

**TESIS**

**STUDI KOMPARASI METODE PERMAINAN MONOPOLI DAN  
CERAMAH TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG  
KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA DENGAN PENDEKATAN  
*PLANNED BEHAVIOR THEORY***



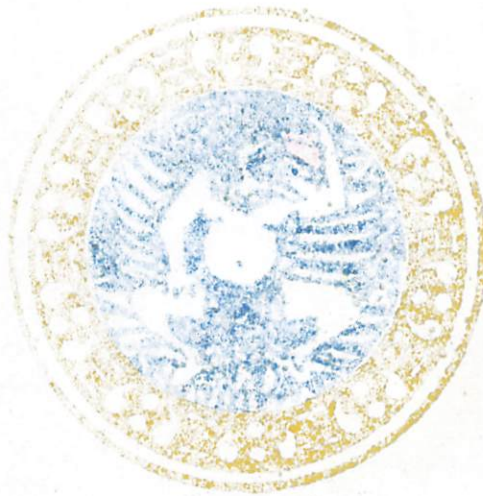
Oleh :

**WAHYU TRI NINGSIH**  
**131214153037**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014**

11317

STUDI KOMPARASI METODE PENELITIAN KUANTITATIF DAN KUALITATIF  
DALAM PENELITIAN PENDIDIKAN DAN KEPEKERJAAN  
MATA KULIAH MANAJEMEN SUMBER MANUSIA  
PADA UNIVERSITAS AIRLANGGA DAN UNIVERSITAS  
SEKELoa BAHARI



11317  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPEKERJAAN  
MANAJEMEN SUMBER MANUSIA  
SURABAYA  
11317



**STUDI KOMPARASI METODE PERMAINAN MONOPOLI DAN  
CERAMAH TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG  
KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA DENGAN PENDEKATAN  
*PLANNED BEHAVIOR THEORY***

**TESIS**

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga


Oleh :

**WAHYU TRI NINGSIH**  
131214153037

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2014

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Wahyu Tri Ningsih  
NIM : 131214153037  
Tanda tangan :   
Tanggal : 11 Agustus 2014

**LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS**

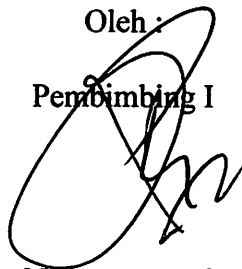
**STUDI KOMPARASI METODE PERMAINAN MONOPOLI DAN CERAMAH TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA DENGAN PENDEKATAN *PLANNED BEHAVIOR THEORY***

Wahyu Tri Ningsih  
NIM. 131214153037

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL, 11 Agustus 2014

Oleh :

Pembimbing I



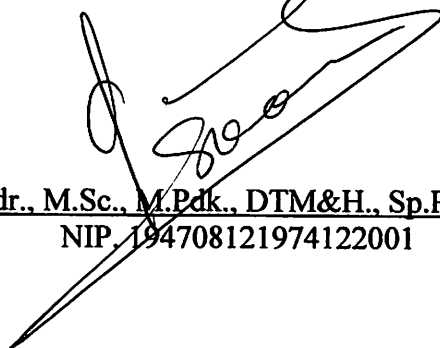
Djochar Nuswantoro, dr., MPH  
NIP. 195502261985021001

Pembimbing II



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

Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.Pdk., DTM&H., Sp.PD., KPTL., FINASIM  
NIP. 194708121974122001

## LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Wahyu Tri Ningsih

NIM : 131214153037

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Ceramah terhadap Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan Pendekatan *Planned Behavior Theory*

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada Tanggal, 15 Agustus 2014

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Sulistiawati, dr.,M.Kes.

(.....)

2. Penguji I : Djohar Nuswantoro, dr.,MPH.

(.....)

3. Penguji II : Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes.

(.....)

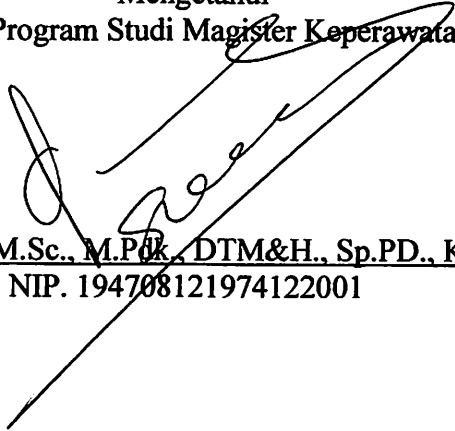
4. Penguji III : Dr. Pudji Lestari, dr.,M.Kes.

(.....)

5. Penguji IV : Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes .

(.....)

Mengetahui  
Ketua Program Studi Magister Keperawatan

  
Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.Pd., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM  
NIP. 194708121974122001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya-lah peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul, “Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Ceramah Terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan Pendekatan *Planned Behavior Theory*”.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada Bapak Djohar Nuswantoro, dr., MPH, selaku pembimbing I dan Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, masukan, serta motivasi dalam penulisan tesis ini.

Peneliti banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat dilakukan. Peneliti menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada:

1. Siswa SMP Negeri 3 kelas VII sebagai responden, yang telah bersedia mengikuti seluruh proses penelitian
2. Ibu Dr. Sulistiawati, dr.,M.Kes., Bapak Dr. Hermanto Triyoewono, dr.,Sp.OG(K), Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp.,M.Kes., Ibu Dr. Pudji Lestari, dr.,M.Kes., selaku penguji proposal dan tesis yang telah berkenan memberikan saran dan meluangkan waktu dalam proses ujian dan revisi.
3. Bapak Dr. H Soesetijo, M.Pd., MH., selaku Kepala Sekolah SMP Negeri 3 Tuban beserta staf yang telah memberikan memfasilitasi dalam pengambilan data awal hingga penelitian.

4. Bapak Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya
5. Bapak Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., M.Pdk., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga,
6. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu selama masa perkuliahan,
7. Seluruh staf Fakultas Keperawatan atas bantuan, fasilitas dan informasi yang telah diberikan,
8. Keluarga tersayang yang telah memberikan dukungan, doa dan semangat dalam penyusunan tesis ini,
9. Teman-teman Magister Keperawatan angkatan V yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi dalam penyelesaian tesis.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisannya.

Surabaya, Agustus 2014

Penulis



## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Tri Ningsih  
NIM : 131214153037  
Program studi : Magister Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

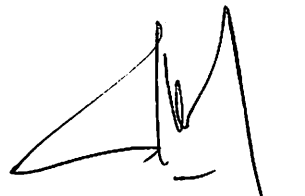
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Ceramah Terhadap Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan Pendekatan *Planned Behavior Theory*”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : 11 Agustus 2014  
Yang menyatakan



(Wahyu Tri Ningsih)

## EXECUTIVE SUMMARY

### COMPARISON STUDY OF MONOPOLY GAME AND LECTURE METHODS ON KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH WITH PLANNED BEHAVIOR THEORY APPROACH

By: Wahyu Tri Ningsih

Knowledge of reproductive health need to be owned by teens. Adolescents are at a stage of puberty is marked by the maturation of the reproductive system and production of sex hormones. Teens tend to want an adventure and try everything that had never known. The unavailability of accurate and correct information on reproductive health, forcing teenagers seeking access and explore their own. Magazines, books and films exposing pornography and porno-action sex pleasure without teaching responsibilities and risks that must be faced, the main reference. Based on the data collected at SMPN 3 students of class VII Tuban on obtained knowledge about adolescent reproductive health is lacking, it is necessary for the provision of health education using methods appropriate to the development of adolescent. The purpose of this research is to study the comparative method monopoly game and lectures on knowledge and attitudes about reproductive health in adolescents with Planned Behavior Theory approach.

The research design used in this study is Quasy Experiment Design, two-group pretest and post-test. Research subjects consisted of two groups: monopoly game method and the lecture method group. Each group was given a pretest and post-test knowledge and attitude toward behavior. The population in this study were all students of class VII in SMPN 3 Tuban. The sampling technique used is proportionate stratified random sampling, that is by proportionate number of samples based on gender, each group consisting of 7 male students and 10 female students. Collecting data using a self-made questionnaire knowledge and attitudes questionnaire (attitude toward behavior) that is made based on the Theory of Planned Behavior. Data analysis using the Wilcoxon signed rank test for knowledge and attitude toward behavior before and after the intervention and the Mann-Whitney test was used to measure differences in knowledge and attitude toward behavior after a given intervention between the two groups.

The results showed that after intervention: 1) increased knowledge of the game of monopoly group method,  $p = 0.000$  and lectures,  $p = 0.001$ ; 2) increase in attitude toward behavior of the game of monopoly group method,  $p = 0.001$  and lecture  $p = 0.012$ ; 3) knowledge-attitude toward behavior of the game of monopoly group method,  $p = 0.001$  and lecture  $p = 0.012$ . Comparison of two methods are: 1) knowledge of monopoly game method group was significantly higher than the lecture group,  $p = 0.002$ ; 2) attitude toward behavior of monopoly game group method is not significantly different than the lecture group,  $p = 0.11$ ; 3) knowledge-attitude toward behavior of monopoly game group method is significantly higher than the lecture group,  $p = 0.034$ .

Conclusion of the study is: 1) Monopoly game method is better used to increase knowledge of reproductive health in adolescents compared with the lecture method; 2) Both methods can be used to improve the attitude toward

**behavior on reproductive health in adolescents. Adolescent reproductive health teachers can use monopoly game as an alternative media fun learning to increase the students' knowledge and attitudes**

**ABSTRACT****COMPARISON STUDY OF MONOPOLY GAME AND LECTURE METHODS ON KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH WITH PLANNED BEHAVIOR THEORY APPROACH****By: Wahyu Tri Ningsih**

Knowledge of adolescent reproductive health is very important so that teenagers do not fall on risk behavior, it is necessary for appropriate health education methods. The purpose of this research is to study the comparative monopoly game and lecture method on knowledge and attitudes about reproductive health in adolescents with Planned Behavior Theory approach.

This research used Quasy Experiment Design, two group pretest and post-test. Population are all students of VII degree in SMPN 3 Tuban, using proportionate stratified random, each group of sample, monopoly game and lecture method, contain 17 students. Collecting data using knowledge and attitude questionnaires, were analyzed using the Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney test.

The results showed that comparison of two methods are: 1) knowledge of monopoly game method group was significantly higher than the lecture group,  $p = 0.002$ ; 2) attitude toward behavior of monopoly game group method is not significantly different than the lecture group,  $p = 0.11$ ; 3) knowledge- attitude toward behavior of monopoly game group method is significantly higher than the lecture group,  $p = 0.034$

Conclusion of the study is: 1) Monopoly game method is better used to increase knowledge of reproductive health in adolescents compared with the lecture method; 2) Both methods can be used to improve the attitude toward behavior on reproductive health in adolescents. Adolescent reproductive health teachers can use monopoly game that made by researcher as an alternative media fun learning to increase the students' knowledge and attitudes.

**Keywords: reproductive health, adolescent, knowledge, attitude toward behavior, monopoly game method, lecture method**

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Pernyataan Orisinalitas.....	iv
Persetujuan.....	v
Penetapan Panitia Penguji.....	vi
Kata Pengantar.....	vii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Ilmiah untuk Kepentingan Akademis.....	viii
<i>Executive Summary</i> .....	ix
<i>Abstract</i> .....	xi
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	8
1.3 Rumusan Masalah.....	10
1.4 Tujuan Penelitian.....	10
1.5.1 Tujuan Umum.....	10
1.5.2 Tujuan Khusus.....	10
1.5 Manfaat Penelitian.....	11
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	11
1.5.2 Manfaat Praktis.....	11
1.6 Riset Pendukung.....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>18</b>
2.1 Konsep Remaja .....	18
2.1.1 Pengertian Remaja .....	18
2.1.2 Perkembangan Remaja .....	18
2.2 Konsep Pengetahuan.....	25
2.3 Konsep Sikap.....	28
2.4 Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) .....	29
2.4.1 Pengertian KRR .....	29
2.4.2 Ruang Lingkup KRR .....	30
2.4.3 Pendidikan Kesehatan Reproduksi Menurut UNICEF .....	56
2.5 Media Pembelajaran Permainan Monopoli .....	57
2.5.1 Pengertian.....	58
2.5.2 Sejarah.....	58
2.5.3 Cara Bermain.....	59
2.5.4 Kelebihan dan Kelemahan.....	66
2.5.5 Permainan Monopoli sebagai Media Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Remaja.....	67
2.6 Metode Ceramah.....	69
2.7 Konsep <i>Theory of Planned Behavior Ajzen</i> .....	73



<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>	<b>76</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	76
3.2 Hipotesis Penelitian.....	77
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>78</b>
4.1 Desain Penelitian.....	78
4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling Penelitian .....	78
4.2.1 Populasi .....	78
4.2.2 Sampel .....	79
4.2.3 Sampling .....	80
4.3 Kerangka Operasional .....	81
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	81
4.4.1 Variabel Penelitian .....	81
4.4.2 Definisi Operasional .....	82
4.5 Instrumen Penelitian .....	84
4.5.1 Instrumen .....	85
4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas .....	84
4.5.3 Uji kelayakan permainan monopoli .....	86
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	87
4.7 Prosedur Pengambilan Data .....	87
4.8 Cara Analisis Data .....	90
4.9 Etika Penelitian .....	91
<b>BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....</b>	<b>93</b>
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>103</b>
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>115</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>117</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>121</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Riset Pendukung Penelitian Permainan Monopoli untuk Meningkatkan Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi .....	11
Tabel 2.1	Urutan Perubahan Fisiologis pada Masa Remaja .....	33
Tabel 2.2	Stadium Klinis HIV menurut WHO .....	50
Tabel 4.2	Tujuan Utama Pendidikan Seksualitas dan Kesehatan Seksual menurut UNICEF (2010).....	56
Tabel 4.1	Desain Penelitian.....	78
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian.....	82
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	95
Tabel 5.2	Data Deskriptif Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Sesudah Dilakukan Intervensi berdasarkan Metode di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	96
Tabel 5.3	Komparasi Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Metode Permainan Monopoli dan Ceramah sebelum dan sesudah intervensi di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	97
Tabel 5.4	Data Deskriptif Sikap ( <i>Attitude Toward Behavior</i> ) Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Sesudah dilakukan intervensi berdasarkan metode di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	98
Tabel 5.5	Komparasi Sikap ( <i>Attitude toward Behavior</i> ) Remaja tentang Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Metode Permainan Monopoli dan Ceramah sebelum dan sesudah intervensi di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	99
Tabel 5.6	Komparasi Pengetahuan-Sikap ( <i>Attitude toward Behavior</i> ) tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Kelompok Metode Permainan Monopoli dan Ceramah di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014.....	101

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi Masalah Penelitian.....	7
Gambar 2.1	Organ reproduksi pada perempuan .....	38
Gambar 2.2	Organ Reproduksi pada Laki-Laki .....	40
Gambar 2.3	<i>The Theory of Planned Behavior</i> Azjen 2005 .....	74
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Ceramah terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan pendekatan <i>Planned Behavior Theory Ajzen 2005</i> .....	76
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Permainan Monopoli sebagai Media Pendidikan Kesehatan untuk Meningkatkan Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi dengan pendekatan <i>Planned Behavior Theory Ajzen</i> .....	81

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian	121
Lampiran 2	Uji Laik Etik	122
Lampiran 3	Lembar Permohonan menjadi Responden Penelitian	123
Lampiran 4	Lembar Penjelasan Responden	124
Lampiran 5	<i>Informed Consent</i>	128
Lampiran 6	Kuesioner Penelitian	129
Lampiran 7	SAP Metode Monopoli	134
Lampiran 8	Data Mentah Penelitian	136
Lampiran 9	Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	138
Lampiran 10	Hasil Analisis Data	144
Lampiran 11	Panduan Bermain Monopoli	

# BAB 1

## PENDAHULUAN



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, cenderung ingin berpetualang dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. Didorong oleh keinginan menjadi seperti orang dewasa menyebabkan remaja ingin mencoba melakukan apa yang sering dilakukan orang dewasa termasuk yang berkaitan dengan masalah seksualitas (Azinar M., 2013). Hal ini disebabkan remaja berada pada tahap pubertas yang di tandai dengan maturasi sistem reproduksi dan produksi hormon seks.

Tidak tersedianya informasi yang akurat dan benar tentang kesehatan reproduksi, memaksa remaja mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri. Majalah, buku dan film pornografi dan pornoaksi memaparkan kenikmatan hubungan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi, menjadi acuan utama. Mereka juga mempelajari seks dari internet. Hasilnya, remaja yang beberapa generasi lalu masih malu-malu kini sudah melakukan hubungan seks di usia dini, yakni 13-15 tahun (Depsos RI, 2008 dalam Azinar M., 2013).

Data Kesehatan Reproduksi Remaja Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (KRR SDKI) 2012 tentang kesehatan reproduksi menunjukkan, pengetahuan remaja laki-laki maupun perempuan tentang tanda perubahan fisik, sebagian besar dibawah 50%, dan yang menyebutkan tidak tahu 10% pada remaja laki-laki dan 20,4% pada remaja perempuan.

Penelitian lain dilakukan oleh Maryatun dan Purwaningsih (2012) menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan perilaku seksual pra nikah dengan hasil analisa nilai *p value* sebesar 0,02 dengan OR sebesar 4,424 (1,797-10.894) yang mempunyai makna bahwa remaja anak jalanan yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai peluang sebesar 4 kali lebih besar melakukan perilaku seksual pranikah dibandingkan remaja anak jalanan yang mempunyai pengetahuan yang baik.

Data Riskesdas 2010, sebanyak 4,8% dari usia 10–14 tahun melakukan hubungan seks di luar nikah, sebesar 0,5 persen sampai 1,5% di antaranya hamil. Sebesar 41,8% pada usia 15–19 tahun melakukan hubungan seks di luar nikah dan 13 persen di antaranya hamil. Data KRR SDKI tahun 2012, didapatkan remaja laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual sebanyak 8% dan pada remaja perempuan sebanyak 1,0%. Sebanyak 2% dari perempuan dan 7% dari laki-laki, menyatakan bahwa mereka menyetujui laki-laki yang melakukan hubungan seksual sebelum menikah (KRR SDKI, 2012). Data tersebut menunjukkan bahwa remaja laki-laki lebih banyak yang melakukan hubungan seksual pra nikah dan menyetujui hubungan seksual pra nikah.

Pengambilan data awal yang dilakukan peneliti di SMPN 3 Tuban, melalui wawancara dengan bagian kesiswaan, di SMPN 3 Tuban belum pernah dilakukan pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi pada remaja dan tidak ada siswa yang hamil di luar nikah. Pengetahuan siswa tentang kesehatan reproduksi dari 13 siswa kelas 7 yang dilakukan survey 6 siswa sebagian besar berpengetahuan kurang (46%), 4 orang berpengetahuan baik (30%), dan 3 orang berpengetahuan sangat baik (23%). Dari 13 siswa, 8 orang mengaku

pernah/sedang berpacaran, dan selama berpacaran mereka mengaku melakukan pegangan tangan (100%) dan berpelukan 3 orang (23%). Menurut Irawati (2002) remaja melakukan berbagai macam perilaku seksual beresiko yang terdiri atas tahapan-tahapan tertentu yaitu dimulai dari berpegangan tangan, cium kering, cium basah, berpelukan, memegang atau meraba bagian sensitif, *petting*, *oral sex*, dan bersenggama (*sexualintercourse*).

Penyebab perilaku seksual pranikah pada remaja antara lain: 1) faktor personal: pengetahuan, sikap terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, pengendalian diri, aktifitas sosial, rasa percaya diri dan variabel demografi seperti, usia, agama; 2) karakteristik lingkungan, antara lain akses dan kontak dengan sumber informasi, sosial budaya, nilai dan norma sebagai pendukung sosial untuk perilaku tertentu, 3) karakteristik keluarga: status orang tua dan pendidikan orang tua; 4) karakteristik teman sebaya antara lain perilaku seksual teman sebaya (Suryoputro, 2006; Jackson, 2011).

Teori perilaku yang direncanakan (*Planned Behavior Theory*) menyatakan perilaku dipengaruhi oleh niat individu dalam melakukan suatu perilaku tertentu. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (Ajzen, 1991). Sedangkan niat dipengaruhi oleh sikap, pertimbangan subjektif individu terhadap pilihan dan dukungan orang lain, persepsi seseorang terhadap perilaku, dan latar belakang individu tersebut termasuk di dalamnya adalah pengetahuan dari individu.

Dampak dari perilaku seks pranikah bermacam-macam antara lain: (1) terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD); (2) putus sekolah (*drop out*), jika remaja tersebut masih sekolah; (3) pengguguran kandungan (aborsi); (4)

terkena penyakit menular seksual (PMS/HIV/AIDS), dan (5) tekanan psikososial yang timbul karena perasaan bersalah telah melanggar aturan agama dan takut diketahui oleh orangtua dan masyarakat (Handayani S., dkk., 2009)

Kehamilan pada remaja memicu terjadinya tindakan aborsi. Berdasarkan data KomNas Perlindungan Anak (2011) dalam kurun waktu tiga tahun (2008-2010) kasus aborsi terus meningkat. Tahun 2008 ditemukan 2 juta jiwa anak korban aborsi, tahun berikutnya (2009) naik 300.000 menjadi 2,3 juta dan pada tahun 2010 naik dari 200.000 menjadi 2,5 juta jiwa. Pelaku tindakan aborsi 62,6% diantaranya adalah anak berusia dibawah 18 tahun.

HIV/AIDS, data Riskesdas 2010, secara nasional 11,4 persen penduduk mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS dan persentase tertinggi terdapat pada kelompok umur 15-24 tahun yaitu 16,8 persen.

Data dari Ditjen PP & PL Kemenkes RI (2014), jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan 1 Januari s.d. 31 Desember 2013 adalah HIV 29037 kasus dan AIDS 5608 kasus. Jumlah kumulatif kasus AIDS menurut jenis kelamin, laki-laki berjumlah 28846 kasus dan perempuan 15565 kasus (sejak April 1987-Desember 2013), dengan Jumlah Kumulatif Kasus AIDS menurut Golongan Umur yang tertinggi adalah golongan umur 20–29 tahun sebanyak 17892 kasus.

Pengetahuan merupakan dasar manusia dalam bersikap dan bertindak. Dengan meningkatkan pengetahuan diharapkan sikap dan perilaku remaja dapat berubah kearah yang lebih baik. Pengetahuan yang kurang tentang kesehatan reproduksi bisa ditanggulangi dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi pada remaja.

Banyak metode yang bisa dilakukan untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang kesehatan reproduksi pada remaja antara lain dengan melibatkan sekolah, orang tua, petugas kesehatan, dan teman sebaya. Dari bermacam metode pembelajaran, efektifitas pembelajaran akan lebih baik bila melibatkan teman sebaya, karena sesuai dengan perkembangan remaja, yaitu lebih mudah berhubungan dengan teman sebaya daripada dengan orang tua dan guru (Potter, Patricia A. & Perry, Ane Griffin, 2005). Didukung juga oleh data KKR SDKI tahun 2012, bahwa remaja lebih banyak bercerita kepada teman daripada orang tua dan guru tentang perubahan fisik yang terjadi pada dirinya (52,8% pada remaja perempuan dan 48,25% pada remaja laki-laki). Metode dalam melakukan pendidikan kesehatan juga bervariasi misalnya dengan metode ceramah, *focus group discussion* (FGD), konseling. Media yang digunakan antara lain modul, leaflet, lembar balik, video, pesan multi media, permainan menggunakan multimedia.

Penelitian yang dilakukan oleh Peikari, N et al tahun 2004, yang berjudul *The Effect of Peer Group Education In Reproductive Health Among University Students (in Iran)*, bertujuan untuk mengevaluasi *peer group education* untuk meningkatkan kesehatan reproduksi pada remaja. Hasil dari studi ini adalah program ini mempunyai efek positif dalam menurunkan perilaku beresiko. Penelitian lain dilakukan oleh Shin, YunHee et al (2010) yang berjudul *A Mentoring Program for the Among Korean Adolescents*, yang bertujuan untuk mengembangkan program mentoring untuk meningkatkan kesehatan seksual pada remaja korea dan untuk mengeksplorasi efek dari program. Pada penelitian ini ada kelompok kontrol yang mendapat pendidikan seksual sesuai materi dari sekolah



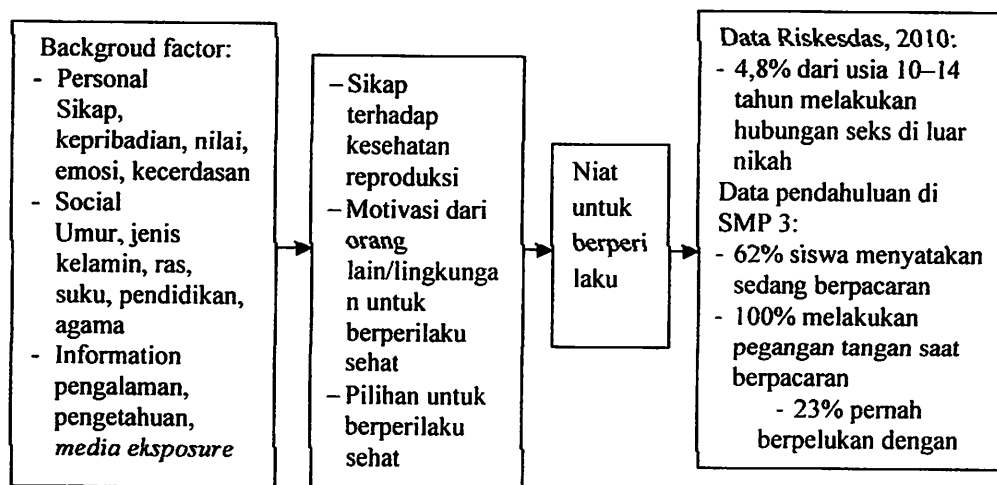
yang diberikan oleh guru kesehatan mereka, sedangkan kelompok intervensi memperoleh pendidikan kesehatan yang difasilitasi oleh mentor sebaya dari mahasiswa keperawatan. Hasil dari penelitian ini adalah pada 12 minggu pasca-intervensi, interaksi antara waktu dan kelompok secara statistik signifikan pada pengetahuan seksual dan sikap seksual dari 17 remaja dan program mentoring menunjukkan potensi sebagai intervensi sesuai dengan tahapan perkembangan untuk promosi kesehatan seksual remaja dan memungkinkan mahasiswa keperawatan untuk mendapatkan kepercayaan diri dalam kemampuan profesionalnya.

Berdasarkan penelitian di atas peran teman sebaya dalam memberikan pendidikan kesehatan terbukti efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan perilaku seks yang sehat. Untuk menarik perhatian remaja supaya lebih mengerti tentang pendidikan kesehatan reproduksi metode pembelajaran perlu dikembangkan. Selama ini metode yang sering digunakan adalah metode ceramah dengan media modul, leaflet, booklet, lembar balik, dan poster. Metode yang menyenangkan yang juga melibatkan keaktifan dari remaja perlu dikembangkan misalnya dengan menggunakan permainan edukatif berupa monopoli. Permainan monopoli dipilih karena termasuk permainan yang relatif digemari dan mudah dalam memainkannya, selain itu juga bisa dimainkan oleh lebih dari 2 remaja sekaligus sehingga interaksi antar pemain juga terjalin.

Terdapat beberapa penelitian yang menggunakan media monopoli sebagai media pembelajaran antara lain penelitian yang dilakukan oleh Faizaliawan, S dan Suparji (2013), yang berjudul Penerapan Media Pembelajaran *Edu-Game Monopoly* pada Standar Kompetensi Memahami Bahan Bangunan SMKN 1

Sidoarjo, dihasilkan bahwa media pembelajaran monopoli dapat meningkatkan hasil belajar siswa pada mata pelajaran memahami bahan bangunan. Penelitian lain yang berjudul Permainan Monopoli sebagai Media Pembelajaran Sel pada Siswa SMA Kelas XI IPA oleh Susanto A., Raharjo, Prastiwi, MS. (2012), hasilnya media pendidikan monopoli layak dan dapat diimplementasikan untuk kegiatan belajar mengajar.

## 1.2 Identifikasi masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Penelitian

Beberapa faktor berkaitan dengan perilaku seksual pranikah pada remaja, antara lain : 1) faktor personal: pengetahuan, sikap terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, pengendalian diri, aktifitas sosial, rasa percaya diri dan variabel demografi seperti, usia, agama; 2) karakteristik lingkungan, antara lain akses dan kontak dengan sumber informasi, sosial budaya, nilai dan norma sebagai pendukung sosial untuk perilaku tertentu, 3) karakteristik keluarga: status orang tua dan pendidikan orang tua; 4) karakteristik teman sebaya antara lain perilaku seksual teman sebaya (Suryoputro, 2006; Jackson, 2011).

Hal tersebut di atas sesuai dengan *Planned Behavior Theory* oleh Azjen 2005, yang menyebutkan perilaku dipengaruhi oleh *background factor* dari seseorang. Di dalam kategori ini Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media

Berdasarkan data didapatkan remaja laki-laki lebih percaya untuk menceritakan pengalaman tentang kesehatan reproduksi kepada teman sebanyak 52,8% pada wanita dan 48,25% pada laki-laki, Tujuh persen dari laki-laki, menyatakan bahwa mereka menyetujui yang hubungan seksual sebelum menikah dan dampaknya 8 % remaja laki-laki pernah melakukan hubungan seksual pra nikah dan pada remaja wanita sebanyak 1,0% (KKR SDKI, 2012). Data survey awal didapatkan siswa belum pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan sebagian besar pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi rendah (46%), remaja laki-laki maupun perempuan tidak setuju dengan hubungan seksual pranikah, dan 62% siswa menyatakan sedang berpacaran, 100% melakukan pegangan tangan saat berpacaran dan 23% pernah berpelukan dengan pacar.

Meskipun pada data pendahuluan siswa belum menunjukkan perilaku seks yang beresiko, diperlukan pengetahuan tentang berbagai faktor yang terkait untuk membentuk perilaku seks yang sehat. Metode penyampaian faktor yang bertujuan untuk membentuk perilaku seks yang sehat dipilih media permainan. Permainan ini berisi pesan penting yang akan diberikan kepada remaja tentang kesehatan reproduksi.

Penulis memodifikasi permainan monopoli sebagai media pembelajaran yang melibatkan teman sebaya untuk saling bertukar pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Permainan monopoli dipilih karena termasuk permainan yang relatif digemari dan mudah dalam memainkannya, selain itu juga bisa dimainkan oleh 3-7 remaja sekaligus sehingga interaksi antar pemain juga terjalin.

Penyampaian dengan metode permainan monopoli ini akan dibandingkan dengan metode ceramah. Metode ceramah dipilih sebagai pembanding karena metode ini merupakan metode yang sering dilakukan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan, mudah dilakukan dan merupakan metode yang bisa mengumpulkan orang banyak dalam satu waktu, dapat memberikan wawasan yang luas karena pendidik dapat menambah dan mengkaitkan dengan sumber dan materi lain dalam kehidupan sehari-hari

### **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah perbandingan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi pada remaja dengan pendekatan *Planned Behavior Theory*

### **1.4 Tujuan**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mempelajari perbandingan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi pada remaja dengan pendekatan *Planned Behavior Theory*.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis perbandingan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi
- 2) Menganalisis perbandingan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap sikap remaja tentang kesehatan reproduksi

### 1.5 Manfaat Penelitian

#### 1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan konsep keperawatan maternitas atau kesehatan reproduksi, terutama dalam mencegah perilaku beresiko pada remaja.

#### 1.5.2 Praktis

Metode pembelajaran yang menarik dan menyenangkan dapat diterapkan untuk meningkatkan minat belajar pada siswa

### 1.6 Riset Pendukung

Tabel di bawah ini berisi beberapa riset pendukung yang berhubungan dengan penelitian kesehatan reproduksi pada remaja.



Tabel 1.1 Riset Pendukung Penelitian Permainan Monopoli untuk Meningkatkan Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi

No	Judul	Tujuan Penelitian	Desain, Sampel dan teknik <i>sampling</i>	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
1.	<i>A Study Of The Effectiveness On Parental Sexuality Education</i> Lin, Yen-Chin et al <i>Education</i> Vol. 127 No. 1	Untuk mengetahui efektifitas pelatihan pendidikan seksualitas pada orang tua dalam grup dalam hal pengetahuan tentang seks. self-efficacy dalam pendidikan seks, efektifitas komunikasi dan perilaku komunikasi	Quasi experiment  Sampel 192 orang tua murid Intervensi grup: 92 orang Kontrol grup: 100 orang	1) Informasi dasar (data demografi) 2) Pengetahuan tentang sex 3) Sikap terhadap pendidikan seksualitas 4) Efektivitas komunikasi 5) <i>Self-efficacy</i> dalam pendidikan seksualitas  1) Evaluasi metode pengajaran	1. Kuesioner          2. Lembar proses evaluasi mengajar	1. Informasi latar belakang responden menggunakan frekuensi dan prosentasi 2. One-way ANOVA untuk menganalisis perbedaan skor pada pre test antara dua grup 3. Perbedaan skor pre test dan post test antara dua grup dites menggunakan <i>paired t-test</i> 4. <i>Multiple regression</i> dan <i>correlation coefficient</i> digunakan untuk menilai korelasi antara perilaku komunikasi pada kesadaran subjek terhadap pendidikan seksual, pengetahuan seks, sikap mengenai pendidikan seksual, keefektifan komunikasi, self-efficacy dalam pendidikan seksual 5. <i>Hierarchical multiple regression</i> digunakan untuk menilai	Pengetahuan orang tua, kesadaran terhadap pendidikan seksualitas, sikap terhadap pendidikan seksualitas, <i>Self-efficacy</i> dalam pendidikan seksualitas, Efektivitas komunikasi dan perilaku komunikasi di grup eksperimen pada program mempunyai skor yang secara signifikan lebih tinggi dari grup kontrol

						keefektifan program pada eksperimen grup dan keefektifan pada kontrol grup	
2.	<i>An educational intervention study on adolescent reproductive health among pre-university girls in Davangere district, South India: Manjula, Rangappa et al (2012) Annals of Tropical Medicine and Public Health; May-Jun 2012; Vol 5; Issue 3</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui kesadaran kesehatan reproduksi responden</li> <li>Mempelajari perubahan pengetahuan setelah dilakukan intervensi pendidikan</li> </ol>	<p><i>An educational intervention study</i></p> <p>Sampel 362 siswa sekolah negeri dan swasta</p> <p>Teknik sampling: <i>systematic random sampling technique</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pertumbuhan dan perkembangan selama masa remaja</li> <li>Kehamilan</li> <li>Penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pertanyaan open-ended dan close-ended</li> <li>Poster</li> <li>Bahan yang di prin</li> <li><i>Flip carts</i></li> <li><i>Overhead projectors (OHP)</i></li> <li><i>Black board</i></li> <li><i>Stepping stones— a manual for training on HIV/AIDS— communication and relationship skills, an Indian adoption developed by United States Agency for International Development (USAID), NACO, and Karnataka Health Promotion Trust (KHPT)</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perubahan pengetahuan setelah dilakukan intervensi pendidikan dianalisis menggunakan McNemar test</li> <li>Chi-square digunakan untuk data kualitatif dan Z score untuk proporsi</li> </ol>	<p>Untuk sebagian dari mereka, sumber informasi tentang aspek-aspek yang diteliti adalah televisi, diikuti oleh majalah. Sekitar 98% dari mereka lebih suka dokter untuk mendapatkan pendidikan seks. Ada perubahan yang signifikan secara keseluruhan dalam pengetahuan (<math>P &lt; 0,001</math>, HS) setelah intervensi pendidikan.</p>
3.	<i>Serious Game for Relationships and sex Education (RSE): Promoting Discourse on Pressure and Coercion in Adolescent</i>	<p>memanfaatkan kemampuan teknologi game untuk melibatkan target sasaran dan untuk menilai apakah intervensi</p>	<p>Cluster Randomised Controlled Trial (RCT)</p> <p>Sampel 505 siswa. grup kontrol: diberi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kepercayaan diri dalam pengetahuan</li> <li>Relevansi pribadi</li> <li>Keyakinan konsekuensi negative</li> <li>Sikap positif untuk berkata "tidak"</li> </ol>	<p>Kuesioner</p>	<p>ANOVA</p>	<p>Analisis data awal menunjukkan bahwa peserta didik terlibat dalam permainan dengan potensi kontribusi terhadap kesiapan psikologis untuk berurusan dengan pemaksaan seksual</p>

	<i>Relationships: Arnab, Sylvester et al;</i>	interaktif dapat memiliki dampak positif dalam meningkatkan kesadaran dari materi pelajaran dan mendukung wacana dalam kelas	<i>Relationships and Sex Education standart Grup intervensi: diberi Serious Game based-lesson</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kepercayaan diri untuk berkata "tidak"</li> <li>Kepercayaan diri untuk mengenali diri sebagai <i>coerced</i></li> <li>Kepercayaan diri untuk mengenali pemaksaan terhadap diri sendiri</li> <li>Kepercayaan diri berkomunikasi (<i>coerce</i>)</li> </ol>			
4.	<i>Sexual and Reproductive Health Knowledge, Behaviour and Education Needs of In-School Adolescents in Northern Nigeria Adeokun LA et al (2009) African Journal of Reproductive Health Vol 13 No 4 December 2009</i>	Untuk mengeksplorasi kebutuhan akan pengetahuan kesehatan reproduksi, perilaku seksual dan pendidikan seksualitas remaja di sekolah Nigeria Utara	<i>exploratory and crosssectional</i>  Sampel 989 siswa dipilih secara random	<ol style="list-style-type: none"> <li>karakteristik sosio-demografi</li> <li>pengetahuan kesehatan reproduksi</li> <li>aktivitas seksual kebutuhan pendidikan seksualitas</li> </ol>	Kuesioner yang terdiri dari 83-item soal <i>open-ended</i> dan <i>closed-ended</i>	Data dianalisis menggunakan SPSS <i>version 10 Software</i>	Dari responden yang diwawancarai, 72% dari perempuan pernah mengalami menstruasi. Secara keseluruhan, 9% yang aktif secara seksual, 3,1% tahu kapan ovulasi terjadi, 47% tahu kehamilan dapat terjadi akibat hubungan seks pertama dan 56% tahu kontrasepsi. 84% berpendapat bahwa remaja harus diberikan pendidikan seksualitas tetapi hanya 48,3% telah menerima
5.	<i>A Mentoring Program for the Promotion of Sexual Health Among Korean Adolescents; Shin, YunHee et al; (2010); Journal of Pediatric Health Care Volume 24 Number 5</i>	mengembangkan program mentoring untuk promosi kesehatan seksual di kalangan remaja Korea dan untuk mengeksplorasi efek dari program	<i>An exploratory nonequivalent CG pre-testpost-test design</i>  Grup intervensi= 17 siswa masuk dalam <i>Health Discussion Class</i> Grup kontrol=16 siswa berada dalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>pengetahuan tentang seksualitas</li> <li>sikap terhadap seksualitas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>32 item soal yang dikembangkan oleh Jeong, Kim, and Yang (2003)</li> <li><i>Sexual Attitude Scale developed and psychometrically evaluated</i> by Jeong et al. (2003).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Uji <math>X^2</math> test atau Fisher's exact untuk membandingkan karakteristik umum</li> <li><i>Independent t test</i> untuk membandingkan skor pre test pengetahuan tentang seksualitas dan sikap terhadap seksualitas antara dua grup</li> </ol>	Pada 12 minggu pasca-intervensi, interaksi antara waktu dan kelompok secara statistik signifikan pada pengetahuan seksual dan sikap seksual dari 17 mentees remaja. Program mentoring menunjukkan potensi sebagai intervensi sesuai dengan tahapan perkembangan untuk

			kelompok aktifitas kelas lainnya Mentor terdiri dari 8 mahasiswa keperawatan			3. repeated measures analysis of variance untuk membandingkan pengetahuan dan sikap antara dua grup setelah intervensi	promosi kesehatan seksual remaja dan memungkinkan mahasiswa keperawatan untuk mendapatkan kepercayaan diri dalam kemampuan profesionalnya
6.	<i>The effect of peer group education in reproductive health among university students (in Iran);</i> Peikari, N et al; 2004; <i>European Journal of Contraception &amp; Reproductive Health Care</i> ; Jun 2004; 9	Mengevaluasi efektifitas dari <i>peer group education</i> dalam meningkatkan status kesehatan reproduksi pada remaja	Riset operasional  Sampel 1117 mahasiswa  Quota sampling	Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi	Kuesioner Seminar <i>Newsletter</i> Konseling FGD	Tidak disebutkan	Remaja menerima dengan baik seseorang dengan umur, latar belakang dan minat yang sama. Kesamaan budaya dengan peer promoters membuat bahasa dan pesan yang digunakan relevan dan sesuai. Program ini mempunyai efek positif dalam menurunkan perilaku berisiko.
7.	<i>Frequency and perceived credibility of reported sources of reproductive health information among primary school adolescents in Arusha, Tanzania;</i> M C Masatu et al.; 2003; <i>Scand J Public Health</i> 2003; 31: 216-223	Untuk menggambarkan sumber informasi kesehatan reproduksi remaja dan kredibilitas dari sumber-sumber tersebut	Desain Tidak disebutkan  Sampel 1618 siswa kelas 7 dari 11 sekolah  Dipilih secara random dari 17 sekolah	1. data demografi 2. penggunaan pelayanan kesehatan 3. perilaku seksual 4. penggunaan alcohol 5. Sumber informasi tentang kesehatan reproduksi	Kuesioner	1. Chi-square and t-test 2. <i>Analysis of covariance</i> digunakan untuk membandingkan respon partisipan frekuensi sumber informasi dan data demografi dan variabel perilaku seksual	Media massa menempati peringkat pertama sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi, diikuti oleh guru dan petugas kesehatan. Petugas kesehatan peringkat pertama dalam kredibilitas diikuti oleh orang tua, sementara rating kredibilitas untuk media rendah. Para pemimpin agama dan teman-teman responden memainkan peran yang agak kecil sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi, dan peringkat kredibilitas mereka juga rendah
8	<i>HIV prevention through extended education</i>	mengembangkan program pencegahan HIV	Sampel 490 siswa Grup kontrol= 298 siswa diberikan	1. Frekuensi komunikasi dengan orang tua dan guru	Kuesioner SGD	1. <i>Student's t-test</i> untuk membedakan awal penelitian dan 3 bulan	Remaja dalam kelompok intervensi menunjukkan perubahan yang lebih positif

<p><i>encompassing students, parents, and teachers in Japan</i>; Nagamatsu, Miyuki; Sato, Takeshi ; Nakagawa, Aki; Saito, Hisako; <i>Environ Health Prev Med</i> (2011) 16:350--362 2010</p>	<p>jangka panjang untuk siswa, orang tua, dan guru sekolah, dan kemudian dievaluasi keefektifannya</p>	<p>pendidikan oleh ginekolog atau bidan, konseling hanya diberikan atas permintaan</p> <p>Grup intervensi=192 siswa menerima 3 komponen intervensi yaitu pendidikan oleh orang tua, pendidikan oleh guru, dan konseling individu oleh profesi kesehatan</p>	<p>2. Pengetahuan tentang HIV / AIDS 3. Harga diri 4. Sikap untuk menolak hubungan seksual 5. Perilaku berisiko tinggi (konsumsi alkohol, merokok, dan hubungan seksual)</p>	<p>setelah intervensi pada grup intervensi dan kontrol tentang frekuensi komunikasi AIDS, pengetahuan HIV/AIDS, dan harga diri</p> <p>2. <math>\chi^2</math> test untuk menganalisa sikap terhadap hubungan seksual dan konsumsi alcohol, merokok, dan aktifitas seksual</p> <p>3. ANOVA digunakan untuk mengetahui apakah ada interaksi yang signifikan</p>	<p>dibandingkan dengan kelompok kontrol</p>	
<p>9. <i>Preliminary Evidence of an Adolescent HIV/AIDS Peer Education Program</i>: Mahat. Ganga; Scoloveno, Mary Ann; Leon, Tara Dc; &amp; Frenkel, Jessica; <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, Vol 23, No 5 (October), 2008</p>	<p>untuk menentukan sejauh mana program pendidikan sebaya efektif dalam mengubah pengetahuan remaja tentang HIV/AIDS, niat perilaku berisiko, dan kepercayaan diri untuk melakukan seks yang aman</p>	<p>quasi-experimental</p> <p>Sampel 97 siswa kelas 9</p> <p>Grup kontrol=39 siswa diberikan pendidikan HIV/AIDS yang biasa diberikan disekolah</p> <p>Grup intervensi=58 siswa diberikan peer education program</p>	<p>1. Data demografi 2. Pengetahuan tentang HIV 3. Perilaku berisiko 4. Kepercayaan diri untuk melakukan seks yang aman</p>	<p>1. Kuesioner tentang data demografi 2. Kuesioner tentang pengetahuan HIV/AIDS yang diadaptasi dari <i>the youth risk behavior surveillance system (YRBSS) developed by the Department of Health and Human Services, CDC (2002)</i> 3. <i>The behavioral intention questions</i> 4. Kuesioner tentang kepercayaan diri untuk melakukan</p>	<p>1. Demografi remaja, pengetahuan tentang HIV/AIDS, dan perilaku resiko HIV dianalisis secara deskriptif</p> <p>2. Skor pretest pengetahuan HIV/AIDS dikontrol dengan menggunakan analisis covariance</p> <p>3. T test digunakan untuk membandingkan skor pengetahuan HIV/AIDS dan perilaku berisiko berdasarkan jenis kelamin</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan dalam pengetahuan HIV antara kelompok pendidikan sebaya dan kelompok dididik secara tradisional, dengan kelompok sebaya menunjukkan pengetahuan yang lebih besar. Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam kepercayaan diri untuk melakukan seks yang aman antara kedua kelompok, tetapi para siswa dalam kelompok intervensi lebih mungkin untuk melakukan seks aman daripada siswa dalam kelompok dididik secara tradisional</p>

<i>safe sex</i>							
10	Permainan Monopoli Sebagai Media Pembelajaran Sub Materi Sel Pada Siswa Sma Kelas Xi Ipu Susanto A, Raharjo, Prastiwi MS. (2012) Bio Edu (online), Vol.1, No.1 Agustus 2012	mengembangkan media permainan monopoli, dan mendeskripsikan kelayakan media permainan monopoli sebagai media pembelajaran biologi SMA kelas XI IPA semester I pada materi Sel	penelitian pengembangan  sasaran penelitian adalah media pembelajaran Sel yang dikemas dalam bentuk permaian monopoli biologi	kualitas media, visual, fungsi/kualitas media, penyajian konsep	lembar penilaian kelayakan media	Kelayakan media dinyatakan dalam persentase	media permainan monopoli layak dan dapat diimplementasikan untuk kegiatan belajar mengajar pada materi struktur dan fungsi sel.
11	Penerapan Media Pembelajaran <i>Edu-Game Monopoly</i> Pada Standar Kompetensi Memahami Bahan Bangunan Smkn 1 Sidoarjo. Faizaliawan, S dan Suparji. (2013) <i>Jurnal Kajian Pendidikan Teknik Bangunan</i> . Vol 2, No 02/JKPTB/8. (2013)	mengetahui kelayakan media pembelajaran <i>edu-game monopoly</i> , hasil belajar siswa serta respon siswa terhadap media	<i>One Group Pretest-Posttest Design</i>  Sampel siswa kelas X TGB1 SMKN 1 Sidoarjo pada mata pelajaran memahami bahan bangunan periode tahun ajaran 2012/2013 berjumlah 36 siswa	1. Kelayakan media 2. Hasil belajar siswa	angket respon siswa dan lembar evaluasi siswa	Kelayakan media dinyatakan dalam persentase Hasil belajar siswa menggunakan rumus Uji t dua pihak	Nilai kelayakan media <i>edu-game monopoly</i> dan perangkat pembelajarannya adalah 80,25% termasuk kategori layak digunakan Hasil angket respon siswa terhadap media pembelajaran <i>edu-game monopoly</i> sebesar 74,9% termasuk kategori baik.

Penelitian dalam tabel diatas menggunakan beberapa metode dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan melibatkan orang tua, sekolah, teman sebaya dan professional dalam bidang kesehatan yaitu metode ceramah, konseling, FGD, SGD dan seminar. Media yang digunakan antara lain modul, *flip card*, *newsletter*, OHP, lembar balik dan permainan dalam komputer.

Penelitian yang dilakukan oleh Peikari, N et al tahun 2004, yang berjudul *The Effect of Peer Group Education In Reproductive Health Among University Students (in Iran)*, bertujuan untuk mengevaluasi *peer group education* untuk meningkatkan kesehatan reproduksi pada remaja. Hasil dari studi ini adalah program ini mempunyai efek positif dalam menurunkan perilaku beresiko. Penelitian lain dilakukan oleh Shin, YunHee et al (2010) yang berjudul *A Mentoring Program for the Among Korean Adolescents*, yang bertujuan untuk mengembangkan program mentoring untuk meningkatkan kesehatan seksual pada remaja korea dan untuk mengeksplorasi efek dari program. Hasilnya program mentoring menunjukkan potensi sebagai intervensi sesuai dengan tahapan perkembangan untuk promosi kesehatan seksual remaja.

Dari beberapa metode yang telah diteliti, penulis menggunakan metode teman sebaya untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, karena sesuai dengan perkembangan remaja yang lebih dekat dengan teman sebaya daripada dengan orang tua atau guru. Sedangkan media yang digunakan adalah permainan monopoli, karena permainan ini melibatkan teman sebaya, permainan monopoli bisa digunakan sebagai media pembelajaran untuk meningkatkan hasil belajar siswa, dan dalam beberapa penelitian di atas, belum ada yang menggunakan media monopoli sebagai media pembelajaran kesehatan reproduksi pada remaja.



BAB 2  
TINJAUAN PUSTAKA

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Remaja**

##### **2.1.1 Pengertian remaja**

Masa remaja adalah transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang mengandung perubahan besar fisik, kognitif, dan psikososial. Masa remaja dimulai pada usia 11 atau 12 tahun sampai masa remaja akhir atau awal usia dua puluhan (Papalia et al, 2011).

Menurut Soetjiningsih (2004), masa remaja merupakan masa peralihan antara masa anak-anak yang dimulai saat terjadinya kematangan seksual yaitu antara usia 11 atau 12 tahun sampai dengan 20 tahun, yaitu masa menjelang dewasa muda. WHO mendefinisikan remaja adalah orang muda yang berusia antara 10 – 19 tahun.

##### **2.1.2 Perkembangan remaja**

###### **1) Tugas perkembangan remaja**

Tugas perkembangan adalah ketrampilan fisik dan kognitif yang harus seseorang selesaikan selama unur tertentu untuk melanjutkan perkembangan (Reeder at al, 1997). Tugas-tugas perkembangan masa remaja menurut Hurlock (1991) adalah sebagai berikut:

- (1) Mampu menerima keadaan fisiknya
- (2) Mampu menerima dan memahami peran seks usia dewasa.
- (3) Mampu membina hubungan baik dengan anggota kelompok yang berlainan jenis.
- (4) Mencapai kemandirian emosional.

- (5) Mencapai kemandirian ekonomi.
- (6) Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat
- (7) Memahami dan menginternalisasikan nilai-nilai orang dewasa dan orang tua.
- (8) Mengembangkan perilaku tanggung jawab sosial yang diperlukan untuk memasuki dunia dewasa.
- (9) Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan.
- (10) Memahami dan mempersiapkan berbagai tanggung jawab kehidupan keluarga.

Karakteristik tiap tahap remaja (Reeder at al, 1997):

- (1) Remaja awal (awal menjadi remaja – 15 tahun)
  - a. Pertumbuhan dan perkembangan fisik yang cepat
  - b. Mulai menuntut kebebasan, dengan menjauh dari orang tua
  - c. Meningkatnya perhatian pada hubungan teman sebaya
  - d. Berpikir konkret dengan beberapa upaya terhadap pemecahan masalah abstrak
  - e. Egosentris
  - f. Berorientasi saat ini
- (2) Remaja tengah (16-17 tahun)
  - a. Perkembangan kemampuan berpikir formal abstrak
  - b. Introspeksi
  - c. Meningkatnya orientasi masa depan
  - d. Perhatian pada eksplorasi seksual
  - e. Pemisahan lebih formal dari orang tua

f. Menguji batas dan kesukaan pada aktifitas sebaya

(3) Remaja akhir (18-20 tahun)

- a. pembentukan citra tubuh yang nyaman dan identitas gender
- b. memelihara hubungan yang stabil
- c. perilaku berorientasi pada orang lain dan diri sendiri
- d. ketrampilan pemecahan masalah yang realistis
- e. perhatian pada keintiman emosional dan perencanaan karir

2) Perkembangan psikoseksual

Menurut teori Freud Perkembangan psikoseksual remaja berada pada tahap genital (usia 12 tahun keatas). Tahap ini dimulai pada saat pubertas dengan maturasi sistem reproduksi dan produksi hormon seks. Organ genital menjadi sumber utama ketegangan dan ketenangan seksual, tetapi energi juga digunakan untuk membentuk persahabatan dan persiapan pernikahan (Wong, dkk, 2009)

3) Perkembangan fisik

Perkembangan fisik remaja dibagi menjadi 2 yaitu (Papalia et al, 2011):

- a. Tanda seks primer adalah organ yang dibutuhkan untuk reproduksi. Pada perempuan, organ reproduksi adalah indung telur (*ovaries*), tuba falopi, uterus, dan vagina; pada laki-laki, testis, penis, skrotum, gelembung sperma (*seminal vesicle*), dan kelenjar prostat. Sepanjang masa pubertas, semua organ ini membesar dan mencapai kematangan.
- b. Tanda seks sekunder adalah sinyal fisiologis kematangan seksual yang tidak berkaitan langsung dengan organ seks. Karakteristik perempuan tumbuh payudara, tumbuh rambut pubik, pertumbuhan tubuh, menarche, rambut ketiak, peningkatan minyak atau produksi kelenjar keringat (menyebabkan

jerawat); pada laki-laki, tumbuh testis, kantung scrotal, tumbuh rambut pubik, pertumbuhan badan, pertumbuhan penis, kelenjar prostat dan seminal vesicle, perubahan suara, ejakulasi semen pertama, rambut wajah dan ketiak, peningkatan minyak atau produksi kelenjar keringat (menyebabkan jerawat)

#### 4) Perkembangan kognitif

Tugas-tugas perkembangan fase remaja ini amat berkaitan dengan perkembangan kognitifnya, yaitu fase operasional formal. Menurut Piaget, remaja memasuki level tertinggi perkembangan kognitif (operasional-formal), ketika mereka mengembangkan kemampuan berpikir abstrak. Pada tahap ini remaja bisa mengolah informasi dengan cara baru yang lebih fleksibel, memahami waktu historis dan ruang luar angkasa, dapat menggunakan simbol, memahami lebih baik metafora dan alegori sehingga bisa memahami makna dalam literatur, dapat berpikir pada kerangka apa yang mungkin terjadi, dapat membayangkan kemungkinan dan dapat menyusun dan menguji hipotesis, model berpikir ilmiah dengan tipe *hypothetico-deductive*, dapat mengintegrasikan apa yang telah mereka pelajari dengan tantangan masa depan dan membuat rencana untuk masa depan, mempunyai penalaran (Papalia et al, 2011).

#### 5) Perkembangan bahasa

Sejalan dengan perkembangan pemikiran formal, remaja dapat menentukan dan dan membahas abstraksi seperti cinta, keadilan dan kebebasan. Mereka sering menggunakan istilah walaupun, sebaliknya, bagaimanapun juga, oleh karena itu, sungguh, mungkin untuk menunjukkan relasi logis antara klausa dan kalimat (Papalia et al, 2011).

Dengan kesadaran akan audien mereka, remaja berbicara dengan cara yang berbeda dengan orang dewasa dan kepada teman sebaya. Bahasa gaul para remaja merupakan proses perkembangan identitas *independen* yang terpisah dari orang tua dan dunia orang dewasa.

#### 6) Perkembangan moral

Perkembangan moral dalam teori Kohlberg terdiri dari tiga tingkat penalaran moral, dan setiap level terbagi menjadi 2 tahap (Papalia et al, 2011):

##### (1) Tingkat Satu: Penalaran Prakonvensional (usia 4-10 tahun)

Penalaran prakonvensional adalah tingkat yang paling rendah dalam teori perkembangan moral Kohlberg. Pada tingkat ini, anak tidak memperlihatkan internalisasi nilai-nilai moral, penalaran moral dikendalikan oleh imbalan (hadiah) dan hukuman eksternal.

Tahap 1 : Orientasi hukuman dan ketaatan ialah tahap pertama dalam teori perkembangan moral Kohlberg. Pada tahap ini perkembangan moral didasarkan atas hukuman. Anak-anak taat karena orang-orang dewasa menuntut mereka untuk taat.

Tahap 2: Individualisme dan tujuan adalah tahap kedua dari teori ini. Pada tahap ini penalaran moral didasarkan pada imbalan dan kepentingan diri sendiri. Anak-anak taat bila mereka ingin taat dan bila yang paling baik untuk kepentingan terbaik adalah taat. Apa yang benar adalah apa yang dirasakan baik dan apa yang dianggap menghasilkan hadiah.

##### (2) Tingkat Dua: Penalaran Konvensional (usia 10-13 tahun)

Penalaran konvensional adalah tingkat kedua atau tingkat menengah dari teori perkembangan moral Kohlberg. Internalisasi individu pada tahap ini adalah

menengah. Seorang mentaati standar-standar (internal) tertentu, tetapi mereka tidak mentaati standar-standar (internal) orang lain, seperti orangtua atau masyarakat.

Tahap 3: Norma-norma interpersonal, pada tahap ini seseorang menghargai kebenaran, kepedulian, dan kesetiaan pada orang lain sebagai landasan pertimbangan-pertimbangan moral. Anak-anak sering mengadopsi standar-standar moral orangtuanya pada tahap ini, sambil mengharapkan dihargai oleh orangtuanya sebagai seorang perempuan yang baik atau laki-laki yang baik.

Tahap 4: Moralitas sistem sosial. Pada tahap ini, pertimbangan moral didasarkan atas pemahaman aturan sosial, hukum-hukum, keadilan, dan kewajiban.

- (3) Tingkat Tiga: Penalaran Pascakonvensional (awal masa remaja, atau baru muncul pada masa dewasa)

Penalaran pascakonvensional adalah tingkat tertinggi dari teori perkembangan moral Kohlberg. Pada tingkat ini, moralitas benar-benar diinternalisasikan dan tidak didasarkan pada standar-standar orang lain. Seseorang mengenal tindakan moral alternatif, menjajaki pilihan-pilihan, dan kemudian memutuskan berdasarkan suatu kode moral pribadi.

Tahap 5: Hak-hak masyarakat versus hak-hak individual, pada tahap ini seseorang mengalami bahwa nilai-nilai dan aturan-aturan adalah bersifat relatif dan bahwa standar dapat berbeda dari satu orang ke orang lain. Seseorang menyadari hukum penting bagi masyarakat, tetapi nilai-nilai seperti kebebasan lebih penting daripada hukum.

Tahap 6: Prinsip-prinsip etis universal, pada tahap ini seseorang telah mengembangkan suatu standar moral yang didasarkan pada hak-hak manusia yang universal. Bila menghadapi konflik secara hukum dan suara hati, seseorang akan mengikuti suara hati, walaupun keputusan itu mungkin melibatkan resiko pribadi.

Beberapa remaja, bahkan orang dewasa, masih berada pada tingkat I Kohlberg. Seperti anak kecil, mereka berusaha menghindari hukuman atau memuaskan diri mereka sendiri. Sebagian besar remaja dan orang dewasa berada pada tingkat III.

#### 7) Perkembangan psikososial

Remaja memasuki tahap 4 *Industry vs inferiority* (teknik vs rasa rendah diri) pada tahap perkembangan psikososial menurut Erikson, dengan ciri-ciri:

- a. Terjadi pada usia 6 tahun s/d pubertas.
- b. Melalui interaksi sosial, anak mulai mengembangkan perasaan bangga terhadap keberhasilan dan kemampuan mereka.
- c. Anak yang didukung dan diarahkan oleh orang tua dan pendidik membangun perasaan kompeten dan percaya dengan ketrampilan yang dimilikinya.
- d. Anak yang menerima sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua, pendidik, atau teman sebaya akan merasa ragu akan kemampuannya untuk berhasil.
- e. Prakarsa yang dicapai sebelumnya memotivasi mereka untuk terlibat dengan pengalaman-pengalaman baru.



- f. Ketika beralih ke masa pertengahan dan akhir kanak-kanak, mereka mengահkan energi mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual.
- g. Permasalahan yang dapat timbul pada tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, perasaan tidak berkompeten dan tidak produktif.
- h. Erikson yakin bahwa pendidik memiliki tanggung jawab khusus bagi perkembangan ketekunan anak-anak.

## 2.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan melalui panca indera manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan manusia sebagian besar diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan salah satu domain dari perilaku selain sikap dan tindakan atau praktik. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2007):

### 1) Tahu (*know*)

Tahu adalah mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam tingkatan ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu, adalah tingkat pengetahuan tingkat rendah

## 2) Paham (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan cara benar tentang objek yang diketahui yang dapat diimplementasikan materi tersebut secara benar. Orang yang paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang telah dipelajari.

## 3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau pada kondisi yang sebenarnya. Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks situasi yang lain.

## 4) Analisis (*analysis*)

Analisis atau kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama yang lain.

## 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu komponen untuk menetapkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

## 6) Evaluasi (*evaluation*)

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek yang didasarkan pada pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

Pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif yang mendasari terjadinya penerimaan perilaku baku, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng atau berlangsung lama.

Menurut Notoadmojo (2003) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah :

1) Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan penyelidikan epidemiologinya. Angka – angka kesakitan maupun kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Persoalan yang dihadapi adalah apakah umur di laporkan tetap, apakah panjangnya interval didalam pengelompokkan cukup atau tidak.

b) Pendidikan

Mendidik atau pendidik adalah dua hal yang saling berhubungan. Dari segi bahasa mendidik adalah kata kerja, pendidik kata benda. Kalau kita mendidik berarti kita melakukan suatu kegiatan atau tindakan, kegiatan mendidik menunjukkan adanya yang mendidik disuatu pihak yang dididik adalah suatu kegiatan yang mengandung antara dua manusia atau lebih.

c) Pengalaman

Pengetahuan dapat terbentuk dari pengalaman dan ingatan yang didapat sebelumnya.

Pada masa remaja pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sangat penting karena pada masa remaja seseorang mengalami perubahan struktur tubuh dari anak-anak menjadi dewasa yang biasa disebut sebagai masa puber. Pada masa

puber terjadi perkembangan mengarah pada kematangan seksual, atau fertilitas-kemampuan untuk bereproduksi (Papalia et al, 2011)

### 2.3 Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2010). Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan atau aktivitas.

Menurut Allport (1954), sikap terdiri dari 3 komponen (Notoatmodjo, 2010):

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan.

- 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau memperhatikan stimulus yang di berikan (objek) .

- 2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila di tanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu Indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha

untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang di berikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat 3.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

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

## **2.4 Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)**

### **2.4.1 Pengertian KRR**

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran, dan sistem reproduksi (Effendi, F. & Makhfudli, 2009).

Kesehatan Reproduksi Remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi, dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja (Effendi, F. & Makhfudli, 2009).

## 2.4.2 Ruang lingkup KRR

### 1) Tumbuh kembang remaja

Pada bagian ini akan diuraikan berbagai hal yang menyangkut seksualitas, pubertas, menstruasi, mimpi basah, orientasi seksual dan kelainan perilaku seksual.

#### a. Seksualitas

Seksualitas adalah segala sesuatu yang menyangkut dan sikap berkaitan dengan perilaku seksual maupun orientasi seksual (BKKBN, 2008)

Kata seksualitas berasal dari kata dasar seks, yang memiliki beberapa arti, yaitu (BKKBN, 2008)

- a) Jenis kelamin: keadaan biologis manusia yang membedakan laki dan perempuan. Istilah jenis kelamin berbeda dengan jender. Jender adalah pembedaan jenis kelamin berdasarkan peran yang dibentuk oleh masyarakat/budaya tertentu (misalnya perempuan lembut, laki-laki kasar).
- b) Reproduksi seksual: membuat bayi. Bagian-bagian tubuh tertentu laki-laki maupun perempuan bisa menghasilkan bayi dengan kondisi-kondisi tertentu. Bagian tubuh itu disebut alat atau organ reproduksi. Organ reproduksi laki-laki dan perempuan berbeda karena punya fungsi yang berbeda.
- c) Organ reproduksi: organ reproduksi laki-laki dan perempuan terdiri atas organ bagian luar dan bagian dalam. Organ reproduksi perempuan antara lain vagina dan rahim; sedangkan organ laki-laki antara lain penis dan testis.
- d) Rangsangan atau gairah seksual: rangsangan seksual dapat disebabkan perasaan tertarik sekali (seperti magnet) pada seseorang sehingga terasa ada getaran “aneh” yang muncul dalam tubuh.

- e) Hubungan seks: hubungan seks (HUS) terjadi bila dua individu saling merasa terangsang satu sama lain (dapat terjadi pada lain jenis maupun pada sejenis) sampai organ seks satu sama lain bertemu dan terjadi penetrasi.
- f) Orientasi seksual (*sexual orientation*) adalah kecenderungan seseorang mencari pasangan seksualnya berdasarkan jenis kelamin. Ada tiga orientasi seksual:
  - (a) Heteroseksual (tertarik pada jenis kelamin yang berbeda).
  - (b) Homoseksual (tertarik pada jenis kelamin yang sama: gay pada laki-laki, lesbian pada perempuan).
  - (c) Biseksual (tertarik pada dua jenis kelamin: laki-laki dan perempuan).
- g) Kelainan perilaku seksual (*sexual disorders*) adalah kecenderungan seseorang untuk memperoleh kepuasan seksual melalui tingkah laku tertentu. Misalnya:
  - (a) *Voyourisme/skopofilia*: memperoleh kepuasan dengan secara diam-diam mengintip atau melihat seseorang yang berlainan jenis atau sejenis tergantung orientasi seksual berbeda yang sedang telanjang, menanggalkan pakaian atau melakukan kegiatan seksual.
  - (b) *Fetihisme*: ketergantungan pada suatu bagian tubuh atau benda mati untuk mendapatkan rangsangan seksual dan ejakulasi..
  - (c) *Sadisme* : memperoleh kepuasan seksual dengan melukai/menyiksa pasangannya
  - (d) *Machosisme*: memperoleh kepuasan seksual dengan melukai diri sendiri

## b. Pubertas

Masa puber adalah masa dimana seseorang mengalami perubahan struktur tubuh dari anak-anak menjadi dewasa (BKKBN, 2008)

Pubertas adalah proses yang mengarah pada kematangan seksual, atau fertilitas-kemampuan untuk bereproduksi (Papalia et al, 2011)

Masa pubertas dimulai pada usia Awal masa puber berkisar antara 13-14 tahun pada laki-laki, dan 11-12 tahun pada perempuan (lebih cepat daripada laki-laki). Pubertas berakhir sekitar umur 17-18 tahun. Batasan umur ini tidak mutlak karena kondisi tubuh masing-masing orang berbeda-beda. Ada laki-laki atau perempuan yang mengalami masa puber lebih cepat, ada yang terlambat. Beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain adalah gizi, lingkungan keluarga, dan lain-lain. Karena perubahan yang terjadi banyak dan cepat, perasaan dan emosi remaja akan terpengaruh.

Pubertas ditandai dengan peningkatan pada produksi hormon seks. Diawali antara umur 5 sampai 9 tahun, kelenjar adrenal mulai mengeluarkan androgen dalam jumlah besar, yang berperan dalam pertumbuhan pubic, bulu ketiak, dan bulu wajah. Beberapa tahun kemudian, ovarium, pada anak perempuan meningkatkan produksi hormon esterogen, yang merangsang pertumbuhan alat kelamin perempuan dan perkembangan payudara. Hormon esterogen ini membuat seorang anak perempuan memiliki sifat keperempuanan pada saat remaja. Pada anak perempuan juga diproduksi hormon progesteron efeknya yang utama adalah melemaskan otot-otot halus, meningkatkan produksi zat lemak di kulit, mempertebal dinding di dalam rahim dan merangsang kelenjar-kelenjar agar mengeluarkan cairan pemupuk bagi sel telur yang dibuahi. Pada anak laki-laki



testis meningkatkan pembuatan androgen, khususnya testosterone, yang merangsang pertumbuhan alat kelamin laki-laki, massa otot, dan tumbuh rambut. Baik laki-laki maupun perempuan mempunyai kedua jenis hormon tersebut dalam tubuh mereka, hanya saja anak perempuan mempunyai level estrogen yang lebih tinggi dan anak laki-laki memiliki androgen yang lebih dominan.

Karena di masa puber hormon-hormon seksual berkembang dengan pesat, remaja sangat mudah terangsang secara seksual. Pada laki-laki, reaksi dorongan seks adalah mengerasnya penis (ereksi). Karena belum stabilnya hormon di dalam tubuh, ereksi bisa muncul tanpa adanya rangsangan seksual. Kondisi yang sering kali muncul secara tak terduga ini bisa membuat remaja laki-laki salah tingkah (kebingungan menyembunyikan tonjolan di celana gara-gara ereksi).

Pada masa puber ini juga terjadi pertumbuhan cepat pada masa remaja. Pertumbuhan cepat terlihat pada peningkatan pesat pada tinggi dan berat badan, yang dimulai antara usia 9 ½ sampai 14 ½ tahun (rata-rata 10 tahun) pada anak perempuan dan antara 10 ½ sampai 16 tahun (rata-rata pada usia 12 atau 13 tahun) pada anak laki-laki. Pertumbuhan cepat biasanya terjadi selama dua tahun; dan segera setelah masa itu berakhir anak akan mencapai kematangan seksual. Anak laki-laki dan perempuan mencapai tinggi maksimum pada usia 18 tahun.

Tabel 2.1 Urutan Perubahan Fisiologis pada Masa Remaja

Karakteristik Perempuan	Usia kemunculan pertama (tahun)
Tumbuh payudara	6-13
Tumbuh rambut pubik	6-14
Pertumbuhan tubuh	9,5-14,5
Menarche	10-16,5
Rambut ketiak	Sekitar 2 tahun setelah kemunculan rambut pubik
Peningkatan produksi minyak atau kelenjar keringat (yang dapat menyebabkan jerawat)	Sama waktunya ketika muncul rambut ketiak

Karakteristik Laki-laki	Usia kemunculan pertama (tahun)
Tumbuh testis, kantong scrotal	10-13,5
Tumbuh rambut pubik	12-16
Pertumbuhan badan	10,5-16
Pertumbuhan penis, kelenjar prostat, dan seminal vesicle	11-14,5
Perubahan suara	Sama waktunya dengan pertumbuhan penis
Ejakulasi semen (mani) pertama	Sekitar setahun setelah pertumbuhan penis
Rambut wajah dan ketiak	Sekitar 2 tahun setelah kemunculan rambut pubik
Peningkatan produksi minyak atau kelenjar keringat (yang dapat menyebabkan jerawat)	Sama waktunya ketika muncul rambut ketiak

Sumber: Papalia et al. (2011). *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Ed. 9. Kencana, Jakarta

Perubahan fisik juga terjadi pada masa ini, yang biasa disebut sebagai karakteristik seks primer dan sekunder. Karakteristik seks primer adalah organ-organ yang dibutuhkan untuk reproduksi. Pada perempuan, organ reproduksi adalah indung telur (*ovaries*), tuba falopi, uterus, dan vagina; pada laki-laki, testis, penis, skrotum, gelembung sperma (*seminal vesicle*), dan kelenjar prostat. Sepanjang masa pubertas, semua organ ini membesar dan mencapai kematangan. Karakteristik sekunder adalah tanda fisiologis kematangan seksual yang tidak berkaitan langsung dengan organ reproduksi seperti tercantum dalam tabel 2.1.

Ciri-ciri tingkah laku remaja yang sedang puber (BKKBN, 2008):

- a. Mulai meninggalkan ketergantungan kepada keluarga dan ketenangan masa kecil.
- b. Butuh diterima oleh kelompoknya.
- c. Mulai banyak menghabiskan waktunya dengan teman-teman sebaya.
- d. Mulai mempelajari sikap serta pandangan yang berbeda antara keluarganya dengan dunia luar (tentang moral, seksualitas, dll).

- e. Mulai menghadapi konflik dan harus memutuskan apa saja norma yang harus diambil dari luar, serta berapa banyak ajaran orang tuanya yang harus dia tolak.
- f. Mulai muncul kebutuhan akan privasi.
- g. Mulai muncul kebutuhan keintiman dan ekspresi erotik.
- h. Mulai memperhatikan penampilan
- i. Tertarik pada lawan jenis.
- j. Ingin menjalin hubungan yang lebih dekat pada lawan jenisnya.

#### c. Menstruasi

Menstruasi adalah proses peluruhan lapisan dalam/endometrium yang banyak mengandung pembuluh darah dari uterus melalui vagina. Menstruasi pertama disebut menarche, terjadi pada fase akhir urutan perkembangan perempuan dan mengindikasikan bahwa telah terjadi ovulasi. Menarche terjadi pada usia 9 sampai 16 tahun. Menstruasi berhenti sesaat pada waktu hamil dan berakhir pada masa menopause ketika seorang perempuan berumur sekitar 40-50 tahun. Di Indonesia, menopause terjadi rata-rata di atas usia 50 tahun.

Menstruasi biasanya terjadi setelah buah dada mulai membesar, rambut tumbuh di seputar alat vital dan di ketiak, dan vagina mengeluarkan cairan keputih-putihan. Rata-rata masa menstruasi berlangsung empat sampai lima hari. Namun ada juga yang mengalami haid hanya tiga hari, ada juga yang sampai satu minggu.

Ovarium bayi perempuan yang baru lahir mengandung ratusan ribu sel telur, tetapi belum berfungsi. Ketika pubertas, ovariumnya mulai berfungsi dan

terjadi proses yang disebut siklus menstruasi (jarak antara hari pertama menstruasi bulan ini dengan hari pertama menstruasi bulan berikutnya). Dalam satu siklus dinding rahim menebal sebagai persiapan jika terjadi kehamilan (akibat produksi hormon-hormon oleh ovarium). Sel telur yang matang akan berpotensi untuk dibuahi oleh sperma hanya dalam 24 jam. Bila ternyata tidak terjadi pembuahan maka sel telur akan mati dan terjadilah perubahan pada komposisi kadar hormon yang akhirnya membuat dinding rahim tadi akan luruh disertai perdarahan, inilah yang disebut menstruasi (BKKBN, 2008). Menstruasi terjadi sekitar 14 hari setelah ovulasi. Ovulasi adalah pelepasan sel telur dari ovarium ke dalam tuba falopi. Biasanya hal ini disebut masa subur bagi perempuan. Ovulasi berhenti selama masa kehamilan.

Pada kebanyakan perempuan, siklus menstruasi berkisar antara 28 sampai 29 hari. Namun demikian, siklus yang berlangsung dari 20 sampai 35 hari masih dianggap normal. Siklus menjadi teratur setelah tahun pertama dan seterusnya. Siklus menstruasi pada setiap orang tidak sama. Siklus menstruasi yang normal sekitar 24-31 hari tetapi ada juga yang kurang atau lebih dari siklus menstruasi yang normal. Siklus ini tidak selalu sama setiap bulannya. Perbedaan siklus ini ditentukan oleh beberapa faktor, misalnya gizi, stres dan usia. Pada masa remaja biasanya memang mempunyai siklus yang belum teratur, bisa maju atau mundur atau beberapa hari. Pada masa remaja, hormon-hormon seksualnya belum stabil. Biasanya paling lambat setelah satu tahun sejak menstruasi pertama, siklus menstruasi sudah mulai teratur. Namun bisa juga tidak, karena dipengaruhi oleh kondisi emosional atau oleh perubahan kebiasaan. Bila masa haid tetap tidak

teratur sampai dua tahun sejak mulai pertama haid, maka harus segera menghubungi dokter (BKKBN,2008).

Pada waktu haid dianjurkan untuk memakai pembalut untuk haid,yang harus diganti beberapa kali sehari. Selain itu, pada masa haid cucilah vagina dengan air bersih. Salah satu keterampilan hidup adalah kemampuan merawat kesehatan dan kebersihan organ reproduksi kita dengan benar.

#### d. Mimpi basah

Mimpi basah merupakan pengalaman normal pada laki-laki. Secara alamiah sperma akan keluar saat tidur, sering pada saat mimpi tentang seks, inilah disebut 'mimpi basah'.

Sperma yang telah diproduksi akan dikeluarkan dari testis melalui saluran/ vas deferens kemudian berada dalam cairan mani yang ada di vesicula seminalis. Sperma disimpan dalam kantung mani, jika penuh akan secara otomatis keluar, dan jika tidak terjadi pengeluaran sperma ini akan diserap kembali oleh tubuh. Mimpi basah umumnya terjadi secara periodik, berkisar setiap 2-3 minggu. Mereka yang sudah dewasa/menikah jarang mengalami mimpi basah karena mereka teratur mengeluarkannya melalui hubungan seksual dengan pasangan/istri (BKKBN,2008)

#### e. Sistem, fungsi, dan proses reproduksi

##### (1) Organ reproduksi

##### a. Organ reproduksi perempuan dan fungsinya

##### a) Ovarium (indung telur)

Ovarium adalah dua organ yang berbetuk seperti kacang almond yang terletak pada bagian atas rongga pelvis di kedua sisi kanan dan kiri uterus. Fungsi utama

dari ovarium adalah pembentukan dan pelepasan sel telur dan penyimpanan sekresi hormone tertentu (esterogen dan progesterone) (Reeder, Sharon J., 1997).

Sebulan sekali ovarium kiri dan kanan secara bergiliran mengeluarkan sel telur

#### b) Fimbrae

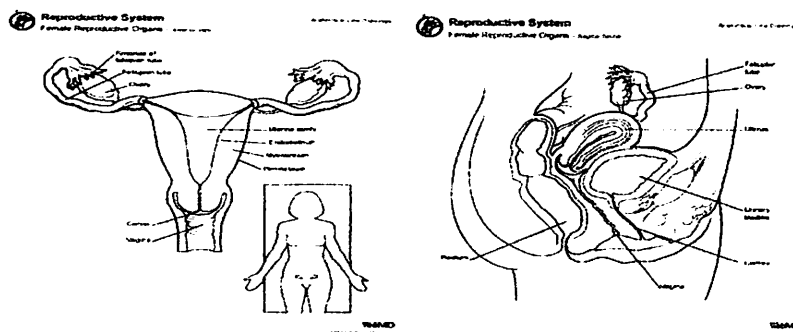
Dapat dianalogikan dengan jari-jari tangan. Umbai-umbai ini berfungsi untuk menangkap ovum yang dikeluarkan ovarium.

#### c) Tuba Falopi (saluran telur)

Yaitu saluran di kiri dan kanan rahim berbentuk seperti terompet yang berfungsi untuk dilalui oleh ovum dari indung telur menuju rahim. Ujungnya adalah fimbrae.

#### d) Uterus (rahim)

Uterus berbentuk seperti buah pir atau alpukat yang berongga terletak antara rektum dan kandung kencing dengan berat 30-50 gram (Manuaba, 2009; BKKBN 2008). Fungsi dari uterus adalah sebagai organ menstruasi, menerima ovum yang sudah dibuahi dan mempertahankan sampai kelahiran, melindungi janin dari cedera, kontraksi selama persalinan.



Gambar 2.1 Organ reproduksi pada perempuan

(sumber: Klaassen, Zachary W A. (2013). *Female Reproductive Organ Anatomy*. Medscape. Diakses 12 Februari 2014 dari website: <http://emedicine.medscape.com/article/1898919-overview>)

e) Cervix (leher rahim)

Lubang kecil di bawah rahim yang bisa membesar ketika bayi ke luar dari rahim

f) Vagina (lubang senggama)

Yaitu sebuah saluran berbentuk silinder dengan diameter dinding depan  $\pm 6,5$  cm dan dinding belakang  $\pm 9$  cm yang bersifat elastis dengan berlipat-lipat. Fungsinya sebagai tempat penis berada waktu bersenggama, tempat keluarnya menstruasi dan bayi.

g) Mulut Vagina

Yaitu awal dari vagina, merupakan rongga penghubung rahim dengan bagian luar tubuh. Lubang vagina ini ditutupi oleh sel dara. Hymen (selaput dara) yaitu selaput tipis yang terdapat di muka liang vagina. Selaput dara tidak mengandung pembuluh darah.

b. Organ reproduksi laki-laki dan fungsinya

a) Penis

Berfungsi sebagai alat senggama dan sebagai saluran untuk pembuangan sperma dan air seni. Pada keadaan biasa, ukuran penis kecil. Ketika terangsang secara seksual darah banyak dipompakan ke penis sehingga berubah menjadi tegang dan besar disebut ereksi

b) Glans

Adalah bagian depan atau kepala penis. Glans banyak mengandung pembuluh darah dan syaraf. Kulit yang menutupi bagian glans disebut foreskin (Preputium). Di beberapa negara memiliki kebiasaan membersihkan daerah sekitar preputium ini atau yang dikenal dengan sunat. Sunat dianjurkan karena memudahkan

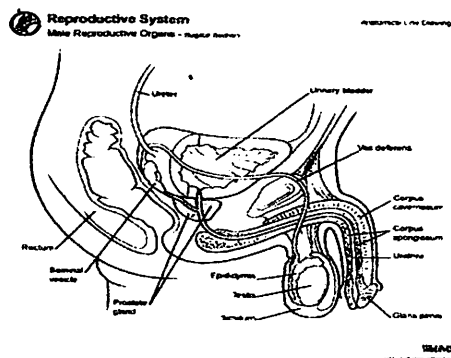
pembersihan penis sehingga mengurangi kemungkinan terkena infeksi, radang dan beberapa macam kanker.

c) Uretra

Yaitu saluran untuk mengeluarkan air seni dan air mani. Mulut uretra adalah awal dari saluran kencing / uretra

d) Vas deferens (saluran sperma)

Adalah saluran yang menyalurkan sperma dari testis menuju ke prostat. Vas deferens panjangnya  $\pm 4,5$  cm dengan diameter  $\pm 2,5$  mm



Gambar 2.2 Organ Reproduksi pada Laki-Laki  
(sumber: Klaassen, Zachary W A. (2013). Male Reproductive Organ Anatomy. Medscape. Diakses 12 Februari 2014 dari website: <http://emedicine.medscape.com/article/1899075-overview>)

e) Epididymis

Adalah saluran-saluran yang lebih besar dari vas deferens. Bentuknya berkelok-kelok dan membentuk bangunan seperti topi, Sperma yang dihasilkan oleh testis akan berkumpul di Epididymis

f) Testis

Berjumlah dua buah untuk mereproduksi sperma setiap hari dengan bantuan testosteron. Testis berada di dalam scrotum, di luar rongga panggul karena pertumbuhan sperma membutuhkan suhu yang lebih rendah dari pada suhu tubuh. Sperma yaitu sel yang berbentuk seperti berudu berekor hasil dari testis yang



dikeluarkan saat ejakulasi bersama cairan mani dan bila bertemu dengan sel telur yang matang akan terjadi pembuahan.

g) Scrotum

Adalah kantung kulit yang melindungi testis, berwarna gelap dan berlipat-lipat. Scrotum adalah tempat bergantungnya testis. Scrotum mengandung otot polos yang mengatur jarak testis ke dinding peri dengan maksud mengatur suhu testis agar relatif tetap.

h) Kelenjar prostat

Yaitu kelenjar menghasilkan cairan yang bersifat basa

i) Vesikula seminalis

Berfungsi menghasilkan sekaligus menampung cairan mani sebagai media pengantar sperma

(2) Kehamilan dan persalinan

Kehamilan merupakan suatu bentuk alamiah reproduksi manusia, yaitu proses regenerasi yang diawali dengan pertemuan sel telur perempuan dengan sel sperma laki-laki yang membentuk suatu sel (embrio) dimana merupakan cikal bakal janin, dan berkembang didalam rahim sampai akhirnya dilahirkan sebagai bayi. Hubungan seks satu kali saja bisa menghasilkan kehamilan.

Kehamilan bisa terjadi karena beberapa sebab (BKKBN, 2008):

a. Usia Subur

Yaitu usia dimana seorang individu secara seksual sudah matang, pada umur yang bervariasi untuk pria dan wanita. Untuk pria dimulai sejak diproduksinya sperma, biasanya ditandai dengan mimpi basah. Untuk perempuan dimulai sejak diproduksinya sel telur, ditandai dengan terjadinya menstruasi.

#### b. Melakukan Hubungan Seksual

Yaitu mempertemukan alat kelamin laki-laki dan perempuan hingga terjadi penetrasi

#### c. Pertemuan Sperma dan Ovum

Kehamilan diawali dengan keluarnya sel telur yang telah matang dari indung telur. Sel telur yang matang (yang berada di saluran telur yang bertemu sperma (yang masuk) akan menyatu membentuk sel yang akan bertumbuh (zygote). Baik sel telur maupun sel sperma harus berada dalam kondisi sehat. Zygote akan membelah dari satu sel menjadi dua sel lalu membelah menjadi 4 sel dan seterusnya berkembang sambil bergerak menuju rahim. Sesampainya di rahim hasil konsepsi tersebut akan menanamkan diri pada dinding rahim (uterus), sel yang tertanam tersebut disebut embrio. Jika embrio tersebut bertahan hingga di bulan untuk selanjutnya dia akan disebut janin (fetus) sampai pada saat bayi dilahirkan

Tanda-tanda kehamilan adalah sebagai berikut: tidak menstruasi, pusing dan muntah pada pagi hari, daerah sekitar puting susu menjadi agak gelap, buah dada membesar, perut membesar, ibu merasa ada gerakan bayi, teraba bagian bayi, pemeriksaan medis melalui USG.

Seorang perempuan harus mempunyai kesiapan fisik, kesiapan mental/emosi/psikologis dan kesiapan sosial-ekonomi. Kesiapan fisik yaitu bila seorang perempuan telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar usia 20 tahun. Pertumbuhan dan perkembangan fisik remaja belum optimal, maka bila terjadi kehamilan akan meningkatkan resiko kehamilan termasuk keracunan kehamilan dan kejang, serta meningkatkan resiko terkena kanker rahim. Kesiapan

mental/emosi/psikologis adalah bila seorang perempuan dan pasangannya telah ingin mempunyai anak dan merasa telah siap menjadi orang tua termasuk mengasuh dan mendidik anaknya. Kesiapan sosial-ekonomi adalah bila orang tua sudah siap memenuhi kebutuhan-kebutuhan seperti: makan minum, pakaian, tempat tinggal dan kebutuhan pendidikan bagi anaknya.

Persalinan yang berisiko tinggi dapat terjadi apabila: terlalu muda (usia ibu hamil kurang dari 20 tahun), terlalu tua (usia ibu hamil lebih dari 35 tahun), terlalu banyak (jumlah anak sudah lebih dari 3 orang), terlalu dekat (jarak kehamilan kurang dari 3 tahun), riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk (persalinan macet operasi, lahir mati, lahir prematur, kehamilan kembar, atau mengalami keguguran 3 kali berturut-turut), adanya kelainan letak bayi dalam kandungan.

Tanda bahaya kehamilan dan persalinan yang harus diperhatikan dan harus segera ke pelayanan kesehatan bila terjadi adalah terjadi perdarahan, pengeluaran cairan pada kehamilan, pucat dan berat badan kurang dari 45 kg, gejala kejang yang timbul tiba-tiba, pembengkakan di tubuh terutama pada kaki, pandangan kabur, dan sering sakit kepala, tekanan darah yang meningkat, demam dengan temperatur suhu diatas 38 derajat celcius.

Kehamilan dapat diatur atau dicegah dengan menggunakan alat kontrasepsi. Alat kontrasepsi (alokon) digunakan pada program keluarga berencana untuk menunda, mengatur jarak dan mencegah terjadinya kehamilan. Remaja tidak dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi karena peraturan perundang-undangan di Indonesia tidak memperbolehkan penggunaan Alokon bagi remaja yang belum menikah, ada jenis alat kontrasepsi tertentu (misalnya

IUD) tidak boleh digunakan pada rahim yang belum pernah hamil karena dapat merusak dinding rahim, secara mental remaja yang menggunakan alokon akan merasa bahwa dia dapat berperilaku seksual aktif tanpa risiko kehamilan dalam arti dia akan permisif terhadap perilaku tersebut dan akan sangat mudah terjadi gonta-ganti pasangan, padahal semua alokon tetap punya angka kegagalan dan hubungan seksual tidak hanya berakibat kehamilan tetapi juga terkena IMS (Penyakit Menular Seksual). Sehingga lebih baik bila jalan keluar yang dipilih adalah pengendalian dorongan seksual, menikah atau mengalihkan ke aktifitas lain yang lebih positif (BKBN, 2008).

f. Konsekuensi hubungan seks pranikah

(1) Kehamilan tidak diinginkan (KTD)

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak diharapkan oleh salah satu atau kedua-duanya calon orang tua bayi tersebut.

Sebab dari KTD antara lain ketidak tahuan atau rendahnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan, akibat pemerkosaan, diantaranya pemerkosaan oleh teman kencannya (*date-rape*), tidak menggunakan alat kontrasepsi, kegagalan alat kontrasepsi akibat mereka menggunakan alat kontrasepsi tanpa disertai pengetahuan yang cukup tentang metode kontrasepsi yang benar atau kegagalan alokonnya sendiri (efektivitas / efikasi).

Dampak KTD antara lain komplikasi, kehamilan bermasalah, tidak percaya diri, malu, stress, *drop-out* sekolah, dikucilkan masyarakat

## (2) Aborsi

Aborsi spontan (*abortus spontane*) adalah keguguran yang terjadi secara alamiah atau tidak sengaja.

Aborsi buatan (*abortus provokatus*) adalah usaha pengguguran yang disengaja. Ada dua cara melakukan aborsi buatan, yaitu cara yang aman secara medis dan cara yang tidak aman secara medis (*self treatment/unsafe abortion*).

Alasan remaja memilih aborsi: ingin terus melanjutkan sekolah atau kuliah, takut pada kemarahan orangtua, belum siap secara mental dan ekonomi untuk menikah dan mempunyai anak, malu pada lingkungan sosial bila ketahuan hamil sebelum menikah, tidak mencintai pacar yang menghamili, tidak tahu status anak nantinya karena kehamilan terjadi akibat perkosaan, terlebih bila pemerkosa tidak dikenal oleh si remaja putri (BKKBN, 2008).

Aborsi cenderung dilakukan dengan usaha “Self treatment” disebabkan aborsi di Indonesia illegal, sehingga remaja yang mengalami KTD tidak dapat mengakses pelayanan aborsi; tenaga medis tidak mau mengambil risiko melakukan aborsi kecuali atas indikasi medis; tidak semua remaja mencoba pergi ke dukun karena takut konsekuensi negatif dari layanan yang tidak higienis dan tidak profesional, mereka mencoba usaha-usaha *self-treatment* karena percaya pada cerita atau pengalaman orang lain (biasanya teman/sahabat mereka) dan mempercayai bahwa usaha-usaha itu akan berhasil menggugurkan kandungan mereka. Tindakan aborsi mengandung risiko yang cukup tinggi, bahkan menyebabkan kematian, apabila dilakukan tidak sesuai standar profesi medis, misalnya dengan cara: penggunaan ramuan yang membuat panas rahim seperti nanas muda yang dicampur dengan merica atau obat-obatan yang keras lainnya, manipulasi fisik, seperti melakukan

pijatan pada rahim agar janin terlepas dari rahim, menggunakan alat bantu tradisional yang tidak steril (misalnya ujung bambu yang diruncingkan, daun alang-alang) yang dapat mengakibatkan infeksi pada rahim.

Dampak aborsi antara lain:

- a. Aborsi sangat berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan.
- b. Dampak fisik: Aborsi yang dilakukan secara sembarangan (oleh mereka yang tidak terlatih) dapat menyebabkan kematian bagi ibu hamil. Perdarahan yang terus menerus serta infeksi yang terjadi setelah tindakan aborsi merupakan sebab utama kematian wanita yang melakukan aborsi.
- c. Dampak psikologis: Perasaan bersalah seringkali menghantui pasangan khususnya perempuan setelah mereka melakukan tindakan aborsi.
- d. Konseling mutlak diperlukan kepada pasangan sebelum mereka memutuskan aborsi. Tindakan aborsi harus diyakini sebagai tindakan terakhir jika alternatif lain sudah tidak dapat diambil.

Akibat yang timbul bila aborsi dilakukan secara tidak aman:

- a. Pendarahan sampai menimbulkan shock dan gangguan neurologis/syaraf di kemudian hari. Pendarahan juga dapat mengakibatkan kematian.
- b. Infeksi alat reproduksi karena kuretasi yang dilakukan secara tidak steril. Hal tersebut dapat membuat perempuan mengalami kemandulan.
- c. Risiko terjadinya ruptur uterus (robek rahim) besar dan penipisan dinding rahim akibat kuretasi. Hal tersebut dapat menyebabkan kemandulan karena rahim yang robek harus diangkat seluruhnya.

d. Terjadinya fistula genital traumatis. Fistula genital adalah timbulnya suatu saluran/hubungan yang secara normal tidak ada antara saluran genital dan saluran kencing atau saluran pencernaan.

### (3) Infeksi menular seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang menyerang organ kelamin seseorang dan sebagian besar ditularkan melalui hubungan seksual. Penyakit menular seksual akan lebih berisiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral maupun anal. Contoh IMS:

#### a. *Gonore/GO* (Kencing nanah)

Penyebab: Bakteri *Neisseria Gonorrhoea*; Masa inkubasi: 2-10 hari setelah kuman masuk ke tubuh. Gejala pada pria: dari uretra (lubang kencing) keluar cairan berwarna putih, kuning kehijauan, rasa gatal, panas dan nyeri, mulut uretra bengkak dan agak merah. Gejala pada wanita: terdapat keputihan (cairan vagina), kental, berwarna kekuningan, rasa nyeri di rongga panggul, rasa sakit waktu haid. Akibat bila terjangkit penyakit GO: penyakit radang panggul, kemungkinan kemandulan, infeksi mata pada bayi yang dilahirkan, memudahkan penularan HIV, bayi lahir muda, cacat bayi, lahir mati

#### b. *Sifilis* (Raja Singa)

Penyebab: Bakteri *Treponema Pallidum*. Masa inkubasi: 2-6 minggu, kadang-kadang sampai 3 bulan sesudah kuman masuk ke tubuh melalui hubungan seksual. Gejala: luka pada kemaluan tanpa rasa nyeri biasanya tunggal, kadang-kadang bisa sembuh sendiri, bintil/bercak merah di tubuh, tanpa gejala klinis yang jelas, kelainan syaraf, jantung, pembuluh darah dan kulit. Akibat: jika tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan berat pada otak dan jantung, selama masa

kehamilan dapat ditularkan pada bayi dalam kandungan dan dapat menyebabkan keguguran, lahir cacat, memudahkan penularan HIV

c. *Herpes Genitalis*

Penyebab: Virus Herpes Simplex. Masa inkubasi: 4-7 hari setelah virus masuk ke tubuh, dimulai dengan rasa terbakar atau rasa kesemutan pada tempat virus masuk. Gejala: bintil-bintil berkelompok seperti anggur yang sangat nyeri pada kemaluan, kemudian pecah dan meninggalkan luka yang kering berkerak lalu hilang sendiri, gejala kambuh lagi seperti di atas namun tidak menyakitkan pada tahap awal, biasanya hilang dan timbul, kambuh apabila ada faktor pencetus (misalnya stres) dan menetap seumur hidup. Akibat: rasa nyeri berasal dari syaraf, dapat ditularkan kepada bayi pada waktu lahir, dapat menimbulkan infeksi baru, penularan pada bayi dan menyebabkan lahir muda, cacat bayi dan lahir mati, memudahkan penularan HIV, kanker leher rahim

d. *Trikomonas Vaginalis*

Penyebab: Sejenis Protozoa *Trikomonas Vaginalis*. Masa inkubasi: 3-28 hari setelah kuman masuk ke tubuh, Gejala: cairan vagina (keputihan encer, berwarna kuning kehijauan berbusa dan berbau busuk), bibir kemaluan agak bengkak, kemerahan, gatal, berbusa dan terasa tidak nyaman. Akibat: kulit seputar bibir kemaluan lecet, dapat menyebabkan bayi prematur, memudahkan penularan HIV

e. *Hepatitis B*

Penyebab: Virus Hepatitis B Masa inkubasi: 1-6 bulan. Gejala: kuning pada mata dan kulit, hati membesar, gejala lain yang sering muncul yaitu sering merasa cepat lesu dan lemah, gangguan pada perut bagian atas (mual, kembung).



#### f. HIV/AIDS

HIV adalah singkatan dari *human immunodeficiency virus* yaitu virus yang menginfeksi sel-sel sistem kekebalan tubuh, menghancurkan atau merusak fungsi mereka. Infeksi virus berakibat pada kerusakan progresif dari sistem kekebalan tubuh, yang menyebabkan "defisiensi kekebalan tubuh." Sistem kekebalan dianggap defisien ketika tidak bisa lagi memenuhi perannya dalam memerangi infeksi dan penyakit. Infeksi yang terkait dengan *immunodeficiency* parah dikenal sebagai "infeksi oportunistik", karena mereka mengambil keuntungan dari sistem kekebalan tubuh yang lemah.

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah kumpulan berbagai gejala penyakit akibat turunya kekebalan tubuh individu akibat HIV. istilah yang berlaku untuk tahap yang paling akhir dari infeksi HIV dan terjadinya salah satu dari lebih dari 20 infeksi oportunistik atau kanker terkait HIV.

Penularan HIV adalah masuk ke dalam tubuh melalui aliran darah, bisa berbentuk luka, pembuluh darah maupun lewat membrane mukosa (selaput lendir). Virus HIV bisa terdapat pada semua cairan tubuh manusia, tetapi yang bisa menjadi media penularan hanya ada pada: darah, cairan sperma (air mani), cairan vagina. Dari tiga cairan tersebut, HIV akan menular kepada orang lain jika ada salah satu jenis cairan orang yang terinfeksi HIV masuk ke dalam aliran darah orang yang tidak terinfeksi HIV.

Penularan HIV menurut Marcdante, Karen J. et al (2011) adalah secara horizontal yaitu melalui kontak seksual (vaginal, anal, atau orogenital), kontak perkutaneus (dari jarum atau benda tajam lain yang terkontaminasi), atau paparan

mukus membrane oleh darah atau cairan tubuh yang terkontaminasi; dan secara vertikal dari ibu kepada bayi yang bisa terjadi melalui plasenta dalam rahim, selama kelahiran, atau selama menyusui. Sedangkan menurut Nasronudin (2010), penularan HIV berlangsung secara vertikal, dari ibu ke janin/bayi (selama dalam kandungan atau proses persalinan); secara horizontal (kontak antar darah); dan melalui kontak seksual (homoseksual, heteroseksual, biseksual).

Lama seseorang yang sudah didiagnosa HIV dan tidak mendapat pengobatan bisa berkembang menjadi penyakit dengan HIV adalah dalam waktu 5-10 tahun bisa juga lebih cepat, tergantung pada kondisinya . Sedangkan HIV bisa berkembang menjadi AIDS dalam waktu 5-10 tahun atau bisa lebih lama. Selama rentang waktu tersebut seseorang yang terinfeksi HIV tampak sehat dan tidak bisa dibedakan dengan orang yang tidak terinfeksi HIV. Stadium klinis HIV menurut WHO adalah seperti ditunjukkan pada tabel 2.2 di bawah ini.

Tabel 2.2 Stadium Klinis HIV menurut WHO

STADIUM KLINIS WHO	PROFILAKSIS
<b>Stadium Klinis 1</b>	
a. Tidak ada gejala b. Limfadenopati Generalisata Persisten	Kotrimoksasol bila CD4 < 350 cells per mm Dosis: satu tablet forte atau dua tablet biasa sekali sehari; takaran total per hari adalah 960mg.
<b>Stadium Klinis 2</b>	
a. Penurunan berat badan bersifat sedang yang tidak diketahui penyebabnya (<10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya) b. Infeksi saluran pernafasan yang berulang (sinusitis, tonsilitis, otitis media, faringitis) c. Herpes zoster d. Keilitis Angularis e. Ulkus mulut yang berulang f. Ruam kulit berupa papul yang gatal ( <i>Papular pruritic eruption</i> ) g. Dermatitis seboroik h. Infeksi jamur pada kuku	Kotrimoksasol Dosis: satu tablet forte atau dua tablet biasa sekali sehari; takaran total per hari adalah 960mg

<p><b>Stadium Klinis 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penurunan berat badan yang tak diketahui penyebabnya (lebih dari 10% dari perkiraan berat badan atau berat badan sebelumnya)</li> <li>b. Diare kronis yang tak diketahui penyebabnya selama lebih dari 1 bulan</li> <li>c. Demam menetap yang tak diketahui penyebab</li> <li>d. Kandidiasis pada mulut yang menetap</li> <li>e. <i>Oral hairy leukoplakia</i></li> <li>f. Tuberkulosis paru</li> <li>g. Infeksi bakteri yang berat (contoh: pneumonia, empiema, meningitis, piomiositis, infeksi tulang atau sendi, bakteraemia, penyakit inflamasi panggul yang berat)</li> <li>h. Stomatitis nekrotikans ulserative akut, gingivitis atau periodontitis</li> <li>i. Anemi yang tak diketahui penyebabnya (<math>&lt;8\text{g/dl}</math>), netropeni (<math>&lt;0.5 \times 10^9/\text{l}</math>) dan/atau trombositopenia kronis (<math>&lt;50 \times 10^9/\text{l}</math>)</li> </ul>	<p>Kotrimoksazol Dosis: satu tablet forte atau dua tablet biasa sekali sehari; takaran total per hari adalah 960mg</p>
<p><b>Stadium Klinis 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Sindrom wasting HIV</i></li> <li>b. <i>Pneumonia Pneumocystis jiroveci</i></li> <li>c. Pneumonia bakteri berat yang berulang</li> <li>d. Infeksi Herpes simplex kronis (orolabial, genital, atau anorektal selama lebih dari 1 bulan atau viseral di bagian manapun)</li> <li>e. Kandidiasis esofageal (atau kandidiasis trakea, bronkus atau paru)</li> <li>f. Tuberkulosis ekstra paru</li> <li>g. Sarkoma Kaposi</li> <li>h. Penyakit cytomegalovirus (retinitis atau infeksi organ lain, tidak termasuk hati, limpa dan kelenjar getah bening)</li> <li>i. Toksoplasmosis di sistim saraf pusat</li> <li>j. Ensefalopati HIV</li> <li>k. Pneumonia Kriptokokus ekstrapulmoner, termasuk meningitis</li> <li>l. Infeksi mycobacteria non tuberkulosis yang menyebar</li> <li>m. Leukoencephalopathy multifocal progresif</li> <li>n. Cryptosporidiosis kronis</li> <li>o. Isosporiasis kronis</li> <li>p. Mikosis diseminata (histoplasmosis, coccidiomycosis)</li> <li>q. Septikemi yang berulang (termasuk Salmonella non-tifoid)</li> <li>r. Limfoma (serebral atau Sel B non-Hodgkin)</li> <li>s. Karsinoma serviks invasif</li> <li>t. Leishmaniasis diseminata atipikal</li> <li>u. Nefropati atau kardiomiopati terkait HIV yang simtomatis</li> </ul>	<p>Kotrimoksazol Dosis: satu tablet forte atau dua tablet biasa sekali sehari; takaran total per hari adalah 960mg</p>

HIV menyerang sel-sel darah pada sistem kekebalan tubuh yang tugasnya adalah menangkal infeksi, yaitu sel darah putih bernama limfosit yang disebut “sel T penolong”. HIV tergolong kelompok retrovirus, karena kemampuannya mengkopi cetak biru materi genetik dari sel-sel manusia yang ditumpanginya. Dengan proses ini HIV dapat mematikan sel-sel T. Setelah infeksi HIV berlangsung beberapa tahun, jumlah HIV sudah semakin banyak, sementara jumlah sel T menjadi semakin sedikit. Semakin rendah jumlah sel T semakin rusak fungsi sistem kekebalan tubuh sehingga penyakit-penyakit yang tadinya tidak menyebabkan kelainan yang serius pada orang yang memiliki sistem kekebalan yang sehat seperti cacangan, jamur, herpes dan lain-lain akan berkembang dengan parah. Hal ini disebut dengan “penurunan sistem kekebalan tubuh”. Orang tersebut mulai menampakkan gejala-gejala AIDS dan kondisinya akan terus memburuk hingga meninggal.

Untuk menahan lajunya tahap perkembangan virus beberapa obat yang ada adalah antiretroviral dan infeksi oportunistik. Obat antiretroviral (ARV) adalah obat yang dipergunakan untuk retrovirus seperti HIV guna menghambat perkembangbiakan virus. Obat-obatan yang termasuk anti retroviral yaitu AZT, Didanosine, Zalcitabine, Stavudine. Obat infeksi oportunistik adalah obat yang digunakan untuk penyakit yang muncul sebagai efek samping rusaknya kekebalan tubuh. Penting untuk pengobatan oportunistik yaitu menggunakan obat-obat sesuai jenis penyakitnya, contoh: obat-obat anti TBC, dan lain-lain.

Terapi antiretroviral (ARV) dapat pula digunakan untuk Pencegahan Pasca Paparan (PPP atau PEP = *post exposure prophylaxis*). PPP dapat dipergunakan untuk kasus paparan di tempat kerja dan dalam beberapa kasus seksual yang

khusus misalnya perkosaan atau keadaan pecah kondom pada pasangan suami istri.

Untuk mengetahui seseorang menderita HIV perlu dilakukan tes darah yang sebelumnya harus melalui konseling. Konseling ini harus dilakukan dengan suka rela yang disebut dengan VCT (*Voluntary Counselling and Testing*). VCT adalah kegiatan konseling yang menyediakan dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan HIV/AIDS, mencegah penularan HIV, mempromosikan perubahan perilaku yang bertanggung jawab, pengobatan ARV dan memastikan pemecahan berbagai masalah terkait HIV/AIDS (Depkes, 2008).

Tahapan VCT adalah sebagai berikut (Depkes, 2008):

1) Konseling pra testing

Isi konseling pada pra testing adalah pengenalan dan arahan, membangun kepercayaan klien dan konselor sehingga terjalin hubungan baik, alasan kunjungan dan klarifikasi tentang fakta dan mitos HIV/AIDS, membantu klien mengetahui faktor resiko dan menyiapkan diri untuk pemeriksaan darah, memberikan pengetahuan tentang terinfeksi atau tidak terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi tentang cara menyesuaikan diri dengan status HIV, dan memberikan penilaian terhadap sistem pendukung.

Klien memberikan persetujuan tertulis (*informed consent*) sebelum dilakukan testing HIV/AIDS. Aspek penting dalam informed consent adalah klien telah diberi penjelasan tentang resiko dan dampak sebagai akibat dari tindakannya dan klien menyetujuinya, klien mempunyai kemampuan untuk menangkap pengertian dan menyatakan persetujuannya, klien tidak dalam paksaan.

## 2) Testing HIV

Prinsip testing HIV adalah sukarela dan terjaga kerahasiaannya. Testing yang digunakan adalah testing serologis untuk mendeteksi antibody HIV dalam serum atau plasma. Spesimen adalah darah klien yang diambil secara intravena, plasma atau serumnya. Tujuan testing HIV adalah untuk membantu menegakkan diagnosa, pengamanan darah donor (skrining), untuk surveilans, dan untuk penelitian.

Prosedur pemeriksaan laboratorium untuk HIV, yaitu dengan menggunakan strategi 3. Ketiga tes tersebut dapat menggunakan Reagensia berdasarkan prinsip *Enzyme Immunoassay* (EIA) atau yang bersifat *Simple/rapid assay* (S/R). Pemeriksaan pertama (A1) harus digunakan tes dengan sensitivitas tinggi (>99), sedangkan untuk pemeriksaan selanjutnya (A2 dan A3) menggunakan tes dengan spesifisitas tinggi (>99) (Kemenkes, 2011). Reagensia yang dipakai pada pemeriksaan kedua atau ketiga mempunyai prinsip pemeriksaan (misalnya EIA, dot blot, imunokromatografi atau aglutinasi) atau jenis antigen (misalnya lisat virus, rekombinan DNA atau peptida sintetik) yang berbeda daripada reagensia yang dipakai pada pemeriksaan pertama

## 3) Konseling pasca testing

Konseling pasca testing membantu klien memahami dan menyesuaikan diri dengan hasil testing. Konselor mempersiapkan klien untuk menerima hasil testing, memberikan hasil testing, dan menyediakan informasi selanjutnya. Konselor mengajak klien berdiskusi strategi untuk menurunkan penularan HIV.

Pencegahan HIV/AIDS yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi adalah: A : *Abstinence* memilih untuk tidak melakukan hubungan seks berisiko

tinggi, terutama seks pranikah; B : *Be faithful* - saling setia dengan pasangannya;

C : *Condom* - Menggunakan kondom secara konsisten dan benar

Pencegahan IMS secara umum adalah:

- a. Tidak melakukan hubungan seksual sama sekali
- b. Menjalankan perilaku seksual yang sehat
- c. Menghindari berhubungan seksual dengan berganti-gantipasangan
- d. Menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual berisiko tinggi
- e. Memeriksa segera bila ada gejala-gejala IMS yang dicurigai

Yang terbaik bagi remaja agar tidak terkena IMS adalah :

- a. Menghindari melakukan hubungan seksual sebelum menikah
- b. Melakukan kegiatan-kegiatan positif (menghilangkan keinginan melakukan hubungan seksual)
- c. Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang risiko tertular IMS
- d. Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama
- e. Mendiskusikan dengan orang tua, pendidik atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, jangan malu untuk bertanya
- f. Menolak ajakan pasangan yang meminta untuk melakukan hubungan seksual
- g. Mengendalikan diri saat bernesraan
- h. Bersikap waspada jika diajak ke suatu tempat yang sepi dan berbahaya

Pengobatan IMS:

- a. IMS yang disebabkan oleh bakteri dapat disembuhkan, sedangkan IMS yang disebabkan oleh virus tidak.

- b. Satu-satunya cara adalah berobat ke dokter atau tenaga kesehatan. Jika kita terkena IMS, pasangan kita juga harus diperiksa dan diobati, serta jangan mengobati diri sendiri.
- c. Patuhi cara pengobatan sesuai petunjuk yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan untuk memastikan kesembuhan.
- d. Hindari hubungan seksual selama masih ada keluhan/gejala. Bila hamil, beritahukan dokter atau tenaga kesehatan.

Sebelum pengobatan dilakukan, perlu dipastikan terlebih dahulu bahwa tubuh sudah dijangkiti IMS. Periksa ke dokter atau laboratorium. Untuk mengobati IMS, perlu diperhatikan :

- 1) Tidak minum obat tanpa konsultasi dokter
- 2) Beri tahu bila ada riwayat alergi
- 3) Sedapat mungkin pasangan seksual diajak serta untuk berobat
- 4) Untuk menghindari penularan berulang hindari hubungan seksual selama masih ada gejala IMS.

#### 2.4.3 Pendidikan kesehatan reproduksi menurut UNICEF

Pendidikan kesehatan reproduksi menurut UNICEF (2010) untuk usia 11 – 14 tahun adalah seperti tabel di bawah ini:

Tabel 2.3 Tujuan Utama Pendidikan Seksualitas dan Kesehatan Seksual menurut UNICEF (2010)

Umur 11 – 12 tahun	Umur 13 – 14 tahun
<b>Membedakan antara sex &amp; seksualitas</b>	
1. Menampilkan pengetahuan tentang berbagai komponen seksualitas manusia	1. Menilai kapasitas untuk masuk ke dalam hubungan seksual intim
2. Mengembangkan koping strategi terhadap perubahan yang berhubungan dengan pubertas	2. Mendemonstrasikan penggunaan strategi untuk mengenali dan mengatur perasaan dan perilaku seksual
3. Menilai harapan peran tradisional laki-laki dan perempuan pada masyarakat	3. Menampilkan ketrampilan sosial untuk menghindari dan menolak perlakuan yang tidak menyenangkan dan pelecehan
4. Menilai cara-cara di mana perilaku dapat	



diartikan sebagai "seksual."	seksual terhadap diri sendiri dan orang lain
<b>Pengaruh sosialbudaya pada perilaku seksual</b>	
1. Menganalisis faktor kunci yang mempengaruhi pilihan dan pengalaman seksual	1. menganalisis dampak dari keyakinan pribadi, media, uang, teknologi, dan hiburan pada keterlibatan seksual secara dini.
2. Mendemonstrasikan kemampuan berkomunikasi tentang isu seksualitas dengan orang tua, teman sebaya, dan/atau orang yang dianggap penting lainnya	2. Mendemonstrasikan kemampuan untuk menangkal pengaruh negatif untuk mencapai masa remaja melalui keyakinan pribadi, media, uang, pemasaran, dan teknologi.
<b>Mengelola Kesehatan Reproduksi</b>	
1. Menganalisis resiko yang berakibat pada kesehatan reproduksi	1. Mengevaluasi faktor-faktor sosial dan biologis yang mendukung kehamilan yang sehat dan membesarkan anak
2. Mendemonstrasikan kesadaran terhadap tindakan yang dapat mencegah perlukaan pada organ reproduksi	
3. Menunjukkan pengetahuan tentang tantangan potensial yang dihadapi orang tua remaja dan keluarga mereka dalam membesarkan anak.	
<b>Mengurangi kerentanan untuk masalah prioritas</b>	
1. Mengetahui resiko yang berhubungan dengan penularan HIV dan IMS	1. Secara kritis mempelajari tentang pantang, kesetiaan, dan penggunaan kondom (jika diizinkan) sebagai metode pencegahan penularan HIV dan IMS.
2. Menetapkan tujuan pribadi untuk meminimalkan risiko tertular HIV, kanker serviks, dan IMS.	2. Membuat pilihan seksual yang bertanggung jawab untuk menghindari risiko yang terkait dengan tertular HIV, kanker serviks, dan IMS
3. Menunjukkan pengetahuan tentang risiko kesehatan reproduksi terkait dengan tertular HIV dan IMS lainnya	3. Mempelajari secara kritis norma-norma sosial dan keyakinan pribadi secara jelas tentang pengetahuan penularan dan penyebaran HIV/AIDS.
<b>Sumber akses informasi dan layanan kesehatan</b>	
1. Menunjukkan kemampuan untuk mencari dan memanfaatkan sumber daya masyarakat yang mendukung kesehatan, sosial, dan kebutuhan emosional keluarga	1. Mengevaluasi ketersediaan dan kesesuaian sumber daya untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dan pengasuhan.
	2. Menunjukkan pemahaman tentang prinsip-prinsip dasar yang membahas kesehatan seksual anak-anak dan remaja.

Sumber: UNICEF & CARICOM. (2010). *Health and Family Life Education Regional Curriculum Framework: Ages 11 Years to 16 Years. Version 2.1*. UNICEF Office for Barbados and the Eastern

## 2.5 Media Pembelajaran Permainan Monopoli

Media pembelajaran secara umum adalah alat bantu proses belajar mengajar. Segala sesuatu yang dapat dipergunakan untuk merangsang pikiran,

perasaan, perhatian dan kemampuan atau ketrampilan pebelajar sehingga dapat mendorong terjadinya proses belajar (Haryanto, 2012).

Permainan monopoli merupakan salah satu media pembelajaran tradisional yang berupa permainan papan (Rohman, M dan Amri, S., 2013)

### 2.5.1 Pengertian

Permainan monopoli adalah permainan papan yang bertujuan untuk menguasai semua petak di atas papan melalui pembelian, penyewaan dan pertukaran properti dalam sistem ekonomi yang disederhanakan.

Konsep permainan monopoli adalah berdasarkan prinsip dasar ekonomi yaitu mengembangkan pengertian tentang konsep inti ekonomi, perbankan, keuangan, meskipun pemain mengerti atau tidak (Hinebaugh, Jeffrey P., 2009).

### 2.5.2 Sejarah

Permainan yang mirip dengan monopoli pertama kali didesain oleh Elizabeth Magie Philips pada tahun 1903, yang diberinama *Landlord's Game*, dan dipatenkan dengan desain papan yang mirip dengan yang sekarang dinamakan Monopoli (Hinebaugh, Jeffrey P., 2009). *Landlord's Game* didesain untuk mengenalkan sistem pajak tunggal yang dianjurkan oleh Henry George (1839-1897). Permainan ini diperkenalkan secara luas pada tahun 1904.

Walaupun permainan ini dipatenkan, tidak ada produsen yang memproduksinya secara luas sampai tahun 1910 oleh *The Economic Game Company* di New York. Di Britania Raya permainan ini diterbitkan pada tahun 1913 oleh *The Newbie Game Company* di London dengan nama *Brer Fox an' Brer Rabbit*.

Permainan ini kemudian dipelajari oleh Charles Darrow dan dipatenkan dan dijual olehnya kepada Parker Brothers. Parker mulai memproduksi permainan ini secara luas pada tahun 1935 dengan beberapa perubahan setelah mengetahui latar belakang diciptakannya permainan tersebut (*world of monopoly*, 2013).

Permainan monopoli dikembangkan dalam berbagai edisi misalnya *video game* dan *computer game* dan dibuat dengan berbagai versi disesuaikan dengan usia. Oleh karena itu, permainan monopoli digemari oleh anak-anak sampai dewasa.

### 2.5.3 Cara bermain

Untuk memainkan Monopoli, dibutuhkan peralatan sebagai berikut:

- a. Pion untuk mewakili pemain.
- b. Dua buah dadu.
- c. Kartu hak milik untuk setiap properti. Kartu ini diberikan kepada pemain yang membeli properti itu. Di atas kartu tertera harga properti, harga sewa, harga gadai, harga rumah dan hotel.
- d. Papan permainan dengan petak-petak:
  - a) 22 tempat, dibagi menjadi 8 kelompok berwarna dengan masing-masing dua atau tiga tempat. Seorang pemain harus menguasai satu kelompok warna sebelum ia boleh membeli rumah atau hotel.
  - b) Empat stasiun kereta/bandara. Pemain memperoleh sewa lebih tinggi bila ia memiliki lebih dari satu stasiun. Tapi di atas stasiun tidak boleh dibangun rumah atau hotel.

- c) Dua perusahaan, yaitu perusahaan listrik dan perusahaan air. Pemain memperoleh sewa lebih tinggi bila ia memiliki keduanya. Rumah dan hotel tidak boleh dibangun di atas perusahaan.
- d) Petak-petak Dana Umum dan Kesempatan. Pemain yang mendarat di atas petak ini harus mengambil satu kartu dan menjalankan perintah di atasnya.
- e. Uang-uangan Monopoli.
- f. Rumah berjumlah 32 dan 12 hotel dari kayu atau plastik. Rumah biasanya memiliki warna hijau, hotel warna merah.
- g. Kartu-kartu Dana Umum dan Kesempatan

Cara bermain monopoli adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Papan permainan diletakkan di meja yang cukup besar. Kartu DANA UMUM dan kartu KESEMPATAN diletakkan terbalik di dalam petak yang tersedia. Para pemain pada permulaan diberi uang sebanyak Rp 1500. Semua kartu TANAH BANGUNAN, rumah-rumah, hotel-hotel, diserahkan kepada bank. Pejabat bank dipilih seorang diantara pemain.

b. Uang

Tiap pemain mula-mula diberi uang seharga 1500 dibagi dalam nilai sebagai berikut: 500 = 2 Lembar, 100 = 4 Lembar, 50 = 1 Lembar, 20 = 1 Lembar, 10 = 2 Lembar, 5 = 1 Lembar, 1 = 5 Lembar

c. Permulaan

Pemain mengocok dadu secara bergiliran, angka yang terbanyak main dahulu. Permainan dimulai dari petak START. Setelah itu biji-biji pemain dijalankan bergiliran sesuai angka dadu ke petak menurut anak panah. Dimana biji-biji

pemain berhenti, TANAH BANGUNAN dll. dapat dibelinya, dan membayar sewa kalau TANAH BANGUNAN tersebut telah dimiliki orang, atau membayar pajak dan sebagainya. Dan jika dadu menunjukkan angka yang sama pemain tetap bisa berjalan, akan tetapi pada lemparan ketiga masih menunjukkan angka yang sama, maka pemain harus segera masuk penjara.

d. Gaji

Tiap pemain setelah melalui/berhenti di petak START diberi gaji Rp200 oleh bank.

e. Berhenti di tanah bangunan yang belum dimiliki orang

Apabila seorang pemain berhenti di atas TANAH BANGUNAN yang belum dimiliki orang lain (dengan perantaraan dadu maupun dengan paksaan kartu KESEMPATAN atau kartu DANA UMUM) pemain tersebut mendapat hak untuk membeli tanah bangunan tersebut dengan harga yang sudah ditetapkan, melalui bank. Setelah membeli tanah bangunan dan mendapat kartu hak milik dari bank, kartu harus diletakkan di atas meja. Jika pemain tidak mau membeli tanah bangunan yang menjadi haknya ia harus mengembalikan kepada bank untuk dijual kepada penawar tertinggi. Semua pemain berhak mengajukan penawaran tidak terkecuali yang menolak pembelian tadi.

f. Berhenti di tanah yang dimiliki orang

Apabila seorang pemain berhenti di atas tanah bangunan yang telah dimiliki pemain lain (dengan perantaraan dadu maupun karena diharuskan oleh kartu KESEMPATAN atau DANA UMUM), pemilik tanah bangunan tersebut berhak memungut sewa atas tanah tersebut sesuai dengan tarif yang telah ditetapkan pada kartu hak milik. Selanjutnya jika di atas tanah bangunan itu didirikan rumah-

rumah atau hotel sewanya dapat dipungut lebih tinggi dari tanah yang belum dibangun. Tanah yang digadaikan ke bank tidak berhak memungut sewa dan kartu harus diletakkan terbalik.

Perhatian: Seseorang pemilik tanah jika lupa memungut sewa, pada waktu gilirannya kehilangan haknya. (Sewa tak dapat dipungut lagi)

g. Keuntungan untuk pemain

Adalah suatu keuntungan untuk tiap pemain yang memiliki satu kompleks tanah bangunan (misalnya New Delhi, Riyadh, Moscow). Karena dengan demikian ia berhak memungut sewa atas tanah bangunan tersebut 2 x lipat. Rumah-rumah dan hotel hanya dapat dibangun atas satu kompleks tanah bangunan. Keuntungan mendirikan rumah-rumah dan hotel-hotel ialah pemiliknya dapat memungut sewa jauh lebih besar daripada kompleks yang masih kosong.

h. Berhenti di KESEMPATAN atau DANA UMUM

Pemain mengambil kartu yang teratas, setelah menaati petunjuk-petunjuk di dalamnya, kartu itu dikembalikan dibawah sendiri. Hanya kartu "Keluar dari Penjara" dapat disimpan hingga terpakai atau dijual kepada pemain lain.

i. Berhenti di atas petak "PAJAK"

Bayarlah segera pajak kepada bank yang dikenakan kepada anda. Segala jenis pajak harus diserahkan kepada bank. Adapun jenis dan jumlah pajak adalah sebagai berikut

j. Pajak Jalan

Pajak ini berjumlah Rp200 atau 10% dari seluruh kekayaan. Perhatian : tidak boleh menghitung 10% kecuali telah memilihnya.

k. Pajak Istimewa

Pajak ini berjumlah 100.

l. Petugas Bank

Pilihlah seorang Petugas Bank yang cakap dan pandai melelang. Adakalanya pejabat bank turut bermain. Dalam kekayaan pribadi dan harta milik bank harus dipisahkan. Jika permainan ini dimainkan lebih dari 4 orang, dianjurkan memilih pejabat bank khusus.

m. Bank

Kewajiban bank ialah membayar gaji-gaji dan hadiah-hadiah serta menjual tanah-tanah bangunan, rumah-rumah dan hotel-hotel, meminjamkan uang dengan hipotik.

n. Penjara

Pemain yang diharuskan masuk penjara:

- a) Bijinya berhenti pada petak "masuk penjara"
- b) Mendapat perintah masuk penjara dari kartu dana umum atau kartu kesempatan
- c) Kedua dadu menunjukkan angka yang sama sebanyak 3 kali.

o. Keluar Penjara

Seorang pemain dapat keluar penjara jika:

- a) Lemparan dadu menunjukkan angka yang sama
- b) Membeli sehelai kartu "Keluar dari Penjara" dari pemain lain
- c) Membayar uang denda 50 kepada bank sebelum tiba pada gilirannya

d) Pemain diberi kesempatan tiga kali lemparan dadu untuk mendapat angka yang sama, setelah itu ia harus membayar dendanya 50 kepada bank dan berjalan menurut angka dadu.

p. Rumah

Rumah dapat dibeli dari bank dan sebelumnya harus mempunyai 1 kompleks tanah untuk dibangun rumah. Rumah dapat dibeli segala waktu dengan jumlah menurut kemampuannya tetapi harus merata tiap petak 1 rumah dan seterusnya.

q. Hotel

Tiap pemain diharuskan memiliki 4 rumah dalam 1 seri Tanah Bangunan sebelum ia diperbolehkan beli 1 hotel. Harga hotel telah ditentukan pada kartu hak milik. Setelah membeli hotel tersebut pemain harus menyerahkan 4 rumahnya kepada bank (di atas tiap tanah bangunan hanya diperbolehkan membangun 1 hotel).

r. Perusahaan Listrik/Air

Jika pemain berhenti di salah satu petak perusahaan listrik/air yang sudah dimiliki seseorang, maka cara membayarnya adalah :  $4 \times$  jumlah angka dadu  $\times$  satuan uang monopoli terendah. Tetapi jika pemain berhenti di salah satu petak perusahaan listrik/air dan keduanya telah dimiliki oleh salah satu pemain yang lain, maka cara membayarnya adalah  $10 \times$  jumlah angka dadu  $\times$  satuan uang monopoli terendah

s. Bebas Parkir (*Free Parking*)

Jika pemain berhenti di petak bebas parkir, maka kita tidak perlu melakukan apa-apa. Jadi kita hanya diam di petak tersebut.

t. Kekurangan bangunan

Pada waktu bank telah kehabisan rumah untuk dijual kepada pemain, mereka yang hendak mendirikan rumah harus menanti hingga salah seorang pemain



mengembalikan rumahnya kepada bank. Jika pembeli lebih dari 1 orang, maka rumah tersebut dilelang.

u. Menjual harta kekayaan

Tanah Bangunan yang belum dibangun, Stasiun dan Perusahaan Listrik/Air dapat dijual belikan sebagai transaksi pribadi antara pemain dan pemain dengan harga tak terbatas. Tanah Bangunan dilarang dijual belikan apabila dalam 1 kompleks Tanah Bangunan masih terdapat rumah-rumah yang belum dikembalikan kepada bank. Rumah dan Hotel dapat dijual kembali ke bank dengan syarat bahwa bank hanya membeli separuh harga pokoknya. Mengenai hotel yang dijual, bank hanya membayar separuh harga hotel yang resmi ditambah dengan separuh jumlah harga 4 rumah (rincian termudah menjual hotel  $\geq$  harga 5 rumah : 2).

v. Hipotik (Tanah dapat digadaikan kepada bank)

Tanah (*property*) dapat digadaikan ke bank dengan harga yang telah ditentukan pada kartu hak milik. Cara membeli tanah (*property*) yang telah digadaikan ialah harga pokok tanah (*property*) + bunga 10 % . Tanah yang digadaikan dapat dibeli oleh pemain lain dengan tambahan bunga 10 % (dengan rincian sama seperti sebelumnya). Jika tanah tersebut ada rumahnya maka bank hanya bisa membeli separuh dari harga pokok rumah tersebut.

w. Bangkrut (Pailit)

Pemain dinyatakan bangkrut jika pemain tidak sanggup membayar hutang. Segala harta kekayaan diserahkan kepada kreditornya dan berhenti bermain. Dalam penyelesaian ini pemain yang memiliki rumah-rumah atau hotel-hotel harus diserahkan kepada bank. Uang harus dibayarkan kepada kreditornya. Dan jika pemain tak memiliki uang untuk membayar pajak, denda atau hukuman-hukuman

lainnya, maka bank segera melelang segala kekayaannya dan pemain dinyatakan kalah

x. Pemenang (Monopolist)

Pemenang adalah pemain yang memiliki Properti, Rumah, Hotel dan uang cash terbanyak dari hasil uang sewa. Dalam satu permainan, setiap pemain akan menjadi bangkrut satu persatu. Pemain terakhir yang bertahanlah yang menang.

y. Keterangan lain

Jika seorang pemain hutang kepada pemain lain, ia dapat membayar hutangnya berupa uang tunai dan setengah lagi dengan kekayaannya. Dalam keadaan ini pihak kreditor sering membeli kartu hak milik lebih tinggi dari beharga hipotik. Dengan maksud untuk memblokir lain pemain memiliki tanah tersebut

#### 2.5.4 Kelebihan dan kelemahan

Kelebihan permainan monopoli antara lain (Susanto A, Raharjo, Prastiwi MS.,2011):

- a. Tidak membutuhkan ruangan yang besar dalam penyimpanannya
- b. Perawatan dan pemeliharaan relatif mudah
- c. Mudah dibawa dan dipindahkan
- d. Dibuat dengan penuh warna sehingga tidak membosankan
- e. Dapat dimainkan oleh lebih dari 5 orang
- f. Pemain dapat merasa senang dan merasa ingin tahu
- g. Mudah dioperasikan

Kelemahan permainan monopoli antara lain:

- a. Tidak dapat dimainkan secara perorangan (minimal 2 orang)

- b. Membutuhkan waktu yang agak lama untuk memulai karena harus membagi uang
- c. Untuk memainkan membutuhkan meja/lantai/alas yang datar

#### 2.5.4 Permainan Monopoli sebagai Media Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Remaja

Monopoli yang digunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi dari permainan monopoli pada umumnya. Permainan monopoli yang sudah dimodifikasi ini disuguhkan dengan berbagai informasi dan pertanyaan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada remaja.

Permainan monopoli dipilih sebagai media dalam memberikan materi kesehatan reproduksi pada remaja karena sesuai dengan perkembangan remaja, yaitu: 1) remaja lebih mudah untuk berinteraksi dengan teman sebaya karena permainan monopoli kesehatan reproduksi dimainkan oleh remaja yang mempunyai rentang umur yang sama; 2) sesuai dengan konsep bermain menurut anak untuk usia 11 tahun keatas adalah bermain dan berolahraga dengan aturan-aturan yang disederhanakan atau aturan resmi/baku.

Monopoli tentang kesehatan reproduksi pada remaja berbeda dengan monopoli pada umumnya, yang membedakan adalah:

- a. Pada papan monopoli pada umumnya, terdiri dari kompleks negara-negara, bandara, dan stasiun. Di papan monopoli kesehatan reproduksi, terdiri dari konsep materi tentang kesehatan reproduksi remaja.
- b. Pada papan monopoli biasa, terdapat Kartu Dana Umum dan Kesempatan. Di papan monopoli kesehatan reproduksi, Dana umum diganti dengan "Siapa Dia" dan Kesempatan diganti dengan "Tahukah Kamu" berisi tentang

informasi, pertanyaan atau perintah mengenai materi yang dimainkan. Informasi yang tertulis bisa dijadikan sebagai referensi dalam menjawab pertanyaan. Selain memuat informasi atau perintah, kartu juga memuat hadiah, kartu masuk penjara dan kartu bebas dari penjara.

- c. Pada papan monopoli pada umumnya, kartu petak terdiri dari harga sewa tanah. Di papan monopoli kesehatan reproduksi tidak harga sewa tetapi pertanyaan yang harus dijawab pemain yang berhenti dipetak tersebut.
- d. Pada papan monopoli pada umumnya, terdapat petak pelabuhan/stasiun kereta. Pada papan permainan kesehatan reproduksi diganti dengan rumah sakit.
- e. Pada papan monopoli pada umumnya, terdapat petak membayar pajak diganti dengan membayar asuransi kesehatan pada papan permainan kesehatan reproduksi.
- f. Pada papan monopoli pada umumnya, terdapat petak perusahaan listrik/air. Pada papan permainan kesehatan reproduksi diganti dengan apotik.
- g. Pada papan monopoli pada umumnya, pemain yang menjadi petugas bank bertugas untuk mengelola keuangan bank dan melelang properti yang ada. Pada papan permainan kesehatan reproduksi tugas petugas bank adalah membagikan uang, menarik denda, memberikan jawaban pertanyaan yang benar setelah dua pemain yang berhenti pada suatu petak tidak bisa menjawab pertanyaan pada petak tersebut dan member penjelasan singkat atas jawaban yang benar.
- h. Pada permainan monopoli pada umumnya, terdapat rumah dan hotel. Pada papan permainan kesehatan reproduksi tidak terdapat rumah dan hotel.

Pesan yang disampaikan pada permainan monopoli kesehatan reproduksi pada remaja ini antara lain remaja akan memahami tentang:

- a. Pengertian kesehatan reproduksi
- b. Tumbuh kembang remaja: ciri-ciri pubertas
- c. Anatomi dan fungsi organ reproduksi pada perempuan dan laki-laki
- d. Kehamilan dan persalinan
- e. Dampak dari hubungan seks pranikah
- f. Penyakit infeksi menular seksual: macam, tanda dan gejala, cara penularan, pengobatan, pencegahan

## **2.6 Metode Ceramah**

Metode ceramah adalah sebuah metode pengajaran dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan kepada sejumlah siswa, yang umumnya mengikuti secara pasif (Simamora, 2008).

Kelemahan metode ceramah adalah:

- 1) Membuat peserta didik pasif
- 2) Mengandung unsur paksaan kepada peserta didik
- 3) Mengandung sedikit daya kritis peserta didik
- 4) Bagi peserta didik dengan tipe visual akan lebih sulit menerima pelajaran dibandingkan dengan peserta didik yang memiliki tipe belajar audio
- 5) Jika terlalu lama dapat membuat jenuh

Kelebihan metode ceramah, antara lain:

- 1) Murah dalam arti efisien dilihat dari segi waktu, biaya, dan tersedianya pendidik

- 2) Ceramah dapat memberikan wawasan yang luas karena pendidik dapat menambah dan mengkaitkan dengan sumber dan materi lain dalam kehidupan sehari-hari.
- 3) Pendidik mudah menguasai kelas
- 4) Pendidik mudah menerangkan banyak bahan ajar berjumlah besar dapat diikuti oleh peserta didik dalam jumlah besar
- 5) Mudah dilaksanakan

Metode ceramah digunakan pendidik dalam pembelajaran dengan alasan-alasan sebagai berikut :

- 1) Siswa benar-benar memerlukan penjelasan pendidik karena bahan baru atau langkanya sumber pustaka, dan untuk menghindari kesalahpahaman.
- 2) Karena tidak ada buku sumber pelajaran yang tersedia.
- 3) Menghadapi siswa yang banyak jumlahnya, dan bila menggunakan metode lain sukar diterapkan.
- 4) Menghemat waktu, biaya, dan peralatan.

#### Cara Mengatasi Kelemahan Metode Ceramah

- 1) Selang-seling ceramah dengan pertanyaan-pertanyaan.
- 2) Menggunakan alat peraga baik langsung maupun tiruan, serta lakukan demonstrasi untuk meragakan konsep di kemukakan.
- 3) Menciptakan interaksi yang bervariasi antara pendidik-siswa, siswa-pendidik, siswa-siswa

Langkah-langkah pelaksanaan metode ceramah meliputi kegiatan persiapan, kegiatan pelaksanaan dan kegiatan mengakhiri ceramah.

- 1) Kegiatan Persiapan

- a. Merumuskan tujuan yang ingin dicapai. Tujuan harus dirumuskan dengan jelas sehingga jelas pula apa yang harus dikuasai siswa setelah proses pembelajaran selesai.
- b. Menentukan pokok-pokok materi yang akan diceramahkan. Keberhasilan ceramah sangat tergantung pada penguasaan pendidik terhadap materi yang akan diceramahkan. Pokok-pokok materi itu harus sesuai dengan tujuan pembelajaran yang harus dicapai. Perlu menggunakan ilustrasi-ilustrasi atau contoh-contoh yang relevan untuk memperjelas informasi yang disampaikan.
- c. Mempersiapkan alat bantu. Alat bantu ini dapat mempermudah pemahaman siswa terhadap materi yang diajarkan dan membantu meningkatkan kualitas ceramah.

## 2) Kegiatan Pelaksanaan

### a. Kegiatan pembukaan

Dalam kegiatan pembukaan ini, pendidik paling tidak harus melakukan :

- a) Apersepsi yaitu menanyakan kembali pelajaran yang lalu.
- b) Motivasi yaitu suatu anekdot yang berusaha mengaitkan peristiwa dalam kehidupan yang berkaitan dengan materi yang akan diajarkan.
- c) Memberi acuan yaitu menyampaikan tujuan pengajaran atau pokok-pokok materi yang akan diajarkan.

### b. Kegiatan inti pelajaran

Yaitu kegiatan penyampaian materi pembelajaran melalui informasi lisan. Agar ceramah pendidik berkualitas maka pendidik harus dapat menarik perhatian siswa agar tetap terarah pada materi yang sedang disampaikan. Untuk menjaga perhatian siswa, pendidik perlu melakukan hal-hal berikut:

- a) Menjaga kontak pandang dengan siswa secara terus menerus.
  - b) Menggunakan bahasa yang komunikatif agar mudah dimengerti siswa.
  - c) Menyajikan materi secara sistematis tidak meloncat-loncat sehingga tidak membingungkan siswa.
  - d) Menanggapi respon siswa dengan segera dan secara antusias.
  - e) Menjagalah suasana kelas agar tetap kondusif dan menggairahkan untuk belajar.
  - f) Selang-selingi ceramah dengan pertanyaan-pertanyaan/tanya jawab.
- c. Kegiatan mengakhiri ceramah

Ceramah harus diakhiri melalui prosedur tertentu agar materi yang baru diterima tidak dilupakan. Prosedur itu adalah :

- a) Membimbing siswa membuat rangkuman atas materi yang baru disampaikan.
- b) Melakukan evaluasi formatif.
- c) Melakukan tindak lanjut, yaitu mengajarkan kembali materi yang belum dikuasai siswa atau memberi tugas tambahan jika siswa telah menguasai materi berdasarkan hasil evaluasi formatif.

Materi yang disampaikan pada permainan monopoli kesehatan reproduksi pada remaja ini adalah:

- g. Pengertian kesehatan reproduksi
- h. Tumbuh kembang remaja: ciri-ciri pubertas
- i. Anatomi dan fungsi organ reproduksi pada perempuan dan laki-laki
- j. Kehamilan dan persalinan
- k. Dampak dari hubungan seks pranikah

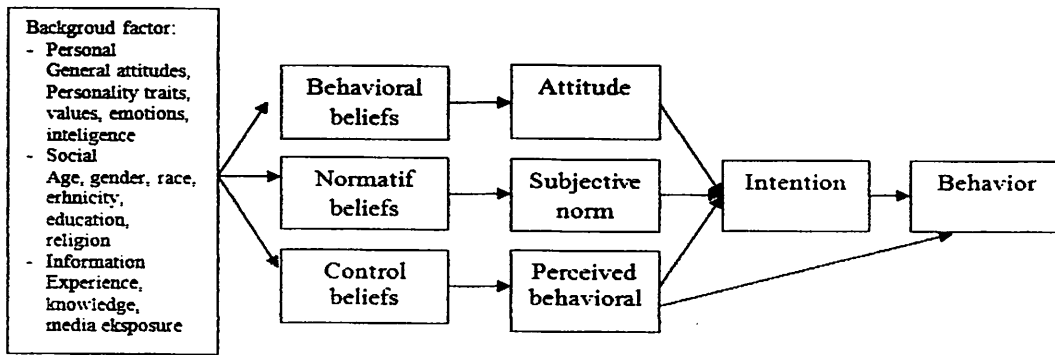


Penyakit infeksi menular seksual: macam, tanda dan gejala, cara penularan, pengobatan, pencegahan

## 2.7 Konsep *Theory of Planned Behavior* Ajzen

Teori Perilaku yang direncanakan (*Planned Behavior Theory*) yang disingkat dengan *PBT* merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Theory Reasoned Action* (TRA). Seperti pada teori TRA, faktor inti dari TPB adalah niat individu dalam melakukan perilaku tertentu. Niat diasumsikan sebagai penangkap motivasi yang mempengaruhi suatu perilaku. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (Ajzen, 1991).

Ajzen (1991) menambahkan konstruk yang belum ada dalam TRA, yaitu persepsi terhadap pengendalian yang dapat dilakukan (*perceived behavioral control*). Konstruk ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu. Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).



Gambar 2.3 *The Theory of Planned Behavior* Azjen 2005

(sumber: Sommer, Lutz. (2011). *The Theory Of Planned Behaviour And The Impact Of Past Behaviour*. *International Business & Economics Research Journal – January 2011 Volume 10, Number 1*. Diakses 25 Pebruari 2014 dari website: <http://cluteonline.com/journals/index.php/IBER/article/viewFile/930/914>)

Hubungan antar variabel tersebut dalam teori ini, yaitu:

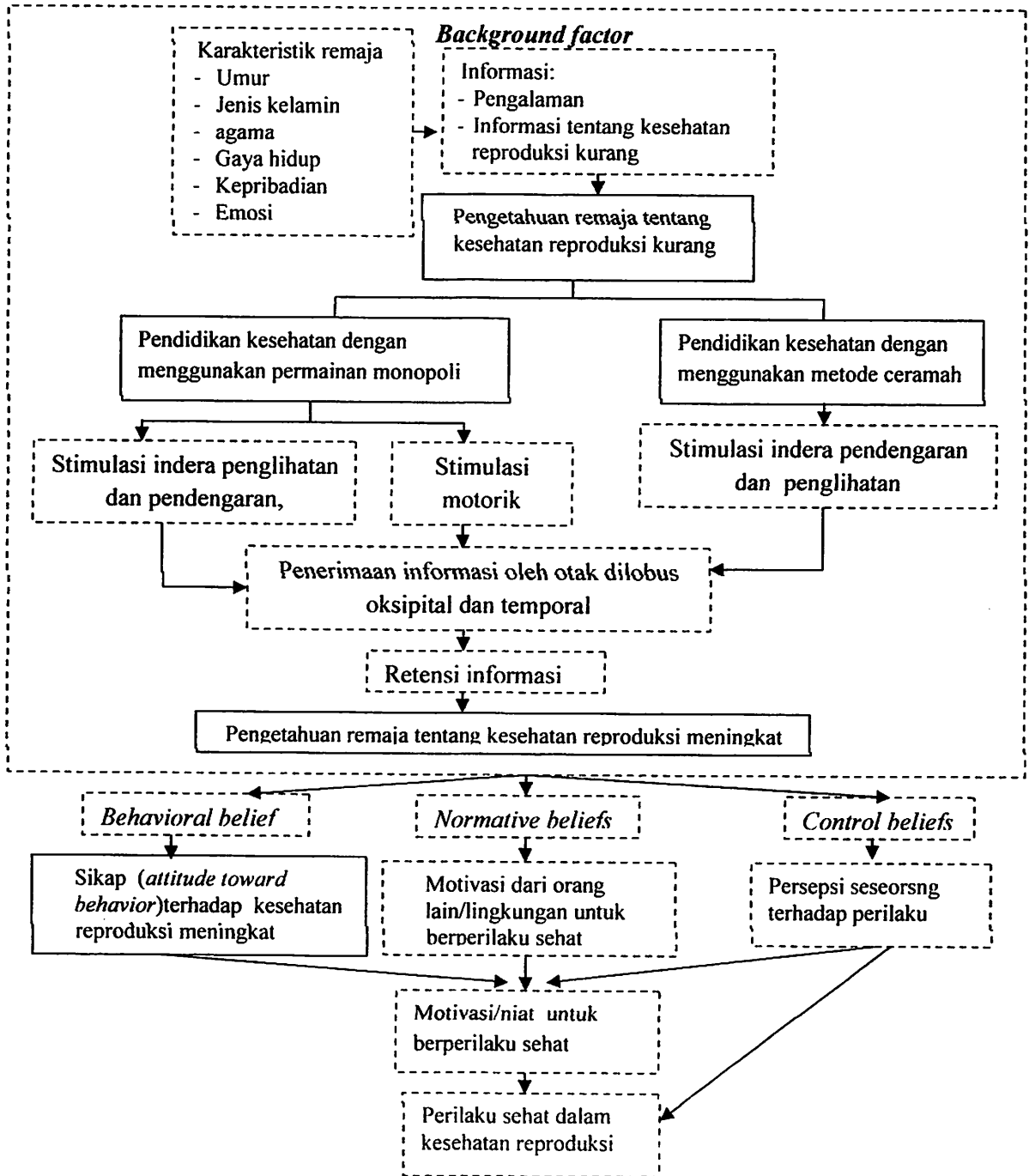
- 1) *Behavioral intention* adalah motivasi seseorang untuk melakukan perilaku yang spesifik. Hal ini mengindikasikan besarnya usaha seseorang dalam menerima dan menampilkan perilaku tersebut. Semakin besar penerimaan seseorang untuk melakukan suatu perilaku, semakin besar suatu perilaku akan dilakukan.
- 2) *Attitude* adalah derajat dari penampilan perilaku tersebut memiliki nilai positif atau negatif.
- 3) *Subjective Norm* diartikan pertimbangan subjektif seseorang terhadap pilihan orang lain dan dukungan untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku.
- 4) *Percieved behavioral control* adalah persepsi seseorang seberapa sulit atau mudah dalam melakukan suatu perilaku.
- 5) *Behavioral beliefs* adalah determinan dari *attitude*, yaitu persepsi mengenai konsekuensi dari perilaku, dan evaluasi dari konsekuensi itu (*outcome evaluation*).

- 6) *Normative beliefs* merupakan determinan dari *Subjective Norm*, yaitu persepsi mengenai dukungan atau pilihan dari orang lain untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku, dan motivasi seseorang untuk memenuhi pilihan tersebut.
- 7) *Control beliefs* merupakan determinan dari *Perceived behavioral control*, yaitu persepsi mengenai kemungkinan mempunyai makna dan kesempatan untuk menampilkan suatu perilaku, dan merasakan kekuatan setiap faktor kepercayaan untuk menghambat atau memfasilitasi perilaku.
- 8) Faktor latar belakang (*background factor*), dalam kategori ini Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media.

BAB 3  
KERANGKA KONSEPTUAL &  
HIPOTESIS PENELITIAN

### BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Metode Ceramah terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan pendekatan *Planned Behavior Theory Ajzen 2005*

Keterangan:



Diukur



Tidak diukur

Pengetahuan remaja dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain pengalaman dan sumber informasi. Bila sumber informasi tentang kesehatan reproduksi kurang maka pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi kurang.

Penelitian ini membandingkan metode ceramah dan permainan monopoli sebagai metode untuk menyampaikan kesehatan reproduksi pada remaja dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Pemberian materi dengan menggunakan metode permainan monopoli menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran juga motorik, sedangkan metode ceramah menstimulasi indera penglihatan dan pendengaran. Informasi diterima oleh otak dilobus oksipital dan temporal sehingga terjadi retensi informasi. Diharapkan setelah mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi ini pengetahuan remaja dapat meningkat, sikap remaja terhadap kesehatan reproduksi baik dan memilih untuk berperilaku sehat.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diterapkan dalam penelitian ini adalah

1. H1= terdapat perbedaan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja.
2. H1= terdapat perbedaan metode permainan monopoli dan metode ceramah terhadap sikap (*attitude toward behavior*) tentang kesehatan reproduksi pada remaja.



BAB 4  
METODE PENELITIAN

## BAB 4 METODA PENELITIAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai: desain penelitian, kerangka operasional, populasi, sampel dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan pengolahan data, dan masalah etika

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan rencana yang memandu cara penelitian dilakukan dan dianalisis (Borbasi, Sally et al, 2008).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasy Experiment Design*.

Tabel 4.1 Desain penelitian *Quasy Experiment*

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K-A.	O	X-A	O1-A.
K-B.	O	X-B	O1-B.
	Time 1.	Time 2.	Time 3.

Keterangan :

- K-A : Subjek metode permainan monopoli
- K-B : Subjek metode ceramah
- O : pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi pada remaja
- X-A : Intervensi dengan metode permainan monopoli
- X-B : Intervensi dengan metode ceramah

### 4.2 Populasi, Sampel, dan Sampling

#### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian diambil kesimpulan (Sugiyono, 2013).



Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua siswa kelas VII SMP 3 Tuban.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2013).

Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2013).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: Siswa yang tercatat aktif di SMPN 3 Tuban tahun ajaran 2013/2014

Kriteria eksklusi pada penelitian ini ditetapkan dengan mengeluarkan atau menghilangkan subjek dari penelitian karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah: Siswa yang tidak hadir saat pengambilan data.

Besar sampel dihitung dengan rumus sebagai berikut dihitung dengan menggunakan rumus Federer (Arum, Pratiwi, et al, 2011), yaitu:

$$(k-1)(n-1) \geq 15$$

Keterangan:

k = jumlah kelompok

n = besar sampel dalam kelompok

Dalam penelitian ini menggunakan 1 kelompok, sehingga berdasarkan rumus di atas didapatkan jumlah sampel sebagai berikut:

$$(2-1)(n-1) \geq 15$$

$$(n-1) \geq 15$$

$$n \geq 16$$

Jadi jumlah sampel dalam kelompok minimal 16 orang.

#### 4.2.3 Sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara *proportionate stratified random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel bila populasi mempunyai anggota/unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional (Sugiyono, 2013). Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah 228 orang, dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, yaitu laki-laki = 95 orang dan perempuan = 133 orang. Jumlah sampel berdasarkan perhitungan didapatkan 16 orang.

$$\text{Laki-laki} = 95/228 \times 16 = 6,67 = 7$$

$$\text{Perempuan} = 133/228 \times 16 = 9,33 = 10$$

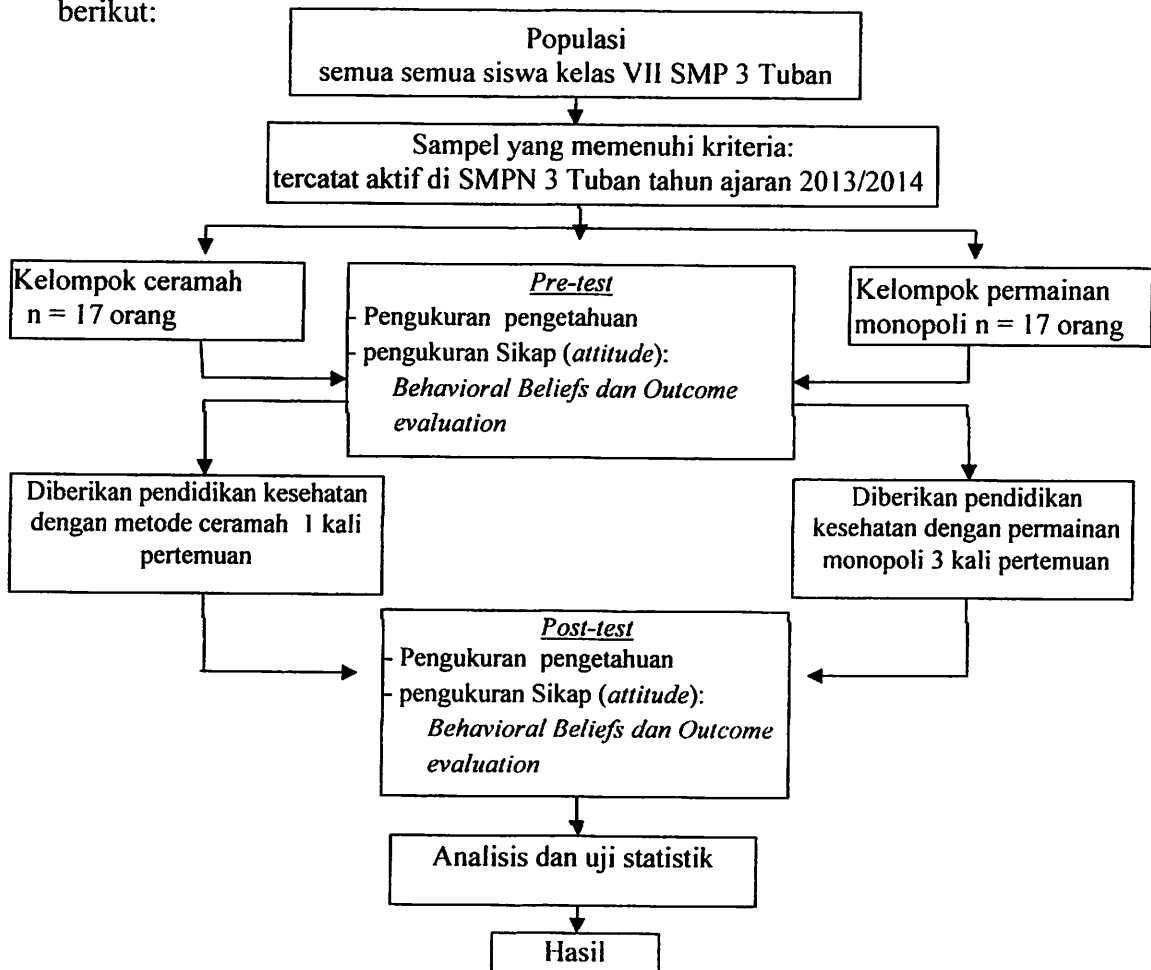
Jadi jumlah sampel masing-masing kelompok terdiri dari 7 orang laki-laki dan 10 orang perempuan.

Cara pengambilan sampel: 1) dari daftar nama siswa dibuat daftar baru dengan memisahkan nama siswa laki-laki dan perempuan; 2) masing-masing daftar nama diberi nomor urut sesuai jumlah siswa, yaitu no 1-95 untuk siswa laki-laki dan 1-133 untuk siswa perempuan; 3) membuat gulungan kertas sesuai jumlah siswa; 4) mengundi siswa laki-laki yang akan dijadikan responden untuk masing-masing kelompok yaitu dengan mengambil satu gulungan kertas dan dicatat nomor yang tertulis, kemudian gulungan tersebut dikembalikan lagi, begitu seterusnya sampai jumlah sampel terpenuhi untuk kedua kelompok. Cara yang sama digunakan untuk responden perempuan.

### 4.3 Kerangka Operasional

Kerangka operasional yang digunakan pada penelitian disajikan pada bagan

berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Studi Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Ceramah terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja dengan pendekatan *Planned Behavior Theory*

### 4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

#### 4.4.1 Variabel penelitian

##### 1) Variabel independen

Variabel independen (variabel bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini

variabel independennya adalah permainan monopoli kesehatan reproduksi dan metode ceramah

## 2) Variabel dependen

Variabel dependen (variabel tergantung) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah pengetahuan dan sikap (*Attitude Toward Behavior*) remaja tentang kesehatan reproduksi.

### 4.4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian

Variable	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala data	Skor
<b>Variabel independen:</b>					
1. permainan monopoli kesehatan reproduksi	Permainan papan yang terdiri dari petak-petak bergambar yang berisi pertanyaan dan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja yang dimainkan dengan menggunakan dadu	Tiga kali pertemuan Materi yang diberikan: 1) Pengertian kesehatan reproduksi 2) Tumbuh kembang remaja: ciri-ciri pubertas 3) Anatomi dan fungsi organ reproduksi 4) Kehamilan dan persalinan 5) Dampak dari hubungan seks pranikah 6) Penyakit infeksi menular seksual	Panduan bermain monopoli		
2. Metode ceramah	Penyampaian informasi secara lisan diselingi dengan tanya jawab	Dilakukan sekali tatap muka selama 60 menit Materi: 1) Pengertian kesehatan reproduksi	SAK		

- 
- 2) Tumbuh kembang remaja: ciri-ciri pubertas
  - 3) Anatomi dan fungsi organ reproduksi
  - 4) Kehamilan dan persalinan
  - 5) Dampak dari hubungan seks pranikah
  - 6) Penyakit infeksi menular seksual
- 

Variable dependen:

1. pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi	Hal-hal yang diketahui oleh remaja tentang sistem, fungsi, dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja	Jawaban responden tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengertian kesehatan reproduksi</li> <li>2) Tumbuh kembang remaja: ciri-ciri pubertas</li> <li>3) Anatomi dan fungsi organ reproduksi</li> <li>4) Kehamilan dan persalinan</li> <li>5) Dampak dari hubungan seks pranikah</li> <li>6) Penyakit infeksi menular seksual</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Kategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>-76%-100%= sangat baik</li> <li>-51% - 75% = baik</li> <li>-26% - 50% = kurang</li> <li>-0% - 25% = sangat kurang</li> </ul>
2. Sikap ( <i>Attitude Toward Behavior</i> ) remaja terhadap kesehatan reproduksi	Pendapat remaja tentang kesehatan reproduksi	Pendapatan responden tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pendidikan kesehatan reproduksi</li> <li>2) Perilaku seks</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Kriteria nilai sikap (x): <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kuartil 3 <math>\leq x \leq</math> Skor Maksimal = Sangat Positif</li> <li>-Median <math>\leq x &lt;</math> Kuartil 3 = Positif</li> <li>-Kuartil 1 <math>\leq x &lt;</math> Median = Negatif</li> <li>-Skor Minimal <math>\leq x &lt;</math> Kuartil 1 = Sangat Negatif</li> </ul>

---

Pengetahuan- Sikap ( <i>Attitude Toward Behavior</i> :	Hal-hal yang diketahui dan pendapat remaja tentang kesehatan reproduksi	Jawaban dan Pendapatan responden tentang: 1) Pendidikan kesehatan reproduksi 2) Perilaku seks	Kriteria: Sangat Baik bila kategori sikap adalah Sangat positif, Baik bila kategori sikap adalah positif, Kurang bila kategori sikap negatif, dan Sangat Kurang bila kategori sikap sangat negatif
---	--	---	--

## 4.5 Intrumen Penelitian

### 4.5.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pengetahuan dan sikap (*attitude toward behavior*) adalah kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti.

- 1) Kuesioner pengetahuan merupakan pertanyaan terstruktur terdiri dari 15 soal pilihan ganda, jika jawaban benar kode 1 dan salah kode 0. Perhitungan skor pengetahuan adalah:

$$\text{Skor pengetahuan} = \frac{\text{Skor yang diperoleh}}{\text{Skor maksimal}} \times 100\%$$

Kategori skor pengetahuan adalah: 76%-100%= sangat baik, 51% - 75% = baik, 26% - 50% = kurang, dan 0% - 25% = sangat kurang

- 2) Kuesioner sikap (*Attitude Toward Behavior*) tentang kesehatan reproduksi pada remaja, terdiri dari 11 pernyataan yang terdiri dari pernyataan *favorable* dan pernyataan *unfavorable* yang disusun dalam skala Likert 1-4. Kuesioner pernyataan *favorable* Sangat Setuju (SS) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS)

= 1 dan Sangat Tidak Setuju (STS) = 1 dan Sedangkan untuk pernyataan *unfavorable* adalah sebaliknya. Kategori sikap ( $x$ ) adalah kuartil  $3 \leq x \leq$  Skor Maksimal = Sangat Positif, median  $\leq x <$  kuartil 3 = Positif, kuartil  $1 \leq x <$  median = Negatif, skor minimal  $\leq x <$  kuartil 1 = Sangat Negatif. Skor minimal adalah 11 dan skor maksimal adalah 176.

Media yang digunakan dalam memberikan pendidikan kesehatan adalah permainan monopoli yang sudah dimodifikasi.

#### 4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

##### a. Uji validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner (Arikunto, 2010). Kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner tersebut mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan menguji validitas isi pertanyaan, dengan menggunakan korelasi *Product Moment*.

Hasil perhitungan tiap-tiap item dibandingkan dengan table nilai *Product Moment*. Bila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel pada taraf signifikansi 5%, maka kuesioner dikatakan valid dan dapat dipakai untuk pengambilan data penelitian. Namun sebaliknya jika  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel, maka pertanyaan tersebut tidak valid dan harus dikeluarkan (*di-drop*) dari kuesioner.

Perhitungan validitas soal dilakukan dengan program SPSS 16.0 diperoleh hasil dari 25 item soal pengetahuan yang valid adalah 15 soal (no item soal: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 16, 17, 18, 20,21, 22, dan 24) dan 10 soal tidak valid (no item soal: 3, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 23, dan 25) dengan tingkat kepercayaan 95%,  $r$  tabel 0,444 ( $df=18$ ). Item pertanyaan sikap terdiri dari 20 soal yang valid 11 soal

(no item soal: 2, 4, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, dan 19) dan 9 soal tidak valid (no item soal: 1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 14, dan 20). Nomor item yang tidak valid dikeluarkan dari lembar kuesioner pengetahuan dan sikap.

#### b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah reliabel. Maksudnya adalah sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Kuesioner dinyatakan mempunyai reliabilitas tinggi bila nilai *alpha* sama dengan atau lebih dari 0,6. Instrumen dinyatakan reliabel jika reliabilitas internal konsistensi seluruh instrumen sama dengan atau lebih dari 0,6 (Notoadmodjo, 2002).

Hasil pengukuran reliabilitas dengan menggunakan *Alpha Cronbach* didapatkan nilai  $\alpha = 0,863$  untuk kuesioner pengetahuan dan  $\alpha = 0,756$  untuk kuesioner sikap, sehingga kuesioner dinyatakan reliable dengan  $\alpha > 0,6$ .

#### 4.5.3 Uji kelayakan permainan monopoli

Pembuatan media monopoli terlebih dahulu dilakukan pembuatan rancangan I yang merupakan rancangan awal yang akan direvisi sesuai dengan saran dari pembimbing I dan pembimbing II, yang menghasilkan rancangan II. Rancangan II inilah yang nantinya mendapat masukan dan saran dari tiga dosen penguji, yang selanjutnya menghasilkan rancangan III. Rancangan III selanjutnya ditelaah oleh guru biologi dengan hasil media permainan monopoli layak untuk digunakan dengan beberapa saran yaitu gambar anatomi diberi keterangan



sehingga siswa paham letak organ reproduksi, pertanyaan atau pernyataan yang terlalu vulgar diganti dengan pernyataan yang lebih positif.

Rancangan IV merupakan hasil revisi dari rancangan III diujicobakan kepada 5 siswa dengan hasil layak untuk digunakan dengan beberapa perbaikan yaitu, beberapa kata yang tidak dimengerti oleh siswa diganti dengan kata yang lebih mudah dimengerti, lembar jawaban ada yang tidak sesuai dengan pertanyaan disesuaikan.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di SMPN 3 Tuban pada tanggal 22 Mei 2014 sampai dengan 7 Juni 2014.

#### **4.7 Prosedur Pengambilan Data**

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan ijin penelitian dari instansi terkait, Peneliti menetapkan sampel penelitian sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Peneliti membagi responden menjadi 2 kelompok yaitu kelompok metode permainan monopoli dan ceramah. Setelah terpilih menjadi responden, peneliti memberikan penjelasan mengenai prosedur penelitian, tujuan penelitian dan sifat keikutsertaan dalam penelitian (sukarela). Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden yang harus diisi oleh orang tua/wali responden. Sampel dapat menjadi responden jika orang tua/wali menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian. Peneliti dan responden merencanakan dan menyepakati waktu dan tempat untuk melakukan kegiatan pengambilan data pada masing-masing kelompok.

Pesan atau istilah yang harus dipahami responden dari materi kesehatan reproduksi ini adalah:

- 1) Pengertian kesehatan reproduksi pada remaja
- 2) Pengertian seks dan seksualitas
- 3) Pengertian orientasi seksual: heteroseksual, homoseksual, biseksual
- 4) Pengertian perilaku seksual
- 5) Contoh kelainan perilaku seksual
- 6) Ciri-ciri pubertas pada remaja
- 7) Menstruasi
- 8) Mimpi basah
- 9) Anatomi dan fungsi organ reproduksi pada perempuan: ovarium, fimbriae, tuba falopi, uterus, cervix, vagina, mulut vagina.
- 10) Anatomi dan fungsi organ reproduksi pada laki-laki: penis, glans, uretra, vas deferens, epididimis, testis, skrotum, kelenjar prostat, vesikula seminalis.
- 11) Kehamilan: sebab terjadinya kehamilan dan tanda-tanda kehamilan
- 12) Pengertian persalinan
- 13) Alat kontrasepsi
- 14) Dampak hubungan seks pra nikah: kehamilan tidak diinginkan, aborsi, infeksi seksual menular
- 15) Penyakit infeksi menular seksual (gonore, sifilis, herpes genitalis, trikomonas vaginalis, hepatitis B, dan HIV/AIDS): macam, tanda dan gejala, cara penularan, pengobatan, pencegahan

#### 4.7.1 Pengambilan data kelompok metode ceramah

Pengambilan data kelompok ceramah dilakukan satu kali sesuai dengan kesepakatan dengan responden di luar jam pelajaran yaitu tanggal 30 Mei 2014 jam 13.00-15.00 WIB, bertempat di aula yang cukup luas dan berpendingin ruangan. Media yang digunakan adalah laptop dan LCD, dengan tulisan dan gambar dalam format *power point*. Alokasi waktu yaitu 25 menit untuk mengisi kuesioner *pre-test*, 60 menit penyampaian materi, dan 25 menit untuk mengisi kuesioner *post-test*. Responden penelitian diminta untuk mengisi semua pertanyaan pada kuesioner. Selama pemberian materi diselingi dengan tanya jawab dan pada akhir sesi ceramah selama 10 menit dibuka kembali sesi tanya jawab. Pelaksanaan pretest, intervensi dan post-test dilakukan pada hari yang sama.

#### 4.7.2 Pengambilan data kelompok monopoli

Responden pada kelompok metoda permainan monopoli diberikan intervensi dengan menggunakan media permainan monopoli yang sudah dimodifikasi sebanyak 3 kali dengan jadwal sesuai kesepakatan dengan responden di luar jam sekolah, yaitu tanggal 31 Mei 2014 (13.00-15.00 WIB), 6 Juni 2014 (13.00-14.30 WIB) dan 7 Juni 2014 (13.00-14.30 WIB), bertempat di aula cukup luas dan berpendingin ruangan.

*Pre-test* diberikan pada awal pertemuan pertama selama 25 menit, dilanjutkan dengan bermain monopoli. Peneliti membagi responden menjadi 3 kelompok, yaitu 2 kelompok responden perempuan masing-masing 5 orang dan 1 kelompok responden laki-laki berjumlah 7 orang. Tiap kelompok mendapatkan 1 set permainan monopoli. Peneliti menjelaskan cara bermain kepada responden.

Permainan pada pertemuan pertama berlangsung selama 90 menit karena memerlukan persiapan misalnya membagi uang ke anggota pemain, responden masih sering bertanya tentang peraturan permainan yang belum mereka pahami, berpikir agak lama untuk menjawab pertanyaan yang belum tahu jawabannya, responden yang bertugas sebagai petugas bank memerlukan waktu untuk menemukan kartu pertanyaan dan jawaban yang tepat di lembar jawaban.

Pertemuan kedua dan ketiga berlangsung lebih lancar dan lebih cepat daripada pertemuan pertama (60 menit), karena mereka sudah memahami peraturan permainan, mengingat beberapa pertanyaan dan jawabannya, pemain yang bertindak sebagai petugas bank sudah mempunyai cara untuk mempermudah menemukan kartu pertanyaan sesuai petak dan letak jawaban di lembar jawaban. Setiap akhir sesi permainan diberikan post-tes dan pada akhir pertemuan ketiga diberikan kesempatan untuk tanya jawab.

#### **4.8 Cara Analisis Data**

##### **1) Pengolahan Data**

###### **a. *Editing***

Melakukan pemeriksaan ulang kuesioner di tempat pengumpulan data, memperbaiki kesalahan penulisan identitas klien yang menjadi responden serta melengkapi kekurangan dalam pengisian.

###### **b. *Pengkodean (Coding)***

Setelah data selesai diedit, kemudian dilakukan pemberian kode dengan memberi tanda tangan pada lembar kuesioner atau pada lembar koding yang terpisah agar data dapat diolah.

c. Entri Data

Memasukkan data ke dalam komputer.

d. Tabulasi

Membuat tabel distribusi frekuensi dan prosentase untuk variabel-variabel penelitian menggunakan komputer.

2) Analisis Data

a. Analisis Deskriptif

Analisis univariat yang digunakan adalah analisis univariat pada setiap variabel dependen dan variabel independen. Variabel penelitian memiliki data berskala ordinal (kategorik), maka analisis univariat yang digunakan adalah distribusi frekuensi dan persentase.

b. Analisis Statistik

Untuk menentukan uji statistik yang digunakan adalah *Wilcoxon signed Rank test* dan *Mann-Whitney*. *Wilcoxon signed Rank test* untuk mengukur perbedaan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. *Mann-Whitney* digunakan untuk mengukur perbedaan pengetahuan dan sikap setelah diberikan intervensi pada kedua kelompok.

#### 4.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti juga memperhatikan masalah etika dengan mempergunakan norma hukum dan teknik administrasi yang benar. Etika penelitian ini meliputi:

### 1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Pada lembar persetujuan ini berisi tentang maksud dan tujuan dari peneliti untuk melakukan langkah penelitian dan meminta kepada responden dengan pendekatan yang bijak, tidak memaksakan kehendak dan berlaku secara proposional. Langkah selanjutnya responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Dalam penelitian ini *informed consent* diberikan orang tua/wali responden, karena responden masih dibawah umur.

### 2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden penelitian, dengan cara mempresentasikan data dalam bentuk data umum, bukan data masing-masing sampel penelitian. Disamping itu, pengolahan hasil penelitian dilakukan di komputer pribadi peneliti.

### 3. *Anonimity* (Tanpa nama)

Peneliti menjamin kerahasiaan identitas dari responden/sampel penelitian dengan tidak mencantumkan nama sampel penelitian dalam kuesioner penelitian.

BAB 5  
ANALISIS HASIL PENELITIAN

## **BAB 5**

### **HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN**

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan mulai tanggal 22 Mei sampai 7 Juni 2014 SMP Negeri 3 Tuban yang terdiri dari gambaran umum tempat penelitian, analisis komparasi metode permainan monopoli dan ceramah terhadap pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi pada remaja.

#### **5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

SMP Negeri 3 merupakan salah satu sekolah menengah pertama di kabupaten Tuban yang terletak di jalan Sunan Kalijogo No. 67 Tuban. Jumlah seluruh siswa di SMP Negeri 3 tuban adalah 623 orang yang masing-masing adalah kelas 7 terbagi dalam 8 kelas (7A-7H) berjumlah 228 orang, kelas 8 terdiri dari 8 kelas (8a-8H) berjumlah 217 orang, dan kelas 9 terdiri dari 7 kelas dengan jumlah siswa 178 orang. Ketenagaan di SMP Negeri 3 Tuban berjumlah 69 orang yang terdiri dari 44 orang tenaga guru dan 23 orang tenaga administrasi. Responden dalam penelitian ini adalah siswa kelas 7 dengan alasan mereka berada dalam masa remaja awal dan pubertas.

Kota Tuban merupakan daerah yang berada di pesisir utara pulau Jawa. SMPN 3 Tuban berada kurang lebih 1 km sebelah selatan dari daerah pantai. Sepanjang pantai sering digunakan oleh remaja untuk berkumpul secara beramai-ramai maupun berpasangan. Selain itu, disekitar sekolah juga banyak terdapat warung internet yang mudah diakses oleh siswa, sehingga berbagai informasi dengan mudah bisa didapatkan siswa.



Pendidikan kesehatan reproduksi adalah bagian dari pendidikan kesehatan yang masuk dalam tiga program pokok UKS (TRIAS UKS). TRIAS UKS adalah upaya menanamkan prinsip hidup sehat sedini mungkin melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Dirjen Pendidikan Dasar, 2012). Pendidikan kesehatan reproduksi menurut buku Pedoman Pelaksanaan UKS di Sekolah (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Dirjen Pendidikan Dasar, 2012) pelaksanaan melalui kegiatan kurikuler masuk dalam mata pelajaran Pendidikan Jasmani, Olah Raga dan Kesehatan, sesuai Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) 2006, diajarkan mulai tingkat sekolah dasar dengan materi alat reproduksi laki-laki, alat reproduksi perempuan, cara menjaga kebersihan alat reproduksi dan cara menolak perlakuan pelecehan seksual (kelas V dan VI), 4 jam pelajaran, dengan metode pembelajaran ceramah dan diskusi. Pembelajaran kesehatan reproduksi di tingkat SMP adalah materi tentang penyakit seksual menular dan bahaya seks bebas yang mulai diajarkan pada kelas VII, 2 jam pelajaran dengan metode diskusi. Kurikulum 2013 materi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi juga diajarkan pada mata pelajaran Pendidikan Jasmani, Olah Raga dan Kesehatan pada tingkat sekolah dasar kelas V dan kelas VI dengan materi manfaat pemeliharaan kebersihan alat reproduksi, memahami dan menjaga diri dari berbagai tindakan/perilaku tidak senonoh, dan memahami penyakit menular dan tidak menular, 4 jam pelajaran. Sedangkan untuk SMP mulai diajarkan pada kelas VIII yaitu pokok bahasan NAPZA dan Pendidikan Seks, dengan alokasi waktu 3 jam pelajaran. SMP Negeri 3 Tuban menerapkan kurikulum 2013 untuk siswa kelas VII.

## 5.2 Karakteristik Responden di SMP Negeri 3 Tuban

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014

Karakteristik	Metode Ceramah		Metode Permainan Monopoli	
	n = 17	%	n = 17	%
<b>I. Responden</b>				
Jenis Kelamin:				
Perempuan	10	58,83	10	58,83
Laki-laki	7	41,17	7	41,17
Umur:				
12 tahun	2	11,76	1	5,88
13 tahun	12	70,59	12	70,59
14 tahun	3	17,65	4	23,53
Agama:				
Islam	17	100	17	100
Tanda pubertas:				
Sudah Menstruasi	10	100	10	100
Sudah Mimpi basah	7	100	7	100
Informasi kesehatan reproduksi:				
Belum	0	0	3	17,65
Sudah	17	100	14	82,35
<b>II. Bapak responden</b>				
Pendidikan:				
Dasar	1	5,88	2	11,76
Menengah	7	41,18	5	29,41
Tinggi	9	52,94	10	58,83
Pekerjaan:				
Bekerja	17	100	16	94,12
Tidak bekerja	0		1	5,88
Agama:				
Islam	17	100	17	100
<b>III. Ibu responden</b>				
Pendidikan:				
Dasar	1	5,88	3	17,65
Menengah	8	47,06	5	29,41
tinggi	8	47,06	9	52,94
Pekerjaan:				
Bekerja	10	58,83	10	58,83
Tidak bekerja	7	41,17	7	41,17
Agama:				
Islam	17	100	17	100
<b>IV. Penghasilan orang tua</b>				
< 1 juta	1	5,88	1	5,88
1- < 2juta	4	23,53	6	35,29
2-< 3 juta	6	35,29	3	17,65
≥ 3 juta	6	35,29	7	41,17

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada kedua kelompok sebagian besar responden berumur 13 tahun dan sudah memasuki masa pubertas. Data orang tua menunjukkan sebagian besar pendidikan tinggi, bekerja dan berpenghasilan di atas 3 juta rupiah. Hal ini menunjukkan responden berada pada lingkungan yang berpendidikan dan ekonomi yang cukup. Semua responden beragama Islam, agama merupakan mekanisme pengawasan terhadap perilaku manusia.

### 5.3 Analisis Komparasi Metode Permainan Monopoli dan Metode Ceramah terhadap Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja

Tabel 5.2 Data Deskriptif Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi Sesudah dilakukan Intervensi berdasarkan Metode di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014

	Permainan Monopoli	Ceramah
Jumlah Sampel	17	17
Rata-rata	86,87	79,21
Standar Deviasi	7,065	6,619

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata nilai *post test* pengetahuan kelompok metode permainan monopoli (86,87) lebih besar daripada kelompok ceramah dengan (79,21) dengan selisih 7,66, hal ini menunjukkan metode permainan monopoli mempunyai hasil yang lebih baik dalam meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja daripada metode ceramah

Tabel 5.3 Komparasi Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi antara Kelompok Metode Permainan Monopoli dan Ceramah sebelum dan sesudah intervensi di SMP Negeri 3 Tuban 22 Mei sampai 7 Juni 2014

Kategori Pengetahuan	Metode permainan monopoli		Metode ceramah		Mann Whitney	
	n = 17	%	n = 17	%		
Pretest	Sangat kurang	0	0	0	p=0,637	
	Kurang	3	17,65	4		23,53
	Baik	10	58,82	11		64,71
	Sangat Baik	4	23,53	2		11,76
Post-test	Sangat kurang	0	0	0	p=0,002	
	Kurang	0	0	0		0
	Baik	0	0	8		47,06
	Sangat Baik	17	100	9		52,94
<i>Wilcoxon Sign Rank Test</i>		p=0,000		p=0,001		

Tabel 5.3 menunjukkan sebelum dilakukan intervensi kedua kelompok sebagian besar pada kategori pengetahuan baik yaitu 58% pada kelompok permainan monopoli dan 64,71% pada kelompok ceramah. Hasil uji *Mann Whitney* didapatkan  $p=0,637$  ( $p<0,05$ ), yang artinya tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara dua kelompok. Jadi sebelum dilakukan intervensi pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja antara kelompok metode permainan monopoli dan ceramah adalah tidak terdapat perbedaan.

Kelompok metode permainan monopoli setelah dilakukan intervensi semua (100%) berada pada kategori pengetahuan sangat baik. Analisis menggunakan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* pada data *pretest* dan *post-test* menghasilkan nilai  $p=0,000$  ( $<0,05$ ), menunjukkan pengetahuan setelah intervensi secara signifikan

lebih tinggi daripada sebelum intervensi. Kelompok metode ceramah setelah intervensi menunjukkan sebagian besar pada kategori pengetahuan sangat baik yaitu 52,94%. Hal uji *Wilcoxon Sign Rank Test* pada data *pretest* dan *post-test* ( $<0,05$ ), menunjukkan pengetahuan setelah

