran 11	SAP MSE	101
Lampiran 12	SAP FGD	106
Lampiran 13	Lembar konsultasi Pembimbing I	128
Lampiran 14	Lembar konsultasi Pembimbing II	129

DAFTAR ISTILAH

IMS	: Infeksi Menular Seksual
AIDS	: <i>Aquired Immunodeficiency Syndrome</i>
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MSE	: <i>Monopol Sex Educator</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficeincy Virus</i>
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SCT	: <i>Social Cognitive Theory</i>

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja yang dahulu terjaga kuat oleh sistem keluarga, adat budaya serta nilai-nilai tradisional, telah mengalami pengikisan oleh urbanisasi dan industrialisasi yang meningkatkan kerentanan terhadap berbagai macam infeksi menular seksual (Suryosaputro, 2006). Kerentanan remaja disebabkan oleh rendahnya pengetahuan tentang IMS. Pengetahuan yang rendah terlihat dari hanya 40% remaja berusia antara 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan akurat tentang HIV dan penyebarannya (UNESCO, 2009).

Berdasarkan data awal lewat pembagian kuesioner tentang pengetahuan IMS yang dilakukan tanggal 14 Juni 2011 oleh peneliti pada 34 siswa yang dipilih secara acak di SMA I Tuban didapatkan hasil bahwa 91,2% (31 siswa) memiliki pengetahuan rendah dan hanya 8,8% (3 siswa) memiliki pengetahuan sedang tentang IMS. Sedangkan Berdasarkan Rekapitulasi Laporan Bulanan Data Kesakitan Puskesmas Se-Kabupaten Tuban tahun 2010 Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban penderita IMS di Kabupaten Tuban memperlihatkan bahwa 46% dari 607 penderita adalah remaja (Dinkes Kabupaten Tuban, 2010). Pengetahuan yang rendah dan angka kejadian IMS yang tinggi pada remaja harus mendapatkan penanggulangan yang serius. Penanggulangan yang dapat dilakukan adalah remaja harus mendapatkan pendidikan kesehatan seksual agar memiliki kemampuan pengambilan keputusan yang tepat tentang seksualitas dan bahaya IMS (Infeksi Menular Seksual) (UNESCO, 2009).

Metode pendidikan kesehatan seksual yang sesuai dipergunakan adalah metode untuk kelompok kecil yang terdiri dari metode diskusi kelompok, *brain storming*, *snow balling*, kelompok-kelompok kecil, *role play*, FGD, dan permainan (Notoatmodjo, 2003). Pertimbangan penggunaan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dan metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) adalah metode FGD pernah dipergunakan untuk pendidikan kesehatan seksual dan terbukti memberikan pengaruh berupa peningkatan pengetahuan peserta diskusi tentang IMS menjadi 100% (Astuti, 2010). Metode permainan *Monopol Sex Educator* merupakan permainan monopoli yang dimodifikasi peneliti dengan memasukkan gambar dan materi IMS. MSE disesuaikan dengan tahapan perkembangan kognitif remaja yang cara berpikirnya lebih logis dan kritis. MSE mengarahkan peserta permainan menghafalkan materi dan berbagi pengetahuan dengan teman sepermainan. Namun pengaruh MSE terhadap peningkatan pengetahuan IMS siswa SMA belum dapat diketahui.

Kabupaten Tuban yang sedang dalam transisi sebagai kota industri menjadi salah satu faktor yang memudahkan penyebaran IMS secara bebas. Jumlah penderita IMS di Kabupaten Tuban juga semakin meningkat. Berdasarkan data penderita IMS yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban penderita IMS pada tahun 2006 berjumlah 94, tahun 2007 berjumlah 20 penderita, tahun 2008 berjumlah 30 penderita, dan tahun 2009 berjumlah 304 penderita dan pada tahun 2010 meningkat menjadi 607 penderita. Penderita IMS tahun 2010 pada usia remaja sebesar 287 penderita (45,7%) dari jumlah IMS total sebesar 627 penderita (100%). Penderita IMS cenderung meningkat dari rentang waktu tahun 2006-2010. Jenis IMS yang tercatat meliputi infeksi gonokokus

mencapai 145 kasus (23%), non gonokus sebanyak 240 kasus (38%), dan penyakit kelamin lain sebanyak 242 kasus (39%). Penderita IMS akan mengalami penurunan kualitas kesehatan karena berbagai tanda dan gejala yang timbul. Akibat dari IMS sangat bervariasi antara lain, menyebabkan kemandulan, keguguran, kanker leher rahim, merusak penglihatan, otak dan hati, menular kepada bayi, meningkatkan kerentanan terhadap HIV/AIDS, kehamilan di luar kandungan, infeksi saluran reproduksi (ISR), infeksi sistemik, radang panggul, epididimitis, prostatitis, striktur uretra, kecacatan pada bayi, IMS tak dapat disembuhkan, hingga kematian (USAID, 2005).

IMS adalah infeksi yang sebagian besar menular lewat hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular. Hubungan seks ini termasuk berhubungan lewat liang senggama, lewat mulut (oral seks) atau lewat dubur, lewat darah, dan ibu hamil ke anak (USAID, 2005). Walaupun memiliki kesamaan dalam cara transmisi, IMS disebabkan oleh agen yang berbeda-beda sehingga manifestasi yang ditimbulkan pun akan berbeda. Pengetahuan yang tepat tentang jenis, gejala, penularan, dan pencegahan harus diketahui oleh remaja sehingga remaja akan menghindari perilaku yang beresiko terhadap penularan IMS. Metode pendidikan seksual terdiri dari banyak pilihan sesuai dengan karakteristik sasaran. Metode kelompok besar, kecil, dan massa memiliki perbedaan masing-masing (Notoatmodjo, 2003). Metode pendidikan yang sesuai untuk membahas topik IMS dengan pertimbangan sensitifitas tema yang dibahas adalah menggunakan metode kelompok kecil, yaitu metode permainan. Metode permainan yang dikembangkan peneliti berupa permainan *Monopol Sex Educator* menggabungkan bentuk diskusi dan serunya situasi permainan. Metode permainan *Monopol Sex Educator*

sebagai bentuk metode pendidikan disesuaikan dengan perkembangan kognitif remaja yang berpikir lebih logis, abstrak, dan kritis. Remaja diminta melakukan penghafalan materi sesuai dengan aturan permainan yang meliputi jenis, gejala, penularan, dan pencegahan IMS. Kemudian remaja akan menjelaskan kepada teman dalam permainan secara tepat. Proses belajar dengan metode MSE yang dilakukan dengan teman sebaya akan memudahkan masuknya informasi tentang IMS namun pengaruh metode MSE terhadap peningkatan pengetahuan siswa belum dapat dibuktikan.

Peran perawat sebagai edukator adalah mengembangkan metode pendidikan kesehatan seksual yang efektif, menarik, dan mampu menciptakan kondisi yang nyaman untuk remaja ketika berdiskusi tentang IMS. Metode FGD digunakan secara bersamaan dengan MSE bertujuan sebagai perbandingan pengaruh dari kedua metode terhadap pengetahuan siswa tentang IMS. *Monopol Sex Educator* dan FGD diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan remaja tentang IMS sehingga mampu mengatasi masalah dalam penelitian ini yaitu, sebesar 46% penderita IMS di Tuban adalah remaja.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan antara metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dengan *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS (Infeksi Menular Seksual) di SMA I Tuban.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui perbedaan antara metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dan *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS (Infeksi Menular Seksual).

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan siswa SMA tentang IMS sebelum dan sesudah dilakukan metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dan *Focus Group Discussion* (FGD).
2. Menganalisis perbedaan metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dengan *Focus Group Discussion* (FGD) dalam meningkatkan pengetahuan siswa tentang IMS.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan Keperawatan Komunitas terutama pengembangan metode pendidikan kesehatan seksual remaja.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai:

1. Metode pendidikan kesehatan seksual yang dapat digunakan perawat dalam promosi kesehatan.
2. Metode pendidikan kesehatan seksual yang dapat dipergunakan orang tua menanamkan pengetahuan seksual dan nilai-nilai, tradisi, dan kepercayaan.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan dibahas tentang 1) Konsep Pendidikan Kesehatan, 2) Metode Pendidikan Kesehatan, 3) Konsep *Focus Group Discussion* dan *Monopol Sex Educator*, 4) Konsep Perilaku, 5) Konsep Infeksi Menular Seksual

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi pendidikan kesehatan

1. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan didalam bidang kesehatan, yaitu perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2003).
2. Pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat (Suliha, 2002).
3. Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa (Machfoedz, 2005).
4. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/ teori dari seseorang ke orang lain, bukan pula seperangkat prosedur tetapi perubahan tersebut karena adanya keasadaran dari dalam individu, kelompok, masyarakat sendiri (Mubarak, 2009).

2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan dari pendidikan kesehatan antara lain (Machfoedz, 2005 dan Suliha, 2002):

1. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Berdasarkan WHO tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi sehat. Bila perilaku kesehatan tidak sesuai dengan prinsip kesehatan, maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Batasan sehat pada UU Nomor 23 tahun 1992, bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mencapai konsep sehat seperti definisi diatas, maka seseorang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan untuk menjadi sehat yang sebenarnya.

2. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, terutama adat kepercayaan, yang telah menjadi norma atau nilai disuatu kelompok masyarakat, adalah hal yang sulit karena memerlukan suatu proses yang panjang. Kebudayaan adalah sikap perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar.

3. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat.

4. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.

5. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

2.1.3 Sasaran pendidikan kesehatan

Notoatmodjo (2003) membagi sasaran pendidikan kesehatan, yaitu :

1. Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan kesehatan. Sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah kesehatan ibu dan anak (KIA), anak sekolah untuk kesehatan remaja. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (*empowerment*).

2. Sasaran sekunder

Tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat istiadat, disebut sasaran primer, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok ini memberikan pendidikan kesehatan dan memberikan contoh perilaku sehat kepada masyarakat disekitarnya. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan strategi dukungan sosial.

3. Sasaran tersier.

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah merupakan sasaran tersier. Dengan kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan berdampak terhadap perilaku tokoh masyarakat dan juga kepada masyarakat umum. Upaya promosi yang dilakukan terhadap sasaran ini sejalan dengan *advocacy* (strategi advokasi).

2.1.4 Tahap-tahap kegiatan pendidikan kesehatan

Maulana (2009), menyatakan tahap-tahapnya adalah :

1. Tahap Sensitasi

Tahap ini dilakukan untuk memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting yang berkaitan dengan kesehatan (misalnya, kesadaran terhadap adanya pelayanan kesehatan, dan kegiatan imunisasi). Pada tahap ini, tidak dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan dan tidak mengarah pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud mengubah perilaku tertentu.

2. Tahap Publisitas

Tahap ini merupakan kelanjutan tahap sensitasi yang bertujuan menjelaskan lebih lanjut jenis pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, misalnya di puskesmas, posyandu, polind

3. Tahap Edukasi

Tahap ini bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.

4. Tahap Motivasi

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan, individu atau masyarakat mampu mengubah perilaku sehari-harinya sesuai dengan perilaku yang dianjurkan.

2.1.5 Proses belajar di dalam pendidikan kesehatan

Dalam Notoatmodjo, 2003, proses belajar meliputi;

1. Arti belajar

Pendidikan tidak lepas dari proses belajar, karena proses belajar itu berada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan. Pendidikan dilihat secara makro

sedangkan pengajaran (proses belajar) itu dilihat secara mikro. Belajar adalah usaha untuk menguasai segala sesuatu yang berguna untuk hidup.

2. Proses belajar

1) Latihan

Latihan adalah suatu penyempurnaan potensi tenaga-tenaga yang ada dengan mengulang-ulang aktivitas tertentu.

2) Menambah tingkah laku baru

Sifat khas dari proses belajar adalah memperoleh sesuatu yang baru, yang dahulu belum ada, sekarang menjadi ada, yang semula belum diketahui, sekarang diketahui, yang dahulu belum mengerti, sekarang dimengerti.

3. Teori proses belajar

Perkembangan teori proses belajar yang ada dapat dikelompokkan ke dalam dua dua kelompok besar, yaitu;

1) Teori stimulus-respon

Teori ini hanya memperhitungkan faktor dari luar individu (faktor eksternal), kurang memperhatikan faktor internal. Teori belajar yang termasuk teori ini adalah teori asosiasi, yaitu, belajar adalah mengambil dan menggabungkan tanggapan karena rangsangan diberikan berulang-ulang.

2) Teori transformasi.

Teori ini memperhitngkan faktor eksternal dan internal dan berlandaskan pada *psikologi kognitif*, bahwa proses belajar adalah transformasi dari informasi, kemudian informasi tersebut direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Perilaku terjadi karena interaksi

individu dengan dunia luar, persepsi, imajinasi dan penalaran. Teori transformasi ini juga mencakup domain afektif dan psikomotor.

4. Prinsip-prinsip belajar

1) Prinsip 1

Belajar adalah suatu pengalaman yang terjadi di dalam diri si pelajar yang diaktifkan oleh individu itu sendiri. Perubahan persepsi pengetahuan, sikap, dan perilaku adalah suatu produk manusia itu sendiri, bukan kekuatan yang dipaksakan kepada individu.

2) Prinsip 2

Belajar adalah penemuan diri sendiri, yang berarti proses penggalan ide-ide yang berhubungan dengan diri sendiri dan masyarakat, sehingga pelajar dapat menentukan kebutuhan dan tujuan yang akan dicapai.

3) Prinsip 3

Belajar adalah suatu konsekuensi dan pengalaman. Seseorang menjadi bertanggung jawab ketika ia diserahi tanggung jawab. Untuk belajar yang efektif tidak cukup jika hanya dengan memberikan informasi saja, tetapi kepada pelajar tersebut perlu diberikan pengalaman.

4) Prinsip 4

Belajar adalah proses kerja sama dan kolaborasi. Dengan kerja sama, saling berinteraksi, dan berdiskusi, disamping memperoleh pengalaman dari orang lain juga dapat mengembangkan pemikiran-pemikiran dan daya kreasi individu. Implikasi prinsip ini di dalam pendidikan kesehatan adalah dengan pembentukan kelompok dan diskusi kelompok akan sangat mempermudah proses belajar.

5) Prinsip 5

Belajar adalah proses *evolusi*, bukan proses revolusi karena perubahan perilaku memerlukan waktu dan kesabaran.

6) Prinsip 6

Belajar kadang-kadang merupakan suatu proses yang menyakitkan karena menghendaki perubahan kebiasaan yang sangat menyenangkan dan sangat berharga dirinya dan mungkin harus melepaskan sesuatu yang menjadi jalan hidup atau pegangan hidupnya.

7) Prinsip 7

Belajar adalah proses *emosional dan intelektual*. Belajar dipengaruhi oleh keadaan individu atau si pelajar secara keseluruhan. Belajar bukan hanya proses intelektual, tetapi emosi juga turut menentukan, oleh karena itu hasil belajar sangat ditentukan situasi psikologis individu saat belajar.

8) Prinsip 8

Belajar bersifat individual dan unik. Kita harus menyediakan media belajar yang bermacam-macam sehingga tiap individu dapat memperoleh pengalaman belajar sesuai dengan keunikan dan gaya masing-masing.

2.2 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoadmodjo (2003), klasifikasi metode pendidikan ada tiga bagian, yaitu :

1. Metode bimbingan individu

1) Bimbingan dan konseling.

Bimbingan berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi, masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Konseling adalah proses belajar yang bertujuan memungkinkan konseli (peserta didik) mengenal dan menerima diri sendiri sesuai realita.

2) Wawancara (*interview*).

Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi.

2. Metode bimbingan kelompok

1) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang, antara lain, ceramah dan seminar. Ceramah adalah pidato yang disampaikan seorang pembicara di depan sekelompok pengunjung atau pendengar. Seminar adalah suatu penyajian adari satu atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

2) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta kegiatan kurang dari 15 orang, antara lain:

(1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantar tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dan salah seorang diantaranya memimpin diskusi tersebut.

(2) Demonstrasi

Demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk membelajarkan peserta dengan cara menceritakan dan memperagakan suatu langkah-langkah mengerjakan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktek yang diperagakan kepada peserta karena itu demonstrasi dapat dibagi menjadi dua

tujuan, yaitu ; demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah; dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses.

(3) Curah pendapat

Curah pendapat adalah semacam pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan.

(4) *Snowball*

Metode ini dilakukan dengan membagi secara berpasangan.

(5) Kelompok studi kecil (*Buzz group*)

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok-kelompok kecil.

(6) Bermain peran

Permainan sebuah situasi dalam hidup manusia dengan atau tanpa melakukan latihan sebelumnya.

(7) Permainan simulasi

Merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan. Beberapa ahli berpendapat pentingnya bermain bagi perkembangan kognisi dan sosial manusia.

Menurut Singer dkk. (2006), meningkatkan perkembangan kognitif dan sosial emosional manusia dengan memberikan suatu pesan yang dipertegas sama dengan seperempat permainan yang dilakukan. (Bekoff and

Byers, 1998; Darwin, 1965, 1981; Fagen, 1981, 1984, 1994; Goodall, 1995; Groos, 1898; Lorenz, 1971).

Bermain juga memiliki dua kutub secara dialektika, misalnya label irasional dan rasional, imajinasi dan nyata, bebas atau dengan aturan (Huizinga, 1950; Hutt, 1981; Spariosu, 1989; Sutton-Smith, 1997; Turner, 1974).

Pandangan secara dialektika dari *agon* (semua aktivitas yang berupa kompetisi), *paidia* transisi ke *paidia (play)* dan *paideia (education)* dalam hasil kerjanya Plato (1970) orang yang menyamakan bermain dengan suatu yang irasional dan permainan anak yang liar. Plato mengatakan "*unless a man has transcendent nature he would never become good if from earliest childhood his play isn't noble and all his practices aren't such*"

Penelitian dalam pendidikan, psikologi, dan ethologi menyarankan bahwa antara *agon* dan *paidia* memiliki peran yang sangat penting dalam proses belajar. Ketika masa kanak-kanak hingga dewasa, bermain memegang peranan yang sangat central dalam perkembangan manusia dalam berbagai bentuk, tingkatan, dan gaya. (Erikson, 1950; Piaget, 1962; Vygotsky, 1978; Wolf, 1984).

(8) Diskusi kelompok terfokus (DKT)/ *focus group discussion* (FGD)

Menurut Susilo, 2009, *focus group discussion* (FGD) adalah sebuah metode yang bertujuan untuk mendapatkan informasi (perasaan, pikiran) berdasarkan pengamatan subyektif dari sekelompok sasaran terhadap suatu situasi. Sasaran diskusi biasanya homogen dengan jumlah kelompok berkisar 6-12 orang.

2.3 Konsep *Focus Group Discussion* dan *Monopol Sex Educator*

2.3.1 *Focus group discussion*

1. Tujuan FGD

- 1) Menambah dan memperdalam informasi.
- 2) Membangun kesepakatan atau komitmen.
- 3) Mengklarifikasi informasi yang kurang pada basis data dan juga bisa dipakai untuk memperoleh opini-opini yang berbeda mengenai satu permasalahan tertentu.
- 4) Memberikan kesempatan pada peserta saling berinteraksi untuk mengungkapkan informasi yang tersembunyi dan mungkin tidak diperoleh dengan pengamatan dan wawancara individu.
- 5) Memberi kesempatan peserta mengungkapkan wawasan mengenai opini dalam masyarakat.

2. Keunggulan dalam menggunakan metode FGD adalah:

- 1) Praktis dan ekonomis, waktu yang biasa digunakan adalah 20-30 menit.
- 2) FGD dapat mengungkapkan beberapa aspek sekaligus, seperti menjelaskan suatu informasi yang lebih rinci dan mendetail, mengungkap beberapa aspek sekaligus, seperti; pemahaman atas permasalahan di sekitarnya, meningkatkan logika berfikir, cara pengambilan keputusan, memiliki inisiatif, ketrampilan berkomunikasi, dan kepercayaan diri pada seseorang.
- 3) FGD bersifat memberikan tekanan pada kasus yang terfokus dan bagaimana membuat peserta mendapatkan wawasan baru dari masalah diatas.
- 4) Dalam FGD biasanya terdapat suatu topik yang dibahas dan didiskusikan bersama.

3. Prinsip-prinsip FGD di antaranya:

- 1) FGD adalah kelompok diskusi bukan wawancara atau obrolan. Ciri khas metode FGD yang tidak dimiliki oleh metode riset lainnya (wawancara mendalam atau observasi) adalah interaksi.
- 2) FGD adalah group bukan individu.
- 3) FGD adalah diskusi terfokus bukan diskusi bebas.

4. Hal-hal yang dilakukan ketika Focus Group Discussion (FGD)

Menurut Cahyo (2009) ketika sedang berada dalam tahap yang penting untuk dipersiapkan adalah:

- 1) Pastikan anggota menyimak dengan sebaik-baiknya kasus seperti apa yang sedang dihadapi sehingga anggota memiliki pemahaman yang utuh mengenai kasus tersebut. Manfaatkan waktu yang diberikan dengan sebaik-baiknya karena biasanya kasus-kasus dalam FGD memiliki beberapa alternatif penyelesaian sekaligus. Jangan terlalu terburu-buru mengambil sikap karena bisa jadi anggota belum mempertimbangkan beberapa aspek yang seharusnya perlu diperhatikan dalam kasus tersebut.
- 2) Bersikap proaktif dan komunikasikan ide atau gagasan Anda kepada kelompok. Perlu percaya diri, percaya dengan kemampuan Anda sendiri sehingga orang lain juga yakin dan mendengarkan ide Anda dengan seksama. Diharapkan untuk tidak takut menyanggah pendapat orang lain apabila Anda merasa pendapat orang lain tersebut kurang sesuai dengan kasus yang harus disikapi. Argumentasi dari orang lain justru penting agar penyelesaian yang didapatkan kelompok benar-benar sempurna.

5. Langkah-Langkah Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD)

- 1) Tentukan target peserta dan diskusikan dengan warga komunitas tersebut mengenai target kriteria peserta. Aturan umum pengelompokan terdiri dari 8-12 orang.
- 2) Lakukan diskusi dengan satu topik tertentu. Diskusi dilakukan selama 1-2 jam.
- 3) Setelah menentukan kriteria-kriteria yang terkait, lalu identifikasi siapa-siapa yang akan mewakili masing-masing kelompok kriteria tersebut.
- 4) Rencanakan penjadwalan waktu pelaksanaan FGD.
- 5) Buat desain pedoman FGD
 - (1) Pedoman terdiri dari daftar pertanyaan untuk menjadi bahan fasilitator untuk memancing diskusi pada FGD.
 - (2) Pedoman bagi fasilitator untuk mendorong kebebasan berekspresi, tergalinya informasi mendalam dari peserta.
 - (3) Buat pertanyaan-pertanyaan sederhana dengan jawaban tertutup.
 - (4) Pedoman harus detail.
 - (5) Pedoman harus menyediakan pertanyaan terbuka untuk topik khusus yang didiskusikan.
 - (6) Siapkan fasilitator dan pencatat proses.

Sesi diskusi tetap dijaga pada jalurnya ketika membebaskan responden berbicara secara terbuka dan spontan, fasilitator menggunakan panduan diskusi yang mencatat topik utama atau tema yang harus ditemukan di dalam diskusi. Hal ini menyediakan sebuah road map yang mengarahkan fasilitator menemukan topik utama dalam diskusi dan tetap dalam jalur

yang tepat. Jumlah item dalam panduan harus diminimumkan untuk mencapai diskusi yang mendalam terhadap topik utamanya. Hal ini ditujukan untuk fokus terhadap isu yang relevan. Bila diskusi melebar ke topik pendukung akan diarahkan dari yang umum menuju spesifik kembali.

2.3.2 Monopol sex educator

Monopoli adalah salah satu permainan papan yang paling terkenal di dunia. Tujuan permainan ini adalah untuk menguasai semua petak di atas papan melalui pembelian, penyewaan dan pertukaran properti dalam sistem ekonomi yang disederhanakan. Setiap pemain melemparkan dadu secara bergiliran untuk memindahkan bidaknya, dan apabila ia mendarat di petak yang belum dimiliki oleh pemain lain, ia dapat membeli petak itu sesuai harga yang tertera. Bila petak itu sudah dibeli pemain lain, ia harus membayar pemain itu uang sewa yang jumlahnya juga sudah ditetapkan (Wikipedia, 2011).

Monopol Sex Educator (MSE) merupakan modifikasi permainan monopoli seperti yang dijelaskan sebelumnya. Perbedaan monopoli konvensional dengan MSE adalah setiap kotak dalam lembar permainan dilengkapi materi tentang IMS. MSE terdiri dari 8 item utama jenis-jenis IMS. Setiap kotak item utama terdapat 4 kotak keterangan antara lain, hijau menjelaskan tentang etiologi penyakit, kuning tentang tanda dan gejala, merah tentang cara penularan, dan biru tentang pencegahan IMS. Bidak yang dipergunakan sebanyak 4 bidak dan 2 buah dadu.

1. Aturan main

(1) Permainan dimulai ketika pemain pertama melempar dua dadu

- (2) Pemain memindahkan bidak sesuai dengan jumlah angka yang ditunjukkan dadu yang dilempar
- (3) Kotak berwarna dimana pemain berhenti akan menjadi milik pemain yang memiliki bidak
- (4) Ketika kotak berwarna telah terbagi habis dimiliki tiap pemain,
- (5) Pemain lain berhenti pada 4 kotak berwarna hijau, kuning, merah atau biru, pemain tersebut harus menjelaskan materi yang tercantum sesuai warna lembaran.
- (6) Jika pemain yang bersangkutan tidak mampu atau salah menjelaskan materi, pemilik kotak berwarna berhak mengambil satu lembar berwarna secara bebas.
- (7) Pemenang pada permainan adalah pemain yang mampu membuat urutan sesuai dengan kode angka yang tertera pada kartu dengan urutan penyebab, gejala, penularan, dan pencegahan minimal 3 jenis IMS atau mengumpulkan kartu berwarna terbanyak sesuai dengan batas waktu.

2.4 Konsep Perilaku

2.4.1 Definisi

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang bermaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan

yang sangat luas antara lain: berbicara, berjalan, menangis, tertawa, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses Stimulus → Organisme → Respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" (stimulus-organisme-respon). Selanjutnya teori Skinner menjelaskan adanya dua jenis respon, yakni:

1. Responden respons atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebabkan *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap.
2. Operant respons atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian timbul diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer*, karena berfungsi untuk memperkuat respons.

Berdasar teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap

terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*".

2.4.2 Perilaku kesehatan

Menurut Skinner maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit, dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Dengan perkataan lain perilaku kesehatan adalah semua aktifitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan ini pada garis besarnya dibagi menjadi dua, yakni:

1. Perilaku orang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Perilaku ini mencakup perilaku-perilaku (*overt dan covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam mengupayakan meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).

2. Perilaku orang sakit atau telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya. Oleh sebab itu perilaku ini disebut dengan perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepasnya dari masalah kesehatan tersebut.

2.4.3 Ranah (domain) perilaku

Perilaku adalah totalitas pemahaman dan aktifitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal. Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) membedakan 3 area, wilayah, ranah atau domain perilaku ini yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Ahli pendidikan Indonesia menerjemahkan kedalam cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotor) atau pencipta, perasa, dan bertindak.

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasar pembagian domain oleh Bloom ini dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan

seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

Secara garis besar dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yakni:

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen

pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan manifestasi sikap itu tidak dapat dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb dalam Notoatmodjo (2010), salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai penghayatan terhadap objek.

Komponen pokok sifat menurut Alport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) yaitu:

- 1) Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, artinya bagaimana keyakinan, pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.

- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan-tingkatan berdasarkan intensitasnya sebagai berikut:

- 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

- 2) Menanggapi (*responding*)

Menanggapi diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

- 3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

- 4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasar keyakinannya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya resiko lain (Notoatmodjo, 2010).

Selanjutnya ciri-ciri sikap menurut WHO adalah :

- 1) Sikap akan terwujud di dalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
- 2) Sikap akan ikut atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu pada pengalaman orang lain.
- 3) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pada pengalaman seseorang.
- 4) Didalam suatu masyarakat apapun selalu berlaku nilai-nilai yang menjadi pegangan setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

1) Perubahan Sikap

Theory of Reasoned Action (TRA) pertama kali diperkenalkan pada tahun 1967 untuk melihat hubungan keyakinan, sikap, niat dan perilaku. Fishbein, 1967 mengembangkan TRA ini dengan sebuah usaha untuk melihat perubahan hubungan sikap dan perilaku (Glanz, 2002).

Faktor yang paling penting dalam seseorang berperilaku adalah adanya niat. Niat akan ditentukan oleh sikap seseorang. Kemudian sikap ditentukan oleh keyakinan seseorang akibat dari tindakan yang akan dilakukan. Diukur dengan evaluasi terhadap masing-masing akibat. Jadi, seseorang yang memiliki keyakinan yang kuat akan akibat dari tindakan yang dilakukan secara positif akan menghasilkan sikap yang positif pula. Sebaliknya jika seseorang tidak

yakin akan akibat dari perilaku yang dilakukan dengan positif akan menghasilkan sikap yang negative (Glanz, 2002).

Niat seseorang untuk berperilaku juga dapat dipengaruhi oleh norma individu dan motivasi untuk mengikuti. Norma individu dapat dipengaruhi oleh norma-norma atau kepercayaan dimasyarakat. Gambaran : Kepercayaan, Sikap, Niat, dan Perilaku.

2) Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihakpihak lain (Notoatmodjo, 2010).

Praktik atau Tindakan dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yakni:

(1) Praktik terpimpin (*guided respon*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

(2) Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis.

(3) Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja,

tetapi sudah dilakukan modifikasi atau tindakan dan perilaku yang berkualitas.

Perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan) baik fisik maupun non fisik. Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku (Notoatmodjo, 2010)

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan mewawancarai terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2010).

(1) Tekanan (*Enforcement*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan baik adalah cara tekanan, paksaan atau koersi (*coertion*). Upaya ini bisa dalam bentuk undang-undang, peraturan, intruksi-intruksi, tekanan-tekanan dan sanksi-sanksi.

(2) Edukasi (*education*)

Upaya agar masyarakat mau mengadopsi perilaku kesehatan dengan benar, adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesedaran dan sebagainya. Seperti memberikan penyuluhan dan pendidikan dan sebagainya. Menurut Green (1980) dalam

Notoatmodjo (2010) kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor, yakni faktor perilaku dan faktor diluar perilaku.

Perilaku itu sendiri terbentuk oleh 3 faktor sehingga dapat mempengaruhi perilaku orangtua terhadap anak balita penderita gizi buruk diantaranya di Kabupaten Aceh Barat daya, yaitu :

- (1) Faktor *Predisposisi (Predisposing Factors)* yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- (2) Faktor *Pendukung (Enabling Factors)* yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan, seperti kontrasepsi dan obat-obatan.
- (3) Faktor *Pendorong (Reinforcing factors)* yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan ataupun petugas lainnya, merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orangtua atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas dan sikap serta perilaku para petugas kesehatan, orangtua terhadap kesehatan anaknya dan saling mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Dilihat dari sudut pandang WHO menganalisa sekaligus menambah argument Green bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah karena adanya 4 faktor pokok dan alasannya yakni (Notoatmodjo, 2010):

1. **Pemikiran dan perasaan yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek :**
 - (1) **Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.**
 - (2) **Kepercayaan sering di peroleh dari orangtua , kakek atau nenek , dimana seseorang itu menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.**
 - (3) **Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek .
Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain.**
2. **Orang penting untuk referensi, apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh seperti guru, ulama, kepala desa dan orangtua.**
3. **Sumber-sumber daya yang mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya, semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruhnya terhadap perilaku bisa bersifat positif maupun negatif.**
4. **Perilaku normal, kebiasaan nilai dan sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup, yang pada umumnya disebut kebudayaan. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek kebudayaan dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku.**

2.4.4 Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baik), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni : kesadaran, interes, evaluasi, percobaan dan adopsi.

Penelitian lanjutan Roger (1983) dalam Notoatmodjo (2003), telah menemukan model baru dalam memperbaiki penelitiannya proses perubahan perilaku terdahulu dengan tiori yang di kenal "*Deffusion of innovation*" meliputi :

1. *Knowledge* (pengetahuan) terjadi bila individu (ataupun suatu unit perbuatan keputusan lainnya) diekspos terhadap eksistensi inovasi dan memperoleh pemahamannya.
2. *Persuasion* (Persuasi) terjadi bila suatu induvidu (ataupun suatu unit keputusan lainnya) suatu sikap mendukung atau tidak mendukung terhadap inovasi.
3. *Decision* (keputusan) terjadi bila individu (atau unit pembuat keputusan lainnya) terlibat dalam berbagai aktivitas yang mengarah kepada pilihan untuk menerapkan dan menolak inovasi.
4. *Implementation* (implementasi) terjadi bila individu (atau unit keputusan lainnya) menggunakan inovasi.
5. *Confirmation* (komfirmasi) terjadi bila individu (atau unit pembuatan keputusan lainnya) mencari dukungan atas keputusan inovasi yang sudah dibuat, akan tetapi ia sendiri mungkin mencanangkan keputusan sebelumnya jika di arahkan terhadap pesan-pesan yang menimbulkan konflik tentang inovasi tersebut.

Apabila penerimaan perilaku baru dan adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku ini tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2010).

2.4.5 Teori perubahan perilaku

Lawrence Green (1991) dalam Notoatmodjo (2010) mengemukakan tentang teori Precede-Proceed. Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim PRECEDE: *Predisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Precede ini merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. Precede adalah merupakan fase diagnosis masalah.

Lebih lanjut Precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

3. Faktor-faktor pendukung atau penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Banyak teori-teori yang berkaitan dengan perubahan perilaku seseorang dalam keseharian. Diantaranya menurut teori Anderson dalam Muzaham (1995) yang dikutip oleh Ari (2009). Yaitu ada tiga faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan :

1. Mudahnya menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan (karakteristik predisposisi)
2. Adanya faktor-faktor yang menjamin terhadap pelayanan kesehatan yang ada (karakteristik pendukung)
3. Adanya kebutuhan pelayanan kesehatan (karakteristik kebutuhan).

Teori perubahan perilaku yang lain adalah *Social Cognitive Theory (SCT)* atau teori sosial kognitif dari Bandura (1989), menggambarkan suatu hubungan yang dinamis terhadap proses yang sedang berlangsung antara faktor personal (P), faktor lingkungan (E), dan perilaku manusia (B) yang saling mempengaruhi satu sama lain yang dinamakan *triadic reciprocal determinism*.

Triadic reciprocal determinism menggambarkan interaksi antara perilaku, faktor personal, dan lingkungan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Ketiga ini tidak memiliki kekuatan yang sama untuk mempengaruhi. Beberapa akan lebih kuat dari yang lainnya.

Hubungan timbal balik antara *personal* dan *behavior* mencerminkan interaksi antara pengetahuan (*cognitive*), sikap (*affective*), dan tindakan (*action*) terhadap perilaku. Ekspektasi, kepercayaan, persepsi, harapan akan memberikan

bentuk terhadap perilaku yang tercipta. Faktor intrinsik yang lain mempengaruhi tindakan yang akan dilaksanakan dan pada waktunya akan menentukan secara terpisah pola pemikiran dan reaksi emosi yang ditimbulkan. Sehingga ketika melakukan tindakan yang bertujuan membentuk perilaku siswa menghindari perilaku seksual yang rentan terhadap IMS diperlukan peningkatan pada faktor personal yaitu, peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS. Faktor personal juga terdiri dari bagian-bagian biologis manusia. Struktur fisik dan sistem saraf sensori juga mempengaruhi perilaku dan mungkin akan membatasi kemampuan diri. Sistem sensori dan struktur otak pada waktunya juga akan termodifikasi oleh pengalaman yang diperoleh.

Hubungan timbal balik antara *environment* dan *personal* tertuju pada interaksi antara karakteristik personal dan pengaruh lingkungan. Harapan, kepercayaan, ikatan emosional dan tingkat pengetahuan berkembang dan termodifikasi oleh pengaruh sosial. Sehingga peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS akan dapat dicapai dengan tindakan *convey information* yang dapat berupa metode *Monopol Sex Educator* dan *Focus Group Discussion* Informasi dan aktivasi reaksi diperoleh dari modelling, instruksi, dan persuasi sosial. Manusia juga memperlihatkan reaksi yang berbeda terhadap lingkungan sosialnya dengan karakteristik mereka pribadi misalnya, usia, ukuran, ras, jenis kelamin, daya tarik fisik, sudah cukup menjelaskan apa yang akan dikatakan dan diperbuat.

Hubungan timbal balik *behavior* dan *environment*, terlihat dua cara antara *behavior* dan *environment* untuk saling mempengaruhi. Di dalam transaksi yang terjadi setiap hari, *behavior* akan menurunkan kualitas lingkungan dan secara langsung penurunan kualitas juga akan mempengaruhi *behavior* dari manusia.

Environment bukan sesuatu terpisah yang tidak dapat memberikan pengaruh terhadap seseorang. Beberapa aspek dari lingkungan fisik dan sosial akan lebih dominan baik disukai atau tidak tetapi beberapa aspek dari lingkungan baru akan beroperasi sebagai suatu pengaruh hingga bertemu dengan perilaku yang sesuai. Pelajaran tidak akan memberikan pengaruh terhadap siswa jika siswa tidak hadir dalam kelas, kompor panas tidak akan membakar jika tidak disentuh. Aspek potensial dari lingkungan yang menjadi lingkungan aktual akan memberikan pengaruh terhadap individu untuk menjadi apa mereka. Karena hubungan dua arah antara lingkungan dan perilaku maka manusia dapat menjadi suatu produk atau produsen dalam lingkungan mereka. Perilaku manusia akan memberikan efek melalui seleksi dan kreasi terhadap situasi

2.4.6 Perkembangan kognitif remaja

Remaja mengalami perkembangan untuk berpikir secara sistematis tentang semua permasalahan dengan menggunakan logika. Transisi dari cara berpikir kongkret menjadi cara berpikir yang logis dan aplikatif terjadi secara berkeinambungan. Beberapa remaja mengalami perkembangan dalam hal pemikirannya lewat cara-cara yang sangat rumit. Setiap remaja menggunakan sudut pandang yang berbeda-beda dalam memandang suatu permasalahan. Beberapa remaja mungkin dapat mengaplikasikan cara berpikir yang logis dalam menyelesaikan tugas-tugas sekolah namun belum mampu mengaplikasikan dalam menyelesaikan permasalahan pribadinya. Berikut ini tahapan perkembangan kognitif yang terjadi pada remaja (Palo Alto Foundation, 2010),

1. Remaja awal

Pada tahapan ini remaja akan memiliki cara berpikir yang lebih kompleks dan terfokus pada pengambilan keputusan di sekolah dan lingkungan yang meliputi,

- 1) Tahap awal remaja akan ditandai dengan kemampuan remaja menggunakan cara berpikir logika formal dalam tugas-tugas sekolah.
- 2) Remaja mulai mempertanyakan otoritas dan standar yang ada dalam komunitas.
- 3) Mulai mengekspresikan pemikiran ke dalam suatu tindakan seperti menariknya melakukan olah raga, kelompok yang menarik untuk diikuti, memperindah penampilan untuk daya tarik, dan peraturan-peraturan orang tua yang harus dirubah.

2. Remaja pertengahan

Dengan kemampuan menggunakan proses berpikir yang kompleks, fokus remaja pertengahan adalah pengembangan yang mencakup hal yang lebih filosofis dan futuristik, yang termasuk didalamnya,

- 1) Pertanyaan akan suatu permasalahan akan lebih intensif
- 2) Proses analisis juga akan lebih intensif
- 3) Mulai membentuk kode etik dalam diri (misal: Siapa saya?)
- 4) Mulai memikirkan masa depan dan pencapaian atas usaha
- 5) Mulai merancang rencana masa depan
- 6) Mulai memikirkan hal terkait jangka panjang dalam hidup
- 7) Mulai menggunakan cara berpikir yang sistematis terhadap menjalin hubungan dengan individu yang lain

3. Remaja akhir

Proses berpikir yang kompleks mulai dikurangi terhadap terhadap dirinya sendiri.

- 1) Mulai memikirkan tentang konsep yang lebih global seperti keadilan, sejarah, politik, dan patriotisme
- 2) Mengembangkan idealistik pada suatu topik
- 3) Suka berdebat dan kurang toleransi terhadap pihak yang berbeda sudut pandang
- 4) Memikirkan tentang pilihan dan masa depan karir
- 5) Mulai memikirkan perannya dalam suatu komunitas

Hal-hal yang menguatkan perkembangan kognitif yang sehat pada remaja (Palo Alto Foundation, 2010),

- 1) Mengikutsertakana remaja dalam suatu diskusi dengan berbagai jenis topik, isu, dan kejadian yang nyata.
- 2) Menguatkan remaja untuk selalu berbagi ide dan pemikiran dengan kita.
- 3) Mengarahkan remaja pada suatu tatanan yang sesuai dengan tujuan hidup mereka.
- 4) Memberikan stimulasi untuk selalu memikirkan kemungkinan yang mungkin terjadi di masa depan.
- 5) Memberikan umpan balik dan penghargaan terhadap pengambilan keputusan yang tepat oleh remaja.
- 6) Membantu remaja mengevaluasi keputusan yang telah diambil oleh remaja.

2.4.6 Konsep bermain pada remaja

Secara alami, manusia dilahirkan untuk bermain. Bermain merupakan naluri dan mendasar bagi keberadaan kita. Bermain membantu kita bertahan hidup dan berkembang dengan menghubungkan kita dengan manusia lain dan sumber energi dan kegembiraan dalam diri kita sendiri. Bermain secara simultan sumber ketenangan dan relaksasi, serta sebagai sumber stimulasi untuk otak dan tubuh. Main-main membantu kita menjadi lebih inventif, pintar, bahagia, fleksibel, dan tangguh.. Sebuah cara (dan menyenangkan) pastikan untuk mengembangkan imajinasi Anda, kreativitas, kemampuan pemecahan masalah, dan kesehatan mental untuk bermain dengan pasangan romantis Anda, officemates, anak-anak, cucu, dan teman-teman (Kemp, 2009).

1. Alasan bermain (Kemp, 2009).

1) Bermain mendorong kreativitas, fleksibilitas, dan belajar

Bermain adalah pintu untuk belajar. Play merangsang imajinasi kita, membantu kita beradaptasi dan memecahkan masalah. Play membangkitkan rasa ingin tahu, yang mengarah ke penemuan dan kreativitas. Komponen bermain - keingintahuan, penemuan, kebaruan, mengambil risiko, trial and error, berpura-pura, permainan, etiket sosial dan kegiatan lainnya adaptif semakin kompleks - adalah sama sebagai komponen pembelajaran.

2) Penangkal kesepian, isolasi, kecemasan, dan depresi

Ketika kita bermain dengan penuh semangat, kami memicu campuran endorfin yang mengangkat roh kita dan gangguan yang jarak kita dari rasa sakit, ketakutan dan beban lainnya. Dan ketika kita bermain dengan orang lain, dengan teman dan orang asing, kita diingatkan bahwa kita tidak sendirian di

dunia ini. Kita dapat terhubung ke orang lain dengan cara yang menyenangkan dan bermakna yang mengusir kesepian.

3) Bermain mengajar kita ketekunan

Ganjaran dari belajar atau menguasai permainan baru mengajarkan kita bahwa ketekunan adalah berharga. Ketekunan adalah sifat yang diperlukan untuk dewasa yang sehat, dan dipelajari terutama melalui bermain. Ketekunan dan kekerasan jarang ditemukan bersama-sama.

4) Bermain untuk bahagia

Di luar semua alasan yang sangat baik untuk bermain, ada hanyalah kesenangan semata itu. Bermain adalah keadaan yang bahagia dan menyenangkan. Melompat ke dalam dan keluar dari dunia bermain di setiap hari dapat menjaga dan memelihara hati kita sendiri, dan hati masyarakat kita.

5) Bermain mengembangkan dan meningkatkan keterampilan sosial

Keterampilan sosial dipelajari dalam memberi dan menerima dari bermain. komunikasi verbal dan bahasa tubuh, keselamatan dan bahaya, kebebasan dan batas-batas, kerjasama dan kerja tim: semua ditemukan dan dipraktekkan berulang kali selama bayi dan bermain anak-anak. Kami terus menyempurnakan keterampilan ini di masa dewasa melalui bermain dan komunikasi lucu.

6) Mengajarkan bekerjasama dengan orang lain

Bermain merupakan katalis yang kuat untuk sosialisasi positif. Melalui bermain, anak belajar bagaimana "bermain baik" dengan orang lain - untuk bekerja sama, ikuti disepakati bersama aturan, dan bersosialisasi dalam kelompok. Bukti-bukti bahkan menunjukkan bermain yang mungkin penangkal

kekerasan. Bahkan, mereka yang menghindari atau tidak pernah belajar bermain dapat menjadi hilang dalam dunia ketakutan, marah, dan khawatir obsesif.

7) Dapat menyembuhkan luka emosional

Ketika orang dewasa bermain bersama, mereka terlibat dalam pola yang sama persis perilaku yang positif bentuk otak pada anak. Perilaku ini main-main sama yang memprediksi kesehatan emosional pada anak-anak juga menyebabkan perubahan positif pada orang dewasa. Studi menunjukkan bahwa seorang individu tidak aman emosional-dapat menggantikan keyakinan negatif dan perilaku dengan asumsi yang positif dan tindakan dengan hidup dengan pasangan aman. Tutup, positif, dan emosional-memenuhi hubungan menyembuhkan dan menciptakan ketahanan emosional. Play menyediakan konteks yang aman dan menyenangkan untuk pengembangan hubungan tersebut.

8) Membina hubungan lewat permainan

Reksa tawa dan bermain adalah komponen penting yang kuat, hubungan yang sehat. Dengan membuat upaya sadar untuk memasukkan lebih banyak humor dan bermain dalam interaksi sehari-hari Anda, Anda dapat meningkatkan kualitas hubungan cinta anda serta koneksi Anda dengan rekan kerja, anggota keluarga, dan teman-teman (Gina Kemp dkk, 2009).

2.5 Konsep Infeksi Menular Seksual

2.5.1 Jenis infeksi menular seksual

Infeksi Menular Seksual yang sering diderita remaja,

1. Trichomonas

Trichomoniasis merupakan IMS yang menginfeksi perempuan dan laki-laki. Gejala sering kali terlihat pada wanita. Trichomoniasis disebabkan oleh organisme protozoa sel satu, *Trichomonas vaginalis*. Vagina merupakan lokasi infeksi pada wanita, dan uretra yang paling sering terinfeksi pada laki-laki. Parasit akan menular lewat hubungan seksual lewat penis-vagina atau kontak vulva ke vulva (area luar vagina) dengan pasangan yang terinfeksi. Wanita dapat tertular dari laki-laki dan wanita yang terinfeksi, tetapi biasanya laki-laki tertular dari wanita yang terinfeksi (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

Peradangan akibat trichomoniasis dapat meningkatkan resiko terinfeksi dari HIV jika telah terpapar oleh virus. Terinfeksi trichomoniasis dapat meningkatkan kemungkinan bahwa wanita yang terinfeksi HIV menularkan HIV kepada pasangannya. Peradangan tuba falopi, kelahiran bayi prematur atau kelahiran bayi dengan bobot rendah

1) Gejala

- (1) Cairan vagina**
- (2) Vagina berbau**
- (3) Ketidaknyamanan ketika berhubungan seksual**
- (4) Nyeri ketika berkemih**

2) Pencegahan

Cara yang paling tepat dalam pencegahan transmisi IMS adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual atau berhubungan dengan satu pasangan yang telah di tes dan terbukti tidak terinfeksi. Kondom laki-laki, bila dipergunakan dengan konstan dan benar, dapat menurunkan resiko transmisi dari trichomoniasis (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

Trichomoniasis dapat disembuhkan dengan obat, metornidazole, yang diberikan lewat mulut dengan dosis tunggal. Gejala trichomoniasis yang ditemukan pada laki-laki akan menghilang dalam beberapa minggu tanpa perawatan. Bagaimanapun juga, laki-laki yang terinfeksi, bahkan laki-laki yang tidak pernah memperlihatkan gejala atau telah selesai, dapat kembali terinfeksi atau tertular pasangan wanitanya sampai menerima perawatan hingga selesai. Oleh karena itu perawatan pada pasangan harus dilakukan pada waktu yang bersamaan untuk menghilangkan organisme parasit (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

2. HIV/AIDS

HIV (*The Human Immunodeficiency Virus*), adalah virus yang mematikan sistem kekebalan tubuh "sel CD4" atau yang disebut T-helper yang membantu tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit. HIV ditularkan lewat antara manusia jika salah satu terinfeksi HIV melakukan hubungan seksual atau menggunakan jarum injeksi secara bergantian. HIV juga dapat ditularkan dari ibu ke anak ketika hamil, ketika bayi akan dilahirkan atau menyusui (USAID, 2005).

AIDS (*The Acquired Immunodeficiency Syndrome*), adalah penyakit yang terjadi ketika HIV mengalahkan sistem imun tubuh. Normalnya, sistem imun tubuh membantu dalam melawan bibit-bibit penyakit. Ketika sistem imun kalah manusia akan menjadi sakit dan meninggal karena kesakitan yang umum misalnya flu. Hal penting yang harus diingat bahwa AIDS berbeda dengan HIV. AIDS merupakan kumpulan sindrom akibat kerusakan sistem imun dan dapat diperparah dengan infeksi atau penyakit-penyakit lain, salah satunya HIV (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

1) Gejala

Untuk mengetahui terinfeksi atau tidak harus melalui tes HIV. Kita tidak dapat menebak dari gejala untuk menentukan terinfeksi atau tidak. Banyak orang yang positif terinfeksi tidak menunjukkan gejala untuk beberapa tahun ke depan.

Hal yang harus menjadi perhatian dari tanda HIV

- (1) Kehilangan berat badan dengan cepat
- (2) Batuk kering
- (3) Demam berulang atau berkeringat ketika malam
- (4) Pembengkakan kelenjar limpa di ketiak dan leher
- (5) Diare lebih dari seminggu baru-baru ini
- (6) Tanda-tanda putih di lidah, di mulut, atau tenggorokan
- (7) Pneumonia
- (8) Tanda-tanda kemerahan, pink, atau keunguan di bawah kulit atau di dalam mulut, hidung, atau kelopak mata
- (9) Kehilangan memori, depresi, dan kelainan neurologis yang lain

2) Hal yang harus diingat tentang penularan

- (1) HIV, sebagai virus penyebab AIDS, dapat ditemukan dalam darah, cairan vagina dan air susu ibu
- (2) HIV dapat ditularkan lewat hubungan seksual tanpa kondom atau berganti-ganti memakai jarum suntik
- (3) Orang-orang dapat terinfeksi HIV tanpa mengetahuinya. Tes HIV yang hanya bisa menunjukkan terinfeksi atau tidak
- (4) Perawatan pada orang yang terinfeksi HIV bertujuan untuk menjaga kesehatan bukan untuk menyembuhkan
- (5) Memilih untuk tidak berhubungan seksual atau tidak berbagi jarum suntik adalah cara terbaik melindungi diri
- (6) Pelaksanaan sex sehat berarti menggunakan kondom yang baru dengan lubrikan berbahan air
- (7) Kita tidak dapat tertular lewat salaman tangan, kolam renang, kamar mandi atau peralatan makan

3) Pencegahan

- (1) Menunda sex adalah cara terbaik menghindari HIV.
- (2) Menggunakan kondom pada penis dengan tepat
- (3) Bila alergi dengan lateks maka dapat menggunakan kondom poliurethane

3. Chlamydia

Chlamydia adalah IMS yang paling banyak terdapat di amerika serikat. Chlamydia disebabkan oleh bakteri Chlamydia trachomatis, yang dapat merusak sistem organ reproduksi wanita. Bahkan biasanya tanda-tanda Chlamydia bersifat

ringan atau tidak terlihat, komplikasi yang serius menyebabkan kerusakan yang tidak dapat disembuhkan, termasuk kemandulan, dan terjadi tanpa gejala hingga wanita dapat mengenali masalah. Chlamydia juga dapat menyebabkan keluarnya cairan sekret dari penis laki-laki yang terinfeksi (USAID, 2005).

Chlamydia dapat juga ditularkan dari ibu yang terinfeksi kepada bayi ketika proses kelahiran lewat vagina. Beberapa orang yang aktif secara seksual dapat terinfeksi oleh Chlamydia. Jumlah pasangan banyak dan berganti-ganti dapat meningkatkan resiko infeksi. Karena serviks pada remaja belum secara penuh matang, secara khusus meningkatkan resiko terhadap infeksi jika aktif berhubungan seksual. Chlamydia juga dapat ditularkan lewat oral dan anal sex sehingga laki-laki juga beresiko terinfeksi Chlamydia (Palo Alto Medical Foundation, 2011),

1) Gejala

- (1) Biasanya tanpa gejala
- (2) Keluarnya cairan vagina atau penis
- (3) Merasa terbakar ketika berkemih
- (4) Wanita menimbulkan nyeri perut bagian bawah, nyeri ketika berhubungan seksual dan secara tidak teratur menimbulkan perdarahan
- (5) Laki-laki akan merasakan bengkak atau nyeri pada testis

Jika tidak mendapatkan perawatan, infeksi Chlamydia dapat meningkat menjadi masalah reproduksi yang serius atau masalah kesehatan lain dengan manifestasi jangka pendek atau jangka panjang. Seperti penyakit ini, akibat kerusakan dari Chlamydia terjadi biasanya tanpa berjalan perlahan.

Pada wanita, infeksi yang tidak terawat dapat menjalar ke uterus atau tuba falopi dan menyebabkan infeksi panggul (PID). Hal ini terjadi hingga 40% wanita yang tidak mendapatkan perawatan. PID dapat menyebabkan kerusakan tuba falopi, uterus, dan jaringan yang terdapat di sekitarnya. Kerusakan dapat menyebabkan nyeri kronis di pelvis, kemandulan, dan potensial terjadinya kehamilan ektopik (hamil di luar rahim). Wanita yang terinfeksi lebih dari lima kali mengindikasikan adanya infeksi HIV.

Komplikasi pada laki-laki jarang ditemukan. Infeksi biasanya menyebar hingga ke epididimis (saluran yang membawa sperma ke testis), menyebabkan nyeri, demam, dan jarang menyebabkan kemandulan (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

2) Pencegahan

- 1) Cara paling aman mencegah penularan adalah dengan menunda kontak secara seksual, atau dalam jangka panjang melakukan hubungan dengan satu pasangan yang telah dites dan terbukti tidak terinfeksi.
- 2) Kondom lateks wanita, jika digunakan dengan konstan dan tepat, dapat menurunkan transmisi Chlamydia.
- 3) Chlamydia harus mendapatkan screening untuk wanita yang aktif secara seksual pada usia 25 tahun atau lebih muda. Gejala berupa keluarnya cairan atau merasa terbakar ketika berkemih atau kemerahan akan menjadi tanda menghentikan hubungan seksual dan harus konsultasi kepada layanan kesehatan segera.

- 4) Jika menerima perawatan terhadap Chlamydia atau IMS lain, harus mengingatkan pasangannya melakukan pemeriksaan terhadap layanan kesehatan.

4. Gonorrhea

Gonorrhea disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*, bakteri yang dapat dengan mudah tumbuh dan berkembang pada suasana hangat, area yang lembab pada saluran reproduksi, termasuk serviks, uterus, dan tuba falopi pada wanita, dan di uretra pada laki-laki dan wanita. Bakteri juga dapat tumbuh di dalam mulut, tenggorokan, mata, dan anus (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

Gonorrhea merupakan infeksi yang umum ditemui.

1) Gejala

- (1) Bersifat tanpa gejala
- (2) Keluarnya cairan dari penis, vagina, atau rektum dan rasa terbakar atau gatal selama berkemih
- (3) Radang tenggorokan

2) Penularan

Gonorrhea dapat tersebar dengan kontak antara penis, vagina, mulut, atau anus. Gonorrhea juga dapat menular dari ibu ke bayi selama proses kelahiran. Orang yang telah sembuh dan berhubungan dengan orang yang terinfeksi, maka akan tertular kembali oleh Gonorrhea. Di U.S. infeksi dengan rating tertinggi di antara remaja yang aktif secara seksual adalah Gonorrhea.

3) Komplikasi

- (1) Gonorrhea yang tidak terawat dapat menyebabkan masalah kesehatan yang permanen.
- (2) Pada wanita, Gonorrhea menyebabkan PID. Wanita dengan PID biasanya tidak menampakkan gejala. PID dapat merusak tuba falopi yang menyebabkan kemandulan.
- (3) Pada laki-laki, Gonorrhea dapat menyebabkan epididimitis, kondisi yang sangat nyeri pada testis dapat menyebabkan kemandulan.
- (4) Gonorrhea dapat tertular lewat darah atau hubungan seksual.

4) Pencegahan

- (1) Cara paling tepat untuk mencegah penularan adalah dengan menunda melakukan hubungan seksual, atau dalam jangka waktu lama melakukan hubungan dengan pasangan tunggal dan terbukti tidak terinfeksi.
- (2) Kondom lateks, ketika digunakan dengan konstan dan tepat, dapat menurunkan transmisi Gonorrhea.
- (3) Tanda-tanda berupa keluarnya cairan atau rasa terbakar ketika berkemih atau memar yang tidak normal merupakan tanda untuk menghentikan hubungan seksual dan mencari pengobatan ke dokter dengan segera. Pengobatan harus diberikan kepada pasangan secara bersamaan.

Beberapa antibiotik dapat dengan sukses mengobati Gonorrhea pada orang dewasa. Bagaimanapun juga, Gonorrhea dengan jenis yang resisten terhadap pengobatan meningkat secara luas di seluruh dunia. Pengobatan Gonorrhea sering kali tidak berhasil karena biasanya penderitanya juga menderita Chlamidia.

5. HPV (*Genital Warts*) atau Kondiloma

Infeksi HPV adalah IMS yang disebabkan oleh *human papillomavirus* (HPV). Lebih dari 30 jenis virus ini ditularkan secara hubungan seksual, dan dapat menginfeksi laki-laki atau perempuan termasuk kulit penis, vulva, anus, sepanjang vagina, serviks, rektum. Kebanyakan orang yang terinfeksi HPV tidak memiliki gejala yang jelas (Palo Alto Medical Foundation, 2011),

1) Gejala

(1) Genital warts bersifat lembut dan terlihat dengan warna yang segar.

Mereka bisa berbentuk datar atau menyembul ke permukaan.

(2) Mereka dapat berdiri sendiri atau berkelompok. Bersifat tanpa rasa nyeri, namun dapat menyebabkan gatal-gatal, nyeri atau berdarah.

(3) Mereka dapat muncul di vulva, vagina, anus, serviks, penis, atau skrotum.

(4) Mereka akan muncul sekitar 8 bulan setelah infeksi.

Walaupun Pap test bukan merupakan tes untuk HPV, hasil Pap yang abnormal dapat menjadi peringatan utama bahwa telah terinfeksi HPV.

2) Penularan

HPV dapat ditularkan secara langsung lewat kontak kelamin. Kebanyakan infeksi HPV tidak memiliki tanda atau gejala, oleh karena itu kebanyakan orang terinfeksi tidak menyadari telah terinfeksi sehingga mereka dapat menularkan kepada pasangannya. Sangat jarang HPV dapat ditularkan dari ibu ke anak ketika proses melahirkan. Bayi yang telah terinfeksi HPV sangat jarang berkembang di tenggorakan atau pita suara. Tidak terdapat pengobatan untuk infeksi HPV. Perawatan yang dapat ditujukan secara langsung untuk perubahan yang terjadi di kulit atau membran mukosa

3) Pencegahan

- (1) Cara yang paling tepat untuk menurunkan infeksi HPV adalah dengan menurunkan kontak seksual dengan orang lain.
- (2) Untuk yang aktif secara seksual, jangka panjang, melakukan hubungan dengan pasangan tunggal merupakan strategi paling tepat mencegah penularan HPV. Walaupun begitu, sangat sulit untuk menentukan apakah pasangan benar-benar tidak terinfeksi HPV.
- (3) HPV dapat ditemukan pada wanita atau laki-laki terjadi pada daerah yang terlindung oleh kondom seperti pada daerah yang tidak terlindungi. Ketika efek kondom terhadap pencegahan HPV tidak diketahui, kondom dapat dikaitkan dengan rendahnya angka kanker serviks.

Baru-baru ini ditemukan vaksin yang dapat melindungi dari empat jenis HPV yang terkait dengan 70% kasus kanker serviks dan 90% kasus genital warts. Dengan menurunkan infeksi terkait infeksi HPV, vaksin ini juga menurunkan kejadian kanker serviks. Ahli dari *the Center for Disease Control (CDC)* merekomendasikan vaksin untuk gadis usia 11-12. Juga direkomendasikan untuk wanita yang berusia 26 tahun ke atas yang belum menerima vaksin secara penuh.

6. Herpes genital

Genital herpes adalah jenis IMS yang disebabkan oleh Herpes simplex virus type 1 (HSV-1) dan type 2 (HSV-2). Kebanyakan disebabkan oleh HSV-2. Kebanyakan orang tidak menyadari terhadap gejala dan tanda dari infeksi HSV-1 atau HSV-2 (Palo Alto Medical Foundation, 2011).

1) Gejala muncul mulai setelah berhubungan hingga 30 hari setelah berhubungan seks

(1) Blister/ benjolan yang kecil dan nyeri

(2) Gatal atau panas ketika benjolan muncul

(3) Benjolan muncul pada minggu pertama hingga minggu ke tiga

(4) Benjolan dapat menghilang tetapi herpes tetap ada dan ketika muncul maka tingkat keparahan akan meningkat.

2) Penularan

HSV-1 and HSV-2 dapat ditemukan dari luka yang mengandung virus penyebab tetapi dilepaskan dari kulit yang terdapat luka. Umumnya, orang akan mendapatkan infeksi HSV-2 selama kontak seksual dengan orang yang positif terinfeksi HSV-2 infection, tetapi juga bisa tertular herpes dari ciuman.

HSV-1 dapat menyebabkan herpes genital, tetapi umumnya menyebabkan infeksi di mulut atau bibir, sehingga di sebut "fever blisters." Infeksi HSV-1 dapat disebabkan oleh kontak oral-genital atau genital-genital dengan orang yang terinfeksi HSV-1. HSV-1 akan jarang terjadi kekambuhannya daripada HSV-2.

3) Komplikasi

Herpes genital dapat menyebabkan nyeri berulang dengan kelamin kemerahan pada orang dewasa, dan infeksi herpes dapat menjadi parah pada orang yang mengalami penekanan sistem imun. Berdasarkan keparahan dari gejala yang ditimbulkan, orang akan mengalami stress ketika mengetahui keadaan yang terinfeksi.

HSV dapat menyebabkan infeksi yang fatal pada bayi. Hal ini sangat penting wanita menghindari tertular herpes selama hamil menyebabkan resiko yang sangat besar menulari bayi. Jika wanita telah terinfeksi herpes dan akan melahirkan maka operasi cesar biasanya akan dilaksanakan. Untungnya infeksi dari ibu ke anak sangat jarang ditemukan.

4) Pencegahan

Cara yang paling tepat untuk menghindari infeksi IMS, termasuk herpes genital, adalah menunda kontak seksual, dan dalam jangka lama berhubungan dengan satu pasangan yang telah terbukti tidak terinfeksi.

Penggunaan kondom secara konsisten dan tepat dapat menurunkan resiko herpes genital hanya jika area yang terinfeksi atau bagian yang potensial menyebarkan terlindungi. Namun penggunaan kondom belum tentu menjamin perlindungan terhadap herpes genital.

Tidak terdapat program pengobatan untuk herpes, tetapi obat antivirus dapat memendekkan dan mencegah terjadinya kekambuhan selama melaksanakan program pengobatan.

7. Candidiasis vaginalis

Umumnya disebabkan oleh *C. Albicans* tetapi kadang-kadang disebabkan oleh jenis *Candida sp* yang

1) Gejala

- (1) Pruritus
- (2) Vaginal
- (3) Radang
- (4) Dyspareunia (nyeri berhubungan seksual)

(5) Nyeri ketika buang air kecil

(6) Cairan vagina yang abnormal (CDC, 2006).

2) Pencegahan

Menunda kontak seksual, dan dalam jangka lama berhubungan dengan satu pasangan yang telah terbukti tidak terinfeksi.

(1) Penggunaan kondom secara konsisten dan tepat dapat menurunkan resiko herpes genital hanya jika area yang terinfeksi atau bagian yang potensial menyalurkan terlindungi.

(2) Menunda kontak seksual

8. Syphilis

Syphilis merupakan IMS yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*. Syphilis biasa disebut "the great imitator" karena begitu banyak tanda dan gejala yang mirip dan sulit dibedakan dengan IMS yang lain.

1) Gejala Syphilis berkembang menjadi 3 tahap:

(1) Satu atau lebih penampakan kemerahan-kecoklatan dan tanpa rasa (chancres) atau di sekitar alat kelamin.

(2) Kulit kemerahan berkembang ke seluruh badan. Gejala menyerupai flu seperti demam, kelelahan, dan sakit tenggorokan muncul.

(3) Tahap terakhir meliputi kerusakan otak, sakit mental, kebutaan, penyakit jantung dan kematian.

2) Penularan

Ditularkan lewat kontak dengan luka akibat syphilis. Perlukaan biasanya terdapat di genitalia externa, vagina, anus, atau rektum. Luka juga dapat ditemukan di bibir dan mulut. Transmisi organisme dapat terjadi selama

hubungan lewat vagina, anal, atau oral sex. Wanita hamil dengan infeksi dapat menularkan kepada bayinya.

3) Pencegahan

Cara yang paling tepat untuk mencegah transmisi IMS termasuk syphilis, adalah untuk menunda kontak seksual dan jangka panjang berhubungan dengan satu pasangan yang terbukti tidak terinfeksi.

Penggunaan kondom dapat menurunkan resiko tertular jika dipergunakan dengan konsisten dan tepat. Namun daerah yang tidak tertutupi masih dapat menularkan syphilis.

Syphilis mudah penanganan pada tahap awalnya. Dosis single dari penicillin, dapat menyembuhkan pada penderita yang kurang dari satu tahun. Dosis tambahan dibutuhkan untuk penanganan dengan penderita yang lebih dari satu tahun. Untuk yang alergi terhadap penicillin, antibiotik lain tersedia untuk pengobatan Syphilis. Pengobatan akan membunuh bakteri syphilis dan mencegah kerusakan lanjutan, tetapi tidak dapat memperbaiki kerusakan yang telah terjadi. Karena pengobatan yang vefektif sangat dibutuhkan maka sebelumnya harus dilakukan screening untuk mencegah resiko terhadap perilaku yang memperparah resiko tertular IMS. Orang dengan program pengobatan harus menunda melakukan hubungan seksual dengan pasangan baru hingga perlukaan syphilis dapat disembuhkan. Orang dengan syphilis harus memperhatikan pasangannya sehingga akan dilakukan tes dan menerima perawatan yang dibutuhkan.

9. Hepatitis B dan C

Hepatitis adalah penyakit yang menyerang lever yang disebabkan oleh suatu virus yang hidup dalam darah. Selama ini ada dua jenis hepatitis yang menghantui kita, yaitu jenis B dan jenis C. Bedanya hanya pada virusnya saja. Gejalanya sama saja. Cuma lebih ganas yang C dimana berubah secara cepat sifat virusnya, sehingga sulit menetapkan vaksin yang tepat. Persamaannya adalah keduanya dapat ditularkan lewat hubungan seks.

1) Gejala

Penyakit ini sampai sekarang tidak bisa disembuhkan. Orang yang terkena akan mengalami demam, kurang gairah, kuning pada mata, lemas, perut buncit, badan bengkak, ginjal dan jantungnya terganggu hingga akhirnya penderita meninggal.

2) Penularan

Prinsipnya sama dengan IMS lain dan HIV, yaitu melalui kontak darah dengan oarng yang sudah terinfeksi virus dan melalui hubungan seks.

3) Pencegahan

- (1) Selalu gunakan kondom setiap kali berhubungan seks dengan pasangan tidak tetap.
- (2) Jangan menggunakan jarum yang tidak steril untuk suntik, tato atau tindik. Pastikan dahulu bahwa jarum yang akan digunakan itu baru atau telah dibersihkan terlebih dahulu dengan alkohol 76% atau direbus sampai mendidih selama kurang lebih 30 menit. Ingat, bagi mereka yang sering menyuntikkan narkoba, penyakit HIV dan hepatitis C adalah dua penyakit yang paling banyak diderita.

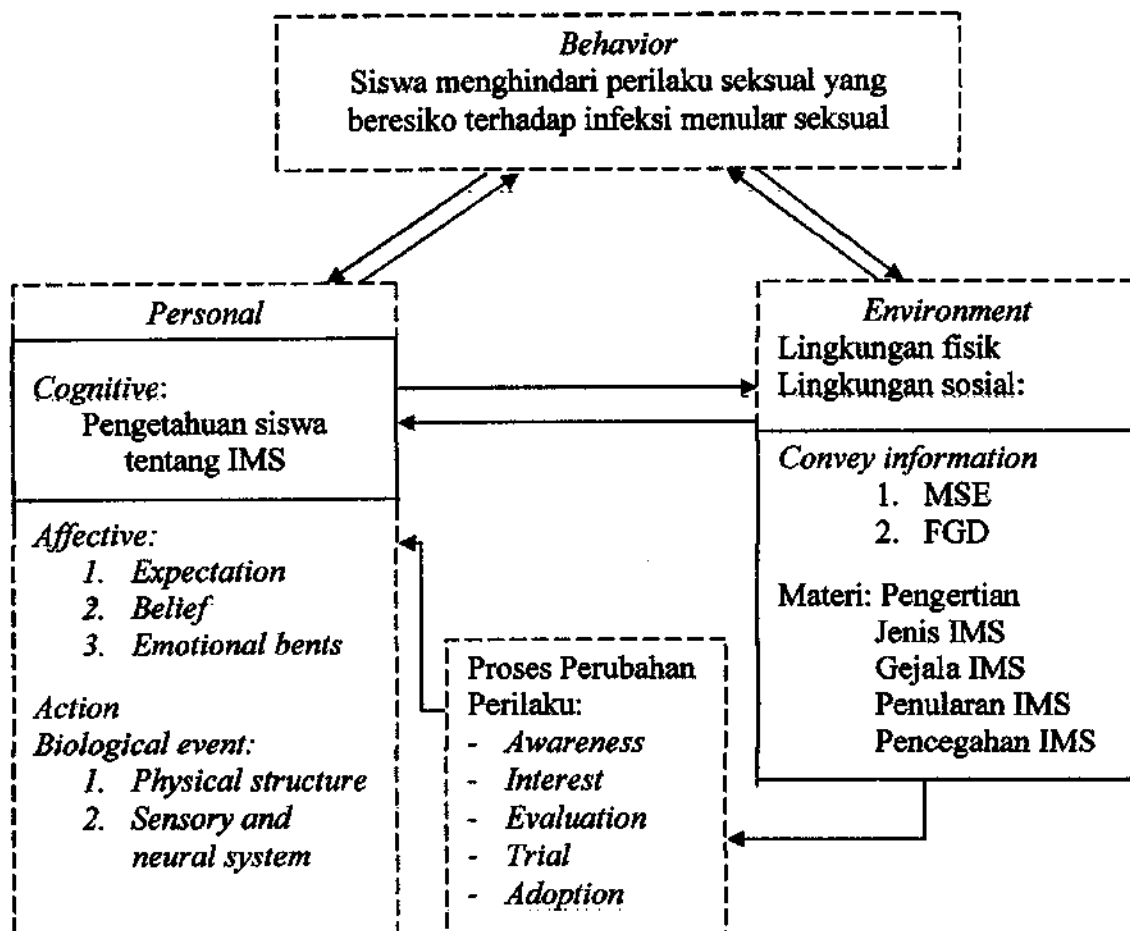
(3) Kalau mendapat transfusi darah, yakinkan bahwa darah yang ditransfusi itu benar-benar steril dari segala penyakit.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

□ : diukur

□ (dashed) : tidak diukur

→ : memberi pengaruh

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Perbedaan Metode *Monopol Sex Educator* dengan *Focus Group Discussion* terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa SMA tentang IMS (Infeksi Menular Seksual), *Social Cognitive Theory* oleh Bandura, Model *Triadic Reciprocal Determinism* (1989).

Berdasarkan gambar 3.1, *Social Cognitive Theory* oleh Bandura (1989), *Social cognitive theory* memberikan gambaran model hubungan timbal balik yang dinamakan *Triadic Reciprocal Determinism*. Di dalam model ini, perilaku, kognisi atau tingkat pengetahuan, faktor personal yang lain, dan lingkungan saling mempengaruhi satu sama lain. Hubungan saling timbal balik ini tidak berarti bahwa setiap sumber memiliki kekuatan dan kemampuan yang sama kuat. Beberapa mungkin lebih kuat dari yang lainnya dan juga hubungan timbal balik ini terjadi secara simultan.

Hubungan timbal balik antara *personal* dan *behavior* mencerminkan interaksi antara pengetahuan (*cognitive*), sikap (*affective*), dan tindakan (*action*) terhadap perilaku. Ekspektasi, kepercayaan, persepsi, harapan akan memberikan bentuk terhadap perilaku yang tercipta. Faktor intrinsik yang lain mempengaruhi tindakan yang akan dilaksanakan dan pada waktunya akan menentukan secara terpisah pola pemikiran dan reaksi emosi yang ditimbulkan. Sehingga ketika melakukan tindakan yang bertujuan membentuk perilaku siswa menghindari perilaku seksual yang rentan terhadap IMS diperlukan peningkatan pada faktor personal yaitu, peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS. Faktor personal juga terdiri dari bagian-bagian biologis manusia. Struktur fisik dan sistem saraf sensori juga mempengaruhi perilaku dan mungkin akan membatasi kemampuan diri. Sistem sensori dan struktur otak pada waktunya juga akan termodifikasi oleh pengalaman yang diperoleh.

Hubungan timbal balik antara *environment* dan *personal* tertuju pada interaksi antara karakteristik personal dan pengaruh lingkungan. Harapan, kepercayaan, ikatan emosional dan tingkat pengetahuan berkembang dan

termodifikasi oleh pengaruh sosial. Sehingga peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS akan dapat dicapai dengan tindakan *convey information* yang dapat berupa metode *Monopol Sex Educator* dan *Focus Group Discussion* Informasi dan aktivasi reaksi diperoleh dari modelling, instruksi, dan persuasi sosial. Manusia juga memperlihatkan reaksi yang berbeda terhadap lingkungan sosialnya bergantung pada karakteristik pribadinya misalnya, usia, ukuran, ras, jenis kelamin, daya tarik fisik.

Hubungan timbal balik *behavior* dan *environment*, terlihat dua cara antara *behavior* dan *environment* untuk saling mempengaruhi. Di dalam transaksi yang terjadi setiap hari, *behavior* akan menurunkan kualitas lingkungan dan secara langsung penurunan kualitas juga akan mempengaruhi *behavior* dari manusia. *Environment* bukan sesuatu terpisah yang tidak dapat memberikan pengaruh terhadap seseorang. Beberapa aspek dari lingkungan fisik dan sosial akan lebih dominan baik disukai atau tidak tetapi beberapa aspek dari lingkungan baru akan beroperasi sebagai suatu pengaruh hingga bertemu dengan perilaku yang sesuai. Karena hubungan dua arah antara lingkungan dan perilaku maka manusia dapat menjadi suatu produk atau produsen dalam lingkungan mereka. Perilaku manusia akan memberikan efek melalui seleksi dan kreasi terhadap situasi. Perilaku siswa yang menghindari perilaku beresiko terhadap IMS (*behavior*) akan dapat dicapai dengan peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS (*personal*) yang dilakukan lewat pemberian informasi yang tepat lewat metode *Monopol Sex Educator* dan *Focus Group Discussion*. (*environment*).

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah

H1 : Ada perbedaan antara metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dan *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS di SMA I Tuban

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4**METODE PENELITIAN**

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan dibahas mengenai: 1) Desain Penelitian, 2) Populasi, Sample, dan Teknik Sampling, 3) Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional, 4) Instrumen, 5) Lokasi dan Waktu Penelitian, 6) Prosedur Pengumpulan Data, 7) Kerangka Kerja, 8) Analisa Data, 9) Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *quasy-experiment* dengan desain penelitian *pre-post test control group design*.

Tabel 4.1.1 Desain penelitian metode permainan *Monopol Sex Educator*

Subjek	Pra-tes	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	I-A	O1-A
K-B	O	I-B	O1-B
K-C	O	-	O1-C
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan

- K-A : Kelompok perlakuan dengan metode permainan *Monopol Sex Educator*
 K-B : Kelompok perlakuan dengan metode *Focus Group Discussion*
 O : Observasi pengetahuan siswa tentang IMS sebelum dilaksanakan intervensi
 - : Tidak dilakukan intervensi
 I-A : Intervensi kelompok perlakuan dengan metode *Monopol Sex Educator*
 I-B : Intervensi kelompok perlakuan dengan metode *Focus Group Discussion*
 O1(A+B+C) : Observasi pengetahuan siswa tentang IMS sesudah dilaksanakan intervensi dengan metode permainan *Monopol Sex Educator* dan *Focus Group Discussion*

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku, atau sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas 3 SMA I Tuban tahun pelajaran 2011-2012. Kelas 3 terdiri dari 7 kelas IPA dan 2 kelas IPS yang secara keseluruhan berjumlah 253 siswa.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini ditetapkan berjumlah 24 siswa yang terbagi menjadi 3 kelompok antara lain, kelompok MSE terdiri dari 8 siswa, kelompok FGD terdiri dari 8 siswa, dan kelompok kontrol terdiri dari 8. Sampel diperoleh dari keseluruhan kelas 3 SMA I Tuban tahun pelajaran 2011-2012 yang masuk dalam kriteria inklusi. Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi antara lain:

- 1) Siswa kelas 3 SMAN I Tuban tahun pelajaran 2011-2012**

2. Kriteria Eksklusi antara lain:

- 1) Siswa kelas 3 tahun pelajaran 2011-2012 merupakan kader PMR atau telah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan tema pendidikan kesehatan IMS**
- 2) Siswa dalam keadaan sakit ketika mengikuti kegiatan**

4.2.3 Teknik sampling

Teknik sampling pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti menentukan sampel berdasarkan Daftar Kumpulan Nilai SMA Negeri I Tuban Semester Gasal Tahun Pelajaran 2010/2011. Siswa yang menjadi sampel harus memiliki rata-rata nilai pada 14 pelajaran semester gasal tahun pelajaran 2010/2011 adalah $>_{85,00}$.

4.3 Variabel dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas (*independent*) metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) dan *Focus Group Discussion* (FGD).

Variabel tergantung (*dependent*) peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS.

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.1 Perbedaan Metode Permainan Monopol Sex Educator (MSE) Dengan Focus Group Discussion (FGD) Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang IMS di SMA I Tuban.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen: Metode permainan <i>Monopol Sex Educator</i>	Metode pendidikan kesehatan yang memanfaatkan gambar dan aturan permainan untuk proses belajar. Terdiri dari lembar permainan, 4 buah bidak, 2 buah dadu, dan 32 kartu keterangan yang terbagi menjadi 4 warna antara	Metode pendidikan yang di dalamnya disampaikan pengertian, jenis, gejala, penularan, dan pencegahan IMS	SAP	=	=

	lain: hijau menerangkan tentang gejala IMS, kuning menerangkan tentang gejala IMS, merah cara penularan IMS, dan biru menerangkan pencegahan IMS.				
Metode Focus Group Discussion	Metode pendidikan kesehatan yang meningkatkan partisipasi aktif setiap anggota. Terdiri dari satu orang fasilitator yang mengumpangkan tema masalah yang akan didiskusikan bersama-sama. Seorang notulen bertugas mencatat segala ide yang diutarakan oleh setiap peserta.	Metode pendidikan yang di dalamnya tentang pengertian, jenis, gejala, penularan, dan, pencegahan IMS	SAP	-	-
Dependen: Pengetahuan siswa tentang IMS	Siswa mengetahui jenis-jenis, gejala, cara penularan, dan pencegahan IMS	Pengetahuan siswa tentang pengertian, jenis, gejala, penularan, dan pencegahan IMS	Kuesioner	Ordinal	Benar: 1 Salah: 0 Tinggi: 76-100% (Skor:21-27) Sedang: 56-75% (Skor: 15-20) Rendah: ≤55% (Skor: ≤14)

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang berdasarkan teori *Social Cognitive Theory* oleh Bandura (1989). Kuesioner yang dipakai *The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ)* yang dipublikasikan *National Institute Of Health* tahun 2006. Jumlah item pertanyaan pada kuesioner berjumlah 27 pertanyaan. Pertanyaan untuk aspek *Personal* terdiri dari 10 pertanyaan, nomor 1, 3, 5, 8, 11, 14, 16, 19, 22, 27. Aspek *Behavior* terdiri dari 9 pertanyaan antara lain nomor 4, 6, 7, 10, 13, 15, 17, 20, 26. Aspek *Environment* terdiri dari 8 pertanyaan antara lain, nomor 2, 9, 12, 18, 21, 23, 24, 25. Pilihan jawaban adalah jawaban B (Benar), S (Salah), TT (Tidak tahu). Pilihan jawaban tidak tahu dapat dipilih jika siswa benar-benar tidak mengetahui tentang hal dalam pertanyaan yang diajukan. Jawaban tidak tahu dimaksudkan untuk mengurangi kemungkinan jawaban yang mengira-ngira.

4.5 Waktu dan Tempat

Lokasi penelitian adalah di SMA I Tuban dan penelitian ini dilakukan 14-19 Juni 2011.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan *The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ)* yang akan dilakukan pdalam 1 hari. Kuesioner terdiri dari 27 item pertanyaan. Peneliti menentukan sample berdasarkan kriteria inklusi: 1. Siswa kelas 3 SMA N I Tuban aktif tahun pelajaran 2011-2012, 2. Rata-rata nilai seluruh mata pelajaran adalah ≥ 85 ,

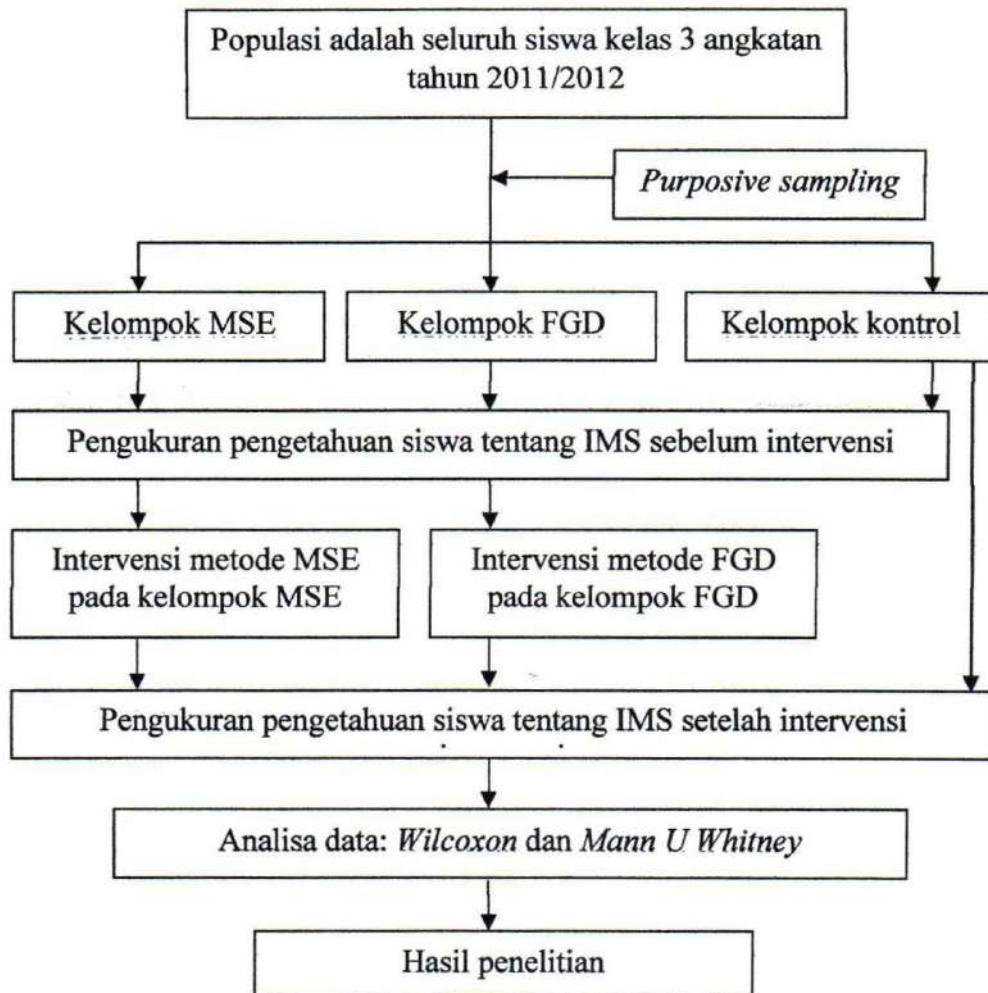
sehingga diperoleh 24 responden. Peneliti membagi 24 siswa menjadi 3 kelompok yang terdiri dari kelompok MSE, FGD, dan kontrol. Peneliti menjelaskan masalah, tujuan, dan manfaat penelitian. Kemudian peneliti memberikan surat persetujuan (*informed consent*) menjadi responden penelitian untuk ditandatangani. Setelah responden menyetujui *informed consent*. Langkah selanjutnya adalah responden diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner *pre test*. Kelompok MSE dan FGD di tempatkan pada dua ruang kelas yang berbeda sedangkan kelompok kontrol pada hari pelaksanaan tidak ditempatkan pada ruang kelas tertentu. Fasilitator I dan II sebelum pelaksanaan kegiatan melakukan diskusi untuk menyamakan persepsi tentang format pelaksanaan MSE dan FGD.

Fasilitator 1 menemui kelompok pertama yang akan menerima intervensi metode pendidikan MSE dan fasilitator 2 menemui kelompok dengan intervensi FGD. MSE dan FGD dilaksanakan dalam waktu yang bersamaan selama kurang lebih 80 menit di lokasi berbeda yang telah disediakan.

Fasilitator 1 menjelaskan prosedur kegiatan MSE sesuai dengan SAP yang telah dibuat sebelumnya dan menjaga situasi yang kondusif dalam permainan. Setelah permainan selesai maka peneliti membagikan kuesioner. Fasilitator 2 berperan menjaga sebagai pelontar masalah yang harus didiskusikan oleh peserta. Fasilitator 2 menjaga agar tema diskusi tidak meluas dan sesuai dengan yang telah tersusun dalam SAP. Setelah FGD berakhir, fasilitator 2 membagikan kuesioner untuk mengobservasi pengetahuan paska intervensi.

4.7 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah:



Gambar 4.1: Kerangka Kerja Perbedaan Metode Permainan *Monopol Sex Educator* Dengan *Focus Group Discussion* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) di SMA I Tuban

4.8 Analisis Data

Kuesioner yang dipergunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan siswa tentang IMS adalah *The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire*

(*STD-KQ*). Jawaban yang benar dinilai 1, jawaban salah dinilai 0, dan jawaban tidak tahu tidak dinilai.

Skor total yang diperoleh dari jawaban responden kemudian dikategorikan menjadi:

1. Baik 76%-100% (skor: 21-27)
2. Sedang 56%-75% (skor: 15-20)
3. Kurang \leq 55% (skor: \leq 14)

Analisa data dalam penelitian menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan metode MSE dan FGD. Uji statistik Mann-Whitney dipergunakan untuk mengetahui perbedaan antara metode MSE dan FGD.

4.9 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang berbagai hal terkait dengan penelitian yang dilakukan. Hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

4.9.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Responden terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan serta manfaat intervensi sebelum dilaksanakan penelitian. Kemudian lembar persetujuan (*informed consent*) diberikan kepada responden yaitu siswa kelas 2 sesuai dengan kriteria inklusi. Jika responden bersedia untuk diteliti, maka harus menandatangani lembar persetujuan. Tetapi jika responden menolak untuk diikuti dalam penelitian, maka peneliti dilarang memaksa responden dengan tetap menghormati haknya.

4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Nama responden tidak akan dicantumkan dalam lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dalam penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

4.9.4 Keterbatasan

Jadwal libur siswa SMA I Tuban hampir bersamaan dengan tanggal pelaksanaan penelitian sehingga jumlah responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi terbatas dan sulit dikoordinasikan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan disajikan hasil pengumpulan data dan pembahasan dari penelitian tentang “Perbedaan Metode Permainan *Monopol Sex Educator* Dengan *Focus Group Discussion* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang IMS (Infeksi Menular Seksual) di SMA I Tuban” yang diperoleh pada tanggal 14-20 Juni 2011.

5.1 Hasil Penelitian

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk diagram dan narasi. Pada penyajian hasil akan dibagi dalam dua bagian, yaitu: 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Data umum, 3) Data khusus (Variabel yang diukur meliputi pengaruh MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS dan perbedaan metode MSE dan FGD).

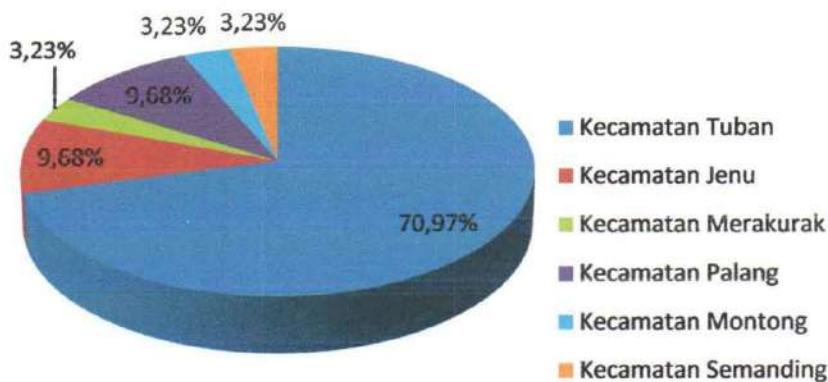
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di SMA I Tuban yang beralamat di jalan R.M Soeryo yang berada di tengah kota kabupaten Tuban. Sekolah ini memiliki beberapa progam kesehatan antara lain UKS dan PMR. Pendidikan kesehatan dengan topik IMS cuma dilakukan 1 kali dalam satu tahun yaitu ketika MOS (Masa Orientasi Siswa) dengan menggunakan metode pendidikan kesehatan FGD. FGD difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban. Kegiatan FGD biasa dilakukan dalam satu hari dengan alokasi waktu sekitar 1-2 jam. Namun pengukuran pengetahuan siswa sebelum dan sesudah FGD tidak pernah dilakukan sehingga tidak diketahui

apakah metode pendidikan kesehatan FGD mampu meningkatkan variabel pengetahuan. Selain metode FGD belum ada metode pendidikan kesehatan lain yang pernah dipergunakan di SMAN I Tuban.

5.1.2 Data umum

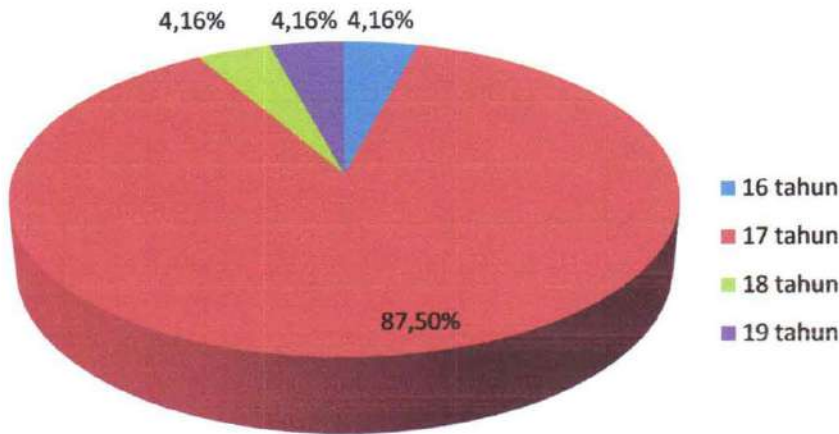
1) distribusi tempat tinggal siswa



Gambar 5.1 Lokasi bermukim siswa SMA I Tuban yang menjadi responden dalam lingkup Kabupaten Tuban

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa 22 siswa (70,97%) berada di kecamatan Tuban yang berada di pusat kota, 3 siswa (9,68%) di kecamatan Palang dan Jenu, 1 siswa (3,23%) berada di Kecamatan Montong, Merakurak, dan Semanding. Lokasi tempat tinggal responden memungkinkan sarana informasi seperti media massa, televisi, dan internet dapat diakses oleh siswa untuk memperoleh informasi tentang IMS.

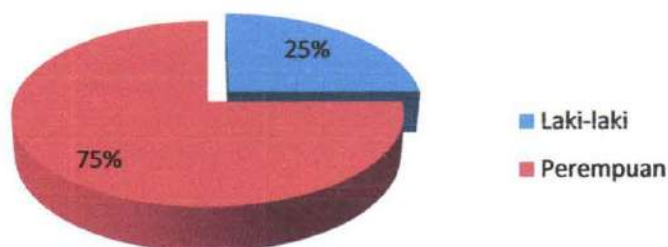
2) Usia siswa



Gambar 5.2 distribusi usia siswa SMA I Tuban yang menjadi responden

Sebanyak 1 siswa (4,16%) berusia 16 tahun, 21 siswa (87,5%) berusia 17 tahun, 1 siswa (4,16%) berusia 18 tahun, dan 1 siswa (4,16%) berusia 19 tahun. Rentang usia antara 16-19 tahun mengindikasikan responden masih berada dalam masa pubertas yang memiliki ketertarikan terhadap informasi terkait masalah seksualitas terutama IMS.

3) Jenis kelamin



Gambar 5.3 distribusi jenis kelamin siswa SMA I Tuban yang menjadi responden

Sebanyak 6 siswa (25%) memiliki jenis kelamin laki-laki dan 18 siswa (75%) memiliki jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin laki-laki atau perempuan tidak akan menimbulkan perbedaan dalam proses dan hasil dari belajar. Metode MSE dan FGD dapat dilaksanakan dengan responden perempuan dan laki-laki yang dilakukan secara bersamaan dengan tujuan saling mengenal karakteristik IMS pada kedua jenis kelamin.

5.1.3 Data khusus

Tabel 5.1 Tabulasi data tingkat pengetahuan siswa tentang IMS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi metode permainan MSE, metode FGD, dan kelompok kontrol di SMA I Tuban pada 14-20 Juni 2011

Peserta	MSE		FGD		Kontrol	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	17	20	15	14	2	8
2	14	18	17	18	13	10
3	10	15	10	20	11	8
4	7	12	11	20	10	13
5	11	18	16	19	14	13
6	7	16	10	23	10	16
7	10	18	14	17	13	12
8	14	19	11	18	13	13
Mean	11,25	17,00	13,00	18,63	10,75	11,63
Median	10,50	18,00	12,50	18,50	12	12,5
SD	3,536	2,563	2,828	2,615	3,845	2,774
Modus	7	18	10	18	13	13
Uji <i>Wilcoxon</i> <i>Sign Rank</i> <i>Test</i>	P=0,014		P=0,096		P=0,32	
	Z=2,45		Z=1,67		Z=1,00	
Peserta	Hasil post					
	MSE			FGD		
1	74,00			51,85		
2	66,67			66,67		
3	55,56			74,07		
4	44,44			74,07		
5	66,67			70,37		
6	59,26			85,19		
7	66,67			62,96		
8	70,37			66,67		
Uji <i>Mann</i> <i>Whitney U</i> <i>Test</i>				P=0,220		
				Z=1,228		

Tabel 5.2 Tabulasi data tingkat pengetahuan siswa tentang IMS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi metode permainan MSE dan FGD

Peserta	Pre				Post				Selisih
	Skor	Nilai	Kriteria	Kode	Skor	Nilai	Kriteria	Kode	
1	15	55,56	sedang	2	14	51,85	rendah	1	-3,70
2	17	62,96	sedang	2	18	66,67	sedang	2	3,70
3	10	37,04	rendah	1	20	74,07	sedang	2	37,04
4	11	40,74	rendah	1	20	74,07	sedang	2	33,33
5	16	59,26	sedang	2	19	70,37	sedang	2	11,11
6	10	37,04	rendah	1	23	85,19	Tinggi	3	48,15
7	15	55,56	sedang	2	17	62,96	sedang	2	7,41
8	11	40,74	rendah	1	18	66,67	sedang	2	25,93
Total	105	388,89			149	551,85			162,96

Peserta	Pre				Post				Selisih
	Skor	Nilai	Kriteria	Kode	Skor	Nilai	Kriteria	Kode	
1	15	55,56	sedang	2	14	51,85	rendah	1	-3,70
2	17	62,96	sedang	2	18	66,67	sedang	2	3,70
3	10	37,04	rendah	1	20	74,07	sedang	2	37,04
4	11	40,74	rendah	1	20	74,07	sedang	2	33,33
5	16	59,26	sedang	2	19	70,37	sedang	2	11,11
6	10	37,04	rendah	1	23	85,19	tinggi	3	48,15
7	15	55,56	sedang	2	17	62,96	sedang	2	7,41
8	11	40,74	rendah	1	18	66,67	sedang	2	25,93
Total	105	388,89			149	551,85			162,96

Berdasarkan tabel 5.1, tingkat pengetahuan sebelum dilakukan MSE, 7 siswa (87,5%) memiliki pengetahuan yang rendah, 1 siswa (12,5%) memiliki pengetahuan yang sedang, dan tidak ada siswa yang memiliki pengetahuan yang tinggi (0%). Tingkat pengetahuan setelah dilakukan MSE, 3 siswa (37,5%) memiliki pengetahuan rendah, 5 siswa (62,5%) memiliki pengetahuan sedang, dan tidak ada siswa memiliki pengetahuan tinggi (0%).

Pada kelompok metode FGD tingkat pengetahuan sebelum dilakukan intervensi terdapat 5 siswa (62,5%) memiliki pengetahuan yang rendah, 3 siswa (37,5%) memiliki pengetahuan yang sedang, dan tidak ada siswa yang memiliki pengetahuan yang tinggi (0%). Tingkat pengetahuan siswa setelah dilakukan FGD, 1 siswa (12,5%) memiliki pengetahuan rendah, 6 (75%) siswa memiliki pengetahuan sedang, dan 1 siswa (12,5%) memiliki pengetahuan tinggi.

Pada kelompok kontrol pengukuran sebelumnya didapatkan hasil 8 siswa (100%) memiliki pengetahuan rendah dan pengukuran selanjutnya didapatkan bahwa 1 siswa (12,5%) memiliki pengetahuan sedang dan 7 siswa (87,5%) memiliki pengetahuan rendah.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pengaruh MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS

Berdasarkan tabel 5.1, setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode MSE sebanyak 6 siswa (62,5%), responden 2,3,5,6,7,8, pengetahuannya tentang IMS dari rendah menjadi sedang, 1 siswa, responden 1 (12,5%) tetap sedang, dan 1 siswa (12,5%), responden 4 tetap rendah. Menurut hasil analisa *Wilcoxon Sign Rank Test*, $z = 2,45$ dan $p = 0,014$, sehingga $p < \alpha < 0,05$. H_0 ditolak maka H_1 diterima, artinya ada pengaruh MSE terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS.

Manusia memiliki kemampuan mengembangkan kapasitasnya dalam melakukan *observational learning* yang mampu mengembangkan pengetahuan

dan ketrampilan berdasarkan *convey information* yang memberikan pengaruh modeling (Bandura, 1986).

Manusia juga memiliki tahapan-tahapan yang dilalui untuk memiliki suatu pengetahuan. Berdasarkan, pengetahuan akan terbentuk lewat beberapa tahapan antara lain tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Notoatmodjo, 2003). Menurut Moeliono (2003), melalui teknik “mendengar”, seseorang dapat memperoleh 25% pemahaman; melalui “mendengar dan melihat” seseorang memperoleh 50% pemahaman; tetapi melalui teknik “mendengar, melihat dan mengalami” seorang peserta pelatihan dapat memperoleh 75% - 100% pemahaman mengenai suatu tema pelatihan

Sebanyak 6 siswa (75%), responden 2,3,5,6,7,8, mengalami peningkatan pengetahuan tentang IMS dari rendah menjadi sedang, 1 siswa (12,5%), responden 1 tetap sedang, dan 1 siswa (12,5%) responden 4 tetap rendah. Secara keseluruhan responden mengalami peningkatan pengetahuan tentang IMS. Khusus responden ke 4 yang tetap rendah ternyata juga mengalami peningkatan jumlah skor yang didapat antara *pre* dan *post*. Walaupun tetap memiliki pengetahuan yang rendah tentang IMS masih mengalami peningkatan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan MSE. *Monopol Sex Educator* yang bertujuan meningkatkan pengetahuan tentang IMS melakukan tahapan belajar mulai dari tahu hingga evaluasi. Siswa awalnya akan diminta mengingat pengetahuannya seputar IMS yang meliputi pengertian, jenis, gejala, penularan, dan pencegahan. Peraturan permainan yang terdapat dalam MSE bertujuan meningkatkan pemahaman siswa dengan meningkatkan interaksi antara siswa sebagai peserta melalui dasar *reward and punishment* berupa keharusan menjelaskan kepada

temannya berdasarkan kesalahannya. Selanjutnya siswa mengaplikasikan proses belajar dengan teman sepermainan berdasarkan aturan yang telah dipahami. Pada tahap analisis dan sintesis siswa diperbolehkan mendapatkan penjelasan yang lebih rinci dari fasilitator terhadap topik yang sedang dibahas. Evaluasi dilakukan ketika permainan telah selesai dengan fasilitator akan mereview setiap item yang telah dibuat bermain. Situasi belajar yang santai dengan format bermain menjadikan proses belajar akan lebih efektif. Prosentase peningkatan pengetahuan setelah pelaksanaan pendidikan kesehatan dengan teknik MSE yang telah melalui tahapan mendengar, melihat, dan mengalami seharusnya mampu mencapai hingga 75-100%. Peningkatan pengetahuan siswa yang sebelumnya sebagian besar berpengetahuan rendah tentang IMS menjadi sedang walaupun belum mencapai angka 75-100% dapat dijadikan indikasi bahwa MSE akan menjadi metode pendidikan yang efektif dan menarik terutama untuk topik IMS dengan pengembangan dan penelitian selanjutnya.

Berdasarkan tabel 5.1, sebelum dilakukan *Focus Group Discussion*, 4 siswa (50%) siswa yang awalnya memiliki pengetahuan rendah menjadi sedang, 1 siswa (12,5%) yang awalnya rendah menjadi memiliki pengetahuan tinggi, 1 siswa (12,5%) yang awalnya memiliki pengetahuan sedang menjadi memiliki pengetahuan rendah, dan 2 siswa (25%) yang awalnya memiliki pengetahuan sedang tetap memiliki pengetahuan sedang. Menurut hasil analisa *Wilcoxon Sign Rank Test*, $z = 1,67$ dan $p = 0,096$, sehingga $p > \alpha < 0,05$. H_0 diterima, maka H_1 ditolak, artinya tidak ada pengaruh FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS.

Focus Group Discussion menggali informasi dari beberapa responden sekaligus dalam satu kelompok. Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Penginderaan terhadap pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indra pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang (*Overt Behaviour*). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: (1) pendidikan, (2) *Mass media* / informasi, (3) Lingkungan, (4) Pengalaman, (5) Usia ((Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan siswa seharusnya mengalami peningkatan sebelum dan sesudahnya. Seperti pada responden 3,4,7,8 pengetahuan meningkat dari rendah menjadi sedang atau minimal seperti responden 2,5 yang tetap memiliki pengetahuan sedang. Responden 6 juga mengalami peningkatan dari rendah menjadi tinggi. Khusus bagi responden 1 terjadi penurunan dari sedang menjadi rendah.

Menurut piaget (1967), tiga pilar dalam proses belajar: 1. mengajar tidak bersifat langsung. Remaja tidak akan mengambil secara langsung apa yang

dikatakan seseorang. Mereka akan menginterpretasikan informasi yang didengar dan membandingkan dengan pengetahuan dan pengalaman yang telah dimiliki. Mereka merubah input informasi yang masuk. 2. Model transmisi, pengetahuan bukan suatu informasi yang bisa diberikan dalam satu kali waktu, dikode, diingat, dibangkitkan, dan diterapkan. Namun, pengetahuan adalah pengalaman yang diperoleh lewat interaksi dengan dunia, orang, atau sesuatu. 3. Sebuah teori belajar yang mengacuhkan hambatan dalam belajar akan mempengaruhi hasil belajar itu sendiri. Walaupun remaja memiliki alasan yang bagus untuk tidak merubah pengetahuan yang sebelumnya dimiliki ketika menerima pandangan lain dari luar. Perubahan konsep akan selalu terjadi selama masa hidup.

Proses intepretasi responden 1 terhadap informasi yang diberikan lewat FGD dengan pengetahuan dan pengalaman yang sebelumnya dimiliki mampu menentukan seberapa besar informasi yang diberikan dapat diterima sepenuhnya oleh responden. Proses intepretasi dapat menimbulkan kebingungan pada responden karena adanya ketidaksesuaian informasi yang baru diterima dengan yang telah dimiliki. Kemudian pengetahuan baru yang diperoleh juga tidak dapat langsung melalui tahap pengkodean, diingat, dibangkitkan, dan dipergunakan. Pengetahuan akan bersifat menetap bila telah dipergunakan untuk berinteraksi dengan dunia luar atau manusia lain dalam suatu aktivitas. Hambatan ketika proses belajar pun menjadi faktor yang dominan. Hambatan dari diri responden sendiri dapat berbentuk seperti kekokohan memegang pengetahuan yang telah dimiliki, kurang memperhatikan, dan mengacuhkan ketika proses belajar.

5.2.2 Perbedaan MSE dan FGD

Berdasarkan hasil analisis data dengan uji Mann Whitney U Test dengan input data post intervensi dengan MSE dan FGD didapatkan hasil bahwa $Z = -1,228$ dan signifikansi $P = 0,220$ yang lebih besar dari $\alpha > 0,05$ sehingga H_0 diterima tidak ada perbedaan antara MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS. Sehingga *Monopol Sex Educator* dapat dijadikan alternatif metode pendidikan kesehatan tentang IMS di kalangan remaja.

Upaya memberi informasi dan layanan terhadap remaja mengenai kesehatan reproduksi adalah salah satu kegiatan yang diharapkan dapat membantu mewujudkan remaja Indonesia yang berkualitas dan berperilaku yang bertanggung jawab atas kesehatan reproduksinya (Moeliono, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2003), upaya pemberian informasi kesehatan seksual dapat diberikan dengan beberapa metode sesuai dengan karakteristik penerima informasi. Seks, seksualitas dan masalah kesehatan reproduksi misalnya IMS masih merupakan isu "sensitif" yang sesuai bila dilakukan dalam suatu kelompok kecil (Moeliono, 2003). Metode pendidikan kelompok kecil, metode permainan, menggabungkan antara metode *role play* dan diskusi kelompok dan FGD merupakan bentuk diskusi kelompok terfokus. Kedua metode ini ditujukan untuk memaksimalkan efektifitas pengetahuan yang diperoleh dalam pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003)

Menurut (Moeliono, 2003), pendekatan yang paling tepat dalam menghadapi anak/remaja usia ini adalah :

1. Belajar melalui pengalaman-pengalaman kecil yang konkrit (*Experiential learning*) dengan cara bermain, bermain peran, simulasi, diskusi kelompok, dll. dimana terjadi kombinasi antara “mendengar, melihat dan mengalami”.
2. Melibatkan peserta proses belajar secara aktif dalam setiap tahapan penyampaian materi sejak awal sampai akhir (*Partisipatoris*).
3. Terbuka, peserta difasilitasi untuk mengungkapkan berbagai pengetahuan dan pengalaman yang sudah dimiliki.
4. Bersikap Netral, tidak menghakimi atau menyalahkan peserta (*Non judgemental*). Pikiran dan perasaan peserta harus dihargai, dihormati dan justru dikoreksi bila perlu.
5. Reflektif, yaitu anak selalu diberi kesempatan untuk menggali pengetahuan dan pengalaman pribadinya sehingga dapat merasa bahwa apa yang disampaikan adalah sesuatu yang merupakan bagian dari dirinya.

Metode MSE dan FGD bertujuan meningkatkan pengetahuan sehingga meningkatkan pula rasa tanggung jawab terhadap kesehatan dirinya sendiri. Tujuan utama adalah perubahan terhadap sikap dan perilaku menghindari aktivitas seksual yang rentan terhadap IMS sehingga upaya menekan angka kejadian IMS di kalangan remaja dapat tercapai. Metode permainan MSE dan FGD merupakan bagian dari metode pendidikan kesehatan kelompok kecil (Notoatmodjo, 2003). MSE dan FGD dalam proses belajar memiliki tahapan melihat, mendengar, dan mengalami.

Di dalam MSE dan FGD, proses belajar melalui “melihat” diperoleh lewat media gambar serta keterangan yang dicantumkan. Siswa pada prosesnya melihat

gambar tentang jenis-jenis IMS dan melakukan analisis mengenai gejala, lokasi, serta karakteristik lain dari jenis IMS yang dipelajari.

Proses “mendengar”, dalam MSE dilakukan secara aktif oleh setiap siswa dalam proses belajar. Siswa menjelaskan sesuai dengan aturan kegiatan terhadap jenis IMS yang dipelajari sedangkan dalam FGD proses ini sangat bergantung kemampuan fasilitator mengolah kata dalam penyampaian informasi.

Proses “mengalami”, dalam MSE penerapan dilakukan selama siswa melakukan proses permainan sesuai dengan aturan. Informasi yang terpisah mengenai pengertian, jenis, gejala, penularan, dan pencegahan IMS akan disusun secara mandiri oleh siswa yang kemudian akan dibahas secara bersama-sama dengan fasilitator satu-persatu tentang IMS sedangkan dalam FGD proses ini dilakukan melalui diskusi secara langsung antara siswa dengan fasilitator. Siswa akan mencoba mengorek informasi sedalam-dalamnya tentang IMS dan fasilitator akan mencoba mengarahkan agar siswa mampu menginterpretasikan kumpulan informasi yang diberikan sehingga dapat terlihat nyata.

Berdasarkan uji *Mann Whitney U Test* yang telah dilakukan dan persamaan dalam metode pendekatan yang dipergunakan membuktikan bahwa tidak ada perbedaan antara MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Perbedaan "Metode Permainan *Monopol Sex Educator* Dengan *Focus Group Discussion* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang IMS (Infeksi Menular Seksual) di SMA I Tuban".

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode MSE dan FGD sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang rendah tentang IMS. Setelah dilaksanakan MSE dan FGD pengetahuan responden sebagian besar menjadi sedang.
2. Tidak ditemukan perbedaan antara MSE dan FGD dalam meningkatkan pengetahuan siswa tentang IMS.

6.2 Saran

1. MSE memerlukan uji coba terus untuk mendapatkan hasil yang maksimal sehingga hasil *pre-post* test MSE dapat dipergunakan sebagai bahan pelaksanaan FGD dengan meningkatkan penguasaan materi tentang MSE dan keahlian mengendalikan situasi dalam pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Nining Puji.(2010). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Perilaku Bagi Wanita Penghuni Panti Karya Wanita "Gombel" Semarang Tentang Pencegahan PMS. Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya*
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, Inc.
- Bandura, A.,(1989). *Social cognitive theory*. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bandura, A. (1992). *A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection*. In R.J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy* (pp. 89-116). Newbury Park, CA: Sage.
- Bandura, A. (1994). *Social cognitive theory and control over HIV*. In DiClemente, R. & Peterson, J. (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 23-59). New York, New York: Plenum Press.
- Darwin, C., (1965). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Chicago, IL: The University of Chicago Press
- Darwin, C., (1981). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, (2010). *Rekapitulasi Laporan Bulanan Data Kesakitan Puskesmas Se-Kabupaten Tuban*.Tuban
- Erikson, E.H., (1950). *Childhood and Society*. New York, NY: W.W. Norton & Company
- Fagen, R., (1981). *Animal Play Behavior*.New York: Oxford University Press
- Fagen, R., (1984), "*Play and behavioral flexibility*", in Smith, P.K. (Ed.), *Play in Animals and Humans*, Basil Blackwell, New York, NY, pp. 159-73.
- Fagen, R., (1994), "*Applause for aurora: sociobiological considerations on exploration and play*", in Keller, H., Schneider, K. and Henderson, B. (Eds), *Curiosity and Exploration*, Springer, New York, NY, pp. 333-9.

- Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology, 17*, 559-568.
- Goodall, J., (1995). "Chimpanzee and others at play", *ReVision*, Vol. 7 No. 4, pp. 14-20.
- Groos, K., (1898). *The Play of Animals*. New York: D. Appleton
- Huizinga, J. (1950), *Homo Ludens*. Boston, MA: The Beacon Press
- Hutt, C., (1981). "Toward a taxonomy and conceptual model of play", in Day, H. (Ed.), *Advances in Motivation and Aesthetics*. New York: Plenum Press, pp. 251-97..
- Kemp, Gina, Melinda Smith, Bernie DeKoven, Jeanne Segal, 2009. *Putar Kreativitas, dan Lifelong Learning*. Diakses dari www.HELPGUIDE.org tanggal 11 Juni 2011 pukul 22.00WIB
- Lorenz, K., (1971). *Studies in Human and Animal Behavior*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Lorenz, K., (1994). *Man Meets Dog*. New York, NY: Kodansha International
- Machfoedz, (2005). *Teknik Membuat Alat Ukur Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, dan Kebidanan*. Jogjakarta: Fitramaya.
- Maulana HDJ., (2009). *Promosi Kesehatan* hal 5. Jakarta: EGC.
- Moeliono, Laurike, (2003). *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: PKBI, BKKBN, UNFPA
- Mubarak, W.I dan Nurul Chayatin, (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*, 98, Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2010). *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursalam dan Ferry Effendi, (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan* hal: 23. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 85,94,124-125
- Palo Alto Foundation, (2010). *Types of STIs*. Diakses dari [www. Palo Alto Foundation](http://www.PaloAltoFoundation.org). Tanggal 26 Mei 2011 pukul 20.00 WIB.

- Piaget, J., (1962). *Play, Dreams and Imitation in Childhood*, W.W. Norton & Company, New York, NY.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1967). *The Child's Conception of Space*. See especially "Systems of Reference and Horizontal-Vertical Coordinates." p. 375-418. New York: W. W. Norton & Co.
- Singer, D.G., Golinkoff, R.M. and Hirsh-Pasek, K. (2006). *Play^{1/4} Learning: How Play Motivates and Enhances Children's Cognitive and Social-emotional Growth.*, New York, NY: Oxford University Press
- Spariosu, M. (1989), *Dionysus Reborn.*, New York, NY: Cornell University Press
- Suryoputro, Antono, Nicholas J. Ford, dan Zahroh Shaluhiah (2006). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual Remaja di Jawa Tengah: implikasinya terhadap kebijakan Dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. *Makara, kesehatan*, vol. 10, no. 1(hal.2)
- Suliha, U., (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Sutton-Smith, B., (1997). *The Ambiguity of Play*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Turner, V., (1974). "Liminal to liminoid, in play, flow, and ritual: an essay in comparative symbology", *Rice University Studies*, Vol. 60 No. 3, pp. 52-92.
- UNESCO, (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators vol.1*. Paris: UNESCO, hal:9,19
- UNESCO,(2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators vol.2*. Paris: UNESCO, hal:6-33
- USAID, (2005). *Alat Kelamin dan Semua Yang Perlu Kita Ketahui Tentang Infeksi Menular Seksual*. Jakarta: Ditjen PPM dan PL
- Vygotsky, L.S., (1978). *Mind in Society*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Vygotsky, L.S., (1997). *Thought and Language*. Cambridge, MA: The MIT Press
- Wolf, D.P., (1984). "Repertoire, style and format: notions worth borrowing from children's play", in Smith, P.K. (Ed.), *Play in Animals and Humans*, Basil Blackwell, New York, NY, pp. 175-93.
- Wulfert, E. & Wan, C. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 9 Mei 2011

Nomor : 725 /H3.1.12/PPd/2011
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

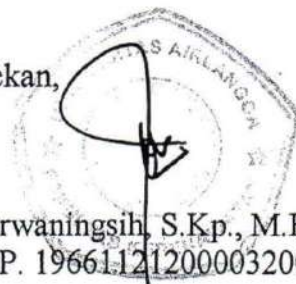
Kepada Yth.
Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tuban
di –
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Dendhy Dwi Handana S.
NIM : 010710336 B
Judul Penelitian : Perbedaan Metode Permainan Monopol Sex Educator Dengan Focus Group Discussion Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang Fungsi Organ Reproduksi, Perilaku Seksual Beresiko, Penyakit Menular Seksual Serta Kontrasepsi di SMAN I Tuban

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

Dekan,



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 196611212000032001



SURAT KETERANGAN UNTUK MELAKUKAN SURVEY / RISET / PKL / KKN

Nomor : 072 / / 414.107 / 2011

Berdasarkan Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 09 Mei 2011
or:725/H3.1.12/PPd/2011 Perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
asiswa PSIK-FKp Unair.

Dengan ini menyatakan mengijinkan atas Kegiatan Penelitian Mahasiswa Universitas Air angga
nama:

- n a : **DENDHY DWI HANDANA**
- : 010710336 B
- ltas : Fakultas Keperawatan
- si Kegiatan : SMA NEGERI I Tuban
- tu Pelaksanaan : 11 Mei s/d 11 Agustus 2011
- il Penelitian : PERBEDAAN METODE PERMAINAN MONOPOL SEX
EDUCATOR DENGAN FOCUS GROUP DISCUSSION
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA
TENTANG FUNGSI ORGAN REPRODUKSI,PERILAKU
SEKSUAL BERESIKO, PENYAKIT MENULAR SEKSUAL
SERTA KONTRASEPSI DI SMAN I TUBAN.

gan ketentuan sebagai berikut :

- Dalam jangka waktu 1 x 24 Jam setelah tiba ditempat kegiatan, diwajibkan melapor kedatangannya
epada Camat setempat;
- Menjaga Tata Tertib keamanan, ketertiban, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari perbuatan
perbuatan baik lisan maupun tulisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina
agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk;
- tidak diperkenankan menjaikan kegiatan – kegiatan diluar yang telah ditetapkan tersebut diatas;
- Setelah berakhirnya pelaksanaan Penelitian diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Camat
setempat dan Bupati Tuban Cq. Kantor Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Tuban;
- Dalam pelaksanaan Penelitian yang mengikutsertakan Warga Negara Asing (WNA) sebagai Tenaga
 ahli / Petugas Lapangan supaya melaporkan kepada Kepala Kepolisian Resort Tuban yang
 merupakan kewajiban menurut Peraturan Pemerintah Nomor 45 Tahun 1954;
- Surat Keterangan ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat
 keterangan ini tidak memenuhi ketentuan – ketentuan tersebut diatas.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Ditetapkan di : Tuban
Tanggal : 10 Mei 2011

KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
KABUPATEN TUBAN

Drs. TEGUH SETYOBUDI, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19630428 199203 1 008



BUSAN Kepada :

- h. Kepala Kepolisian Resort Tuban
- h. Komandan KODIM 0811 Tuban
- h. Kepala Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga Kab Tuban
- h. Kepala SMA Negeri I Tuban
- h. Kepala Dinas Kesehatan Kab Tuban
- h. Kepala Puskesmas Tuban
- h. Camat Tuban Kab.Tuban
- h. Dekan Fakultas Keperawatanl Universitas Airlangga
- h. Yang bersangkutan.

Dendhy Dwi Handana Sagita

Perbedaan Metode Permainan Monopol Sex Educator

Dengan Focus Group Discussion Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang

IMS (Infeksi Menular Seksual) Di SMA 1 Tuban: Penelitian Quasi Experiment

SKRIPSI



UNIVERSITAS AIRLANGGA
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257
 Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 9 Mei 2011

Nomor : 725 /H3.1.12/PPd/2011
 Lampiran : -
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
 Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

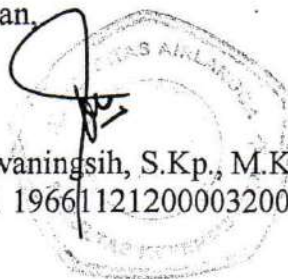
Kepada Yth.
 Kepala Sekolah SMAN I Tuban
 di –
 Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Dendhy Dwi Handana S.
 NIM : 010710336 B
 Judul Penelitian : Perbedaan Metode Permainan Monopol Sex Educator Dengan Focus Group Discussion Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang Fungsi Organ Reproduksi, Perilaku Seksual Beresiko, Penyakit Menular Seksual Serta Kontrasepsi di SMAN I Tuban

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

Dekan.



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196611212000032001



SEKOLAH MENENGAH ATAS NEGERI 1 TUBAN

JL. WR. SUPRATMAN 2 TUBAN TELP. (0356) 321272 Fax. (0356) 321272 Kode Pos 62318

E-mail/Website : smansatuban@yahoo.co.id / www.smansatuban.com

SURAT KETERANGAN

Nomor : 076 / 0570 / 414.050.014.42/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini:

N a m a : **Dra. SUPRAPTI, M.Pd**
 NIP : 19520305 197903 2 003
 Pangkat, Golongan : Pembina Utama Muda
 Jabatan : Kepala SMA Negeri 1 Tuban

menerangkan bahwa:

N a m a : **DENDHY DWI HANDANA SAGITA**
 Status : Mahasiswa Universitas Air Langga Surabaya
 No. Reigistrasi : 010710336 B
 Fakultas/Jurusan : Keperawatan
 Keterangan : Yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian di SMA

Negeri 1 Tuban guna penyusunan Tesis dengan judul : **"PERBEDAAN PERMAINAN MONOPOL SEX EDUCATOR DENGAN FOCUS GROUP DISCUSSION TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN SISWA TENTANG IMS (INFEKSI MENULAR SEKSUAL) "** pada tanggal 14 - 20 Juni 2011.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Kepala SMA Negeri 1 Tuban

Dra. SUPRAPTI, M.Pd
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19520305 197903 2 003

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saudara/Saudari yang terhormat,

Nama Saya Dendhy Dwi Handana Sagita (010710336B), Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Perbedaan Metode Permainan *Monopol Sex Educator* Dengan *Focus Group Discussion* Terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa Tentang IMS (Infeksi Menular Seksual) di SMA I Tuban ”**. Hasil penelitian ini akan dapat digunakan sebagai metode pendidikan kesehatan seksual yang diperuntukan untuk remaja.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh metode MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS dan menganalisis perbedaan metode MSE dan FGD terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang IMS.

Saya berharap kepada Saudara/Saudari untuk bersedia menjadi responden. Informasi yang didapatkan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, Saya mohon kesediaan Saudara/Saudari untuk menandatangani persetujuan yang telah Saya sediakan pada lembar selanjutnya.

Surabaya,.....

Hormat Saya,

Dendhy Dwi Handana Sagita
NIM. 010710336 B

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti pada tanggal
Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden
dalam penelitian :

Judul : **“Perbedaan Metode Permainan *Monopol Sex Educator*
Dengan *Focus Group Discussion* Terhadap Peningkatan
Pengetahuan Siswa Tentang IMS (Infeksi Menular
Seksual) di SMA I Tuban ”**

Peneliti : Dendhy Dwi Handana Sagita

NIM : 010710336 B

Mahasiswa : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Persetujuan ini Saya buat secara sukarela tanpa ada paksaan dari pihak
manapun.

Tuban,

Lampiran 7

No. Responden :
(Diisi oleh peneliti)

The Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ)

Biodata responden

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :

Pilihan jawaban adalah: B= benar S= salah TT= tidak tahu

1. Pilihlah satu jawaban yang Anda anggap paling sesuai.
2. Pilihlah TT (tidak tahu), jika tidak yakin jawaban Anda B (benar) atau S (salah).
3. Berilah tanda (V) pada salah satu jawaban yang tertera di belakang pertanyaan untuk menunjukkan jawaban yang Anda pilih.

No.	Pertanyaan	Benar	Salah	Tidak tahu
1.	Herpes genital disebabkan oleh virus yang sama dengan virus HIV.	B	S	TT
2.	Infeksi saluran kemih yang sering dapat disebabkan oleh Chlamydia.	B	S	TT
3.	Penyakit Gonorrhea dapat diobati	B	S	TT
4.	Seseorang akan lebih rentan tertular HIV jika telah terinfeksi IMS yang lain.	B	S	TT
5.	Human Papillomavirus (HPV) disebabkan oleh virus yang sama dengan virus HIV.	B	S	TT
6.	Melakukan anal sex dapat meningkatkan resiko seseorang terinfeksi Hepatitis B.	B	S	TT
7.	Segera setelah terinfeksi HIV seseorang akan mendapatkan luka/ radang pada alat kelaminnya (penis atau vagina).	B	S	TT
8.	Penyakit Chlamydia dapat diobati .	B	S	TT
9.	Seorang wanita yang positif Herpes Genital dapat menularkan kepada bayinya ketika proses melahirkan.	B	S	TT

10.	Seorang wanita dapat menemukan gejala pada tubuhnya dan mengetahui bahwa dia telah terinfeksi Gonorrhea.	B	S	TT
11.	Virus penyebab semua jenis Infeksi Menular Seksual adalah jenis virus yang sama.	B	S	TT
12.	Human Papilloma virus (HPV) dapat menyebabkan kutil kelamin	B	S	TT
13.	Menggunakan kondom secara tepat dan konsisten dapat menurunkan kemungkinan tertular HIV.	B	S	TT
14.	Human Papillomavirus (HPV) dapat menyebabkan kanker pada wanita.	B	S	TT
15.	Seorang laki-laki dapat terinfeksi kutil kelamin jika melakukan hubungan seksual dengan wanita lewat vagina.	B	S	TT
16.	Infeksi Menular Seksual dapat menyebabkan berbagai permasalahan kesehatan yang serius dan keadaan kesehatan laki-laki akan lebih parah dari pada wanita.	B	S	TT
17.	Jika tercium bau busuk dari vagina berarti wanita tersebut telah menderita Chlamydia.	B	S	TT
18.	Jika seseorang terbukti positif HIV, hasil tes dapat memperlihatkan seberapa parah perkembangan penyakitnya.	B	S	TT
19.	Gonorrhea dapat dicegah dengan menerima vaksin anti gonorrhea .	B	S	TT
20.	Tanda dan gejala IMS pada wanita dapat terlihat melalui pemeriksaan fisik	B	S	TT
21.	Seseorang dengan Herpes Genital dengan luka terbuka pada permukaan tubuhnya dapat menularkan kepada pasangannya.	B	S	TT
22.	Chlamydia dapat dicegah dengan pemberian	B	S	TT

	vaksin Chlamidia.			
23.	Seseorang dapat mengetahui telah terinfeksi Hepatitis B dengan melihat tanda dan gejala yang muncul di tubuhnya.	B	S	TT
24.	Jika seseorang memiliki riwayat pernah menderita Gonorrhoea, maka dia akan kebal dan tidak tertular lagi untuk selanjutnya.	B	S	TT
25.	Human Papillomavirus (HPV) dapat menyebabkan HIV.	B	S	TT
26.	Seorang laki-laki dapat melindungi diri dari terinfeksi kutil kelamin dengan mencuci alat kelaminnya setelah melakukan hubungan seksual.	B	S	TT
27.	Hepatitis B dapat dicegah dengan pemberian vaksin Hepatitis B sebelumnya.	B	S	TT

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN DENGAN METODE MSE PRE

No. Responden	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																											Total	Kriteria
1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	17	Sedang
2	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	14	Rendah
3	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	10	Rendah
4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	Rendah
5	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	11	Rendah
6	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	Rendah
7	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	10	Rendah	
8	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	14	Rendah
Total	4	1	6	5	5	0	4	5	6	2	6	3	5	2	0	1	4	6	0	4	5	0	2	3	3	3	5	90	

Keterangan:

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : ≤ 55% (skor: < 14)

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN DENGAN METODE MSE POST

No. Responden	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																											Total	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	20	Sedang	
2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	18	Sedang	
3	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	15	Sedang	
4	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	12	Rendah	
5	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	18	Sedang	
6	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	16	Sedang	
7	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	18	Sedang	
8	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	19	Sedang	
Total	8	1	2	7	8	1	5	1	7	5	8	8	8	7	8	0	8	7	0	3	7	1	4	8	6	2	6	136	

Keterangan:

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : $\leq 55\%$ (skor: < 14)

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN DENGAN METODE FGD PRE

No. Responden	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Total	Kriteria
1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	15	Sedang	
2	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	17	Sedang
3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	10	Rendah	
4	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	11	Rendah
5	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	16	Sedang
6	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	10	Rendah	
7	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	14	Rendah
8	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	11	Rendah
Total	4	1	4	4	4	1	5	4	7	4	7	3	7	3	1	5	1	7	2	5	6	2	5	3	2	1	6	104	

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : $\leq 55\%$ (skor: < 14)

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN DENGAN METODE FGD POST

No. Responden:	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																											Total	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	14	Rendah
2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	18	Sedang
3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	20	Sedang
4	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Sedang
5	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	19	Sedang
6	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	23	Tinggi
7	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	17	Sedang
8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	18	Sedang
Total	8	5	5	3	5	6	4	6	6	5	8	8	7	2	4	3	8	6	1	8	6	6	8	6	5	3	7	149	

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : ≤ 55% (skor: ≤ 14)

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN KELOMPOK KONTROL PRE

No. Responden	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																											Total	Kriteria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
2	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	13	Rendah
3	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	11	Rendah
4	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	10	Rendah
5	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	14	Rendah
6	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	10	Rendah
7	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	13	Rendah
8	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	13	Rendah
Total	0	4	8	5	0	1	0	7	7	7	7	0	7	0	0	4	4	7	0	4	3	0	7	0	0	0	4	86	

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : $\leq 55\%$ (skor: < 14)

TABEL TABULASI JAWABAN KUESIONER RESPONDEN KELOMPOK KONTROL POST

No. Responden	Pertanyaan pengetahuan siswa tentang IMS																											Total	Kriteria	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			
1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	Rendah	
2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	10	Rendah	
3	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	Rendah	
4	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	13	Rendah	
5	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	13	Rendah	
6	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	15	Rendah	
7	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	12	Rendah
8	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	13	Rendah	
Total	3	0	5	8	6	0	3	2	5	8	4	0	7	0	4	2	3	7	1	5	1	1	6	3	0	4	4	92		

1. Tinggi : 76-100% (skor: 21-27)
2. Sedang : 56-75% (skor: 15-20)
3. Rendah : $\leq 55\%$ (skor: < 14)

Lampiran 11

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan : Infeksi Menular Seksual (IMS)
Sasaran : Siswa kelas 3 SMAN 1 Tuban tahun pelajaran
2011/2012
Hari / Tanggal Pelaksanaan : / Juni 2011
Tempat : SMAN 1 Tuban

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode permainan *Monopol Sex Educator* (MSE) tentang infeksi menular seksual selama \pm 80 menit maka diharapkan pengetahuan siswa tentang IMS (Infeksi Menular Seksual) akan meningkat.

II. TUJUAN INTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan metode MSE tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) selama \pm 1 jam 20 menit (80 menit), siswa mengerti tentang:

1. Pengertian IMS
2. Jenis-jenis IMS
3. Tanda dan gejala IMS
4. Cara penularan IMS
5. Pencegahan IMS

III. MATERI

Infeksi menular seksual (terlampir)

IV. METODE

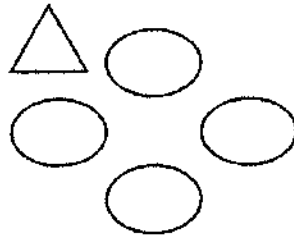
Monopol Sex Educator (MSE):

1. Membuka permainan
2. Melakukan/mengingatikan kontrak waktu
3. Menyampaikan topik diskusi
4. Melakukan diskusi sesuai topik yang ada.
5. Mencatat dan merekam hasil diskusi.
6. Menyampaikan kesimpulan diskusi
7. Menutup diskusi



V. MEDIA

1. Permainan MSE
2. Pedoman permainan
3. Notulen dan dokumenter

VI. POSISI DUDUK



Keterangan:

-  : Peserta/ siswa
 : Moderator/ fasilitator

VII. ATURAN MAIN

1. Permainan dimulai ketika pemain pertama melempar dua dadu
2. Pemain memindahkan bidak sesuai dengan jumlah angka yang ditunjukkan dadu yang dilempar

3. Kotak berwarna dimana pemain berhenti akan menjadi milik pemain yang memiliki bidak
4. Ketika kotak berwarna telah terbagi habis dimiliki tiap pemain,
5. Pemain lain berhenti pada 4 kotak berwarna hijau, kuning, merah atau biru, pemain tersebut harus menjelaskan materi yang tercantum sesuai warna lembaran.
6. Jika pemain yang bersangkutan tidak mampu atau salah menjelaskan materi, pemilik kotak berwarna berhak mengambil satu lembar berwarna secara bebas.
7. Pemenang pada permainan adalah pemain yang mampu membuat urutan sesuai dengan kode angka yang tertera pada kartu dengan urutan penyebab, gejala, penularan, dan pencegahan minimal 3 jenis IMS atau mengumpulkan kartu berwarna terbanyak sesuai dengan batas waktu.

VIII. LANGKAH – LANGKAH PEMBELAJARAN

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan	10 Menit	Perkenalan dan kontrak waktu Penyampaian peraturan/role kegiatan	Memperhatikan
2	penyampaian topik dan penjelasan aturan permainan	10 menit	Moderator menyampaikan topik bahasan dan aturan permainan	Memperhatikan
3.	Melakukan metode permainan MSE	40 menit	Moderator memulai permainan dengan memberikan kesempatan melempar dadu pada pemain pertama dan berlanjut secara berurutan dengan pemain	Bermain dengan aktif

			yang lain	
4	Mereview materi dalam permainan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian infeksi menular seksual 2. Jenis infeksi menular seksual. 3. Penularan infeksi menular seksual 4. Gejala infeksi menular seksual 5. Pencegahan infeksi menular seksual 	Mendengarkan , memperhatikan, dan bertanya
5	Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan kesimpulan diskusi. 2. Melakukan evaluasi hasil pendidikan kesehatan 3. Memberi salam penutup 	Memperhatikan

IX. EVALUASI

1. Pengertian IMS
2. Jenis-jenis IMS
3. Tanda dan gejala IMS
4. Cara penularan IMS
5. Pencegahan IMS
6. Penyediaan perlengkapan permainan harus disiapkan sesuai dengan standar jumlah pemain dalam MSE
7. Penjelasan tentang aturan permainan harus dibuat secara tertulis dan dibagikan kepada peserta