

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja

Secara etimologi remaja memiliki arti tumbuh menjadi dewasa. Definisi remaja (*adolescence*) menurut *World Health Organization* (WHO) adalah periode usia 10 – 19 tahun. Perserikatan Bangsa – Bangsa (PPB) menyebutkan bahwa kaum muda (*youth*) memiliki usia 15 – 24 tahun. Menurut *The Health Resource and Service Administration Guidelines Amerika Serikat* remaja memiliki rentang usia dapat ditinjau dari tiga sudut pandang, yaitu:

1. Secara kronologis remaja adalah individu yang memiliki usia antara 11 -12 tahun sampai 20 – 21 tahun.
2. Secara fisik remaja ditandai dengan ciri perubahan pada penampilan fisik dan fungsi fisiologis terutama yang terkait dengan kelenjar seksual.
3. Secara psikologis remaja merupakan masa dimana individu akan mengalami perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial dan moral, masa antara masa anak – anak menuju masa dewasa (Kusminar, 2012).

Setiap satu diantara enam penduduk di dunia dan sebagian besar penduduk di negara berkembang adalah remaja. Remaja 15 – 24 tahun di Indonesia berdasarkan Survei Penduduk pada tahun 2010 berjumlah 40,75 juta dari seluruh penduduk yang berjumlah 237,6 juta jiwa, sedangkan jumlah penduduk usia 10 – 14 tahun berjumlah 22,7 juta. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014 remaja adalah penduduk dengan rentang usia 10 – 18 tahun dan menurut

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10 – 24 tahun dan belum menikah. Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, psikologis dan intelektual. Sifat remaja adalah memiliki rasa keingintahuan yang besar, suka petualangan dan tantangan serta berani menanggung resiko atas perbuatannya tanpa pertimbangan yang matang. Jika dihadapkan pada suatu konflik dan remaja belum dapat mengambil keputusan secara tepat maka remaja tersebut dapat melakukan perilaku beresiko dan menanggung akibat jangka pendek maupun jangka panjang dari berbagai masalah kesehatan fisik dan psikologis (Infodatin, 2015).

2.1.2 Ciri – Ciri Kejiwaan Dan Psikososial Remaja

Menurut Kusminar (2012) ciri – ciri kejiwaan dan psikososial pada remaja adalah sebagai berikut :

1. Usia Remaja Muda (12 – 15 Tahun)

1) Sikap Protes Terhadap Orangtua

Remaja cenderung tidak menyetujui nilai – nilai hidup orangtuanya sehingga dapat menunjukkan sikap protes terhadap orangtua. Remaja berusaha mencari identitas diri dan disertai dengan menjauhkan diri dari orangtua. Dalam upaya mencari identitas diri remaja akan cenderung melihat tokoh di luar lingkungan keluarga seperti guru, figur ideal yang terdapat di film atau tokoh idola.

2) Preokupasi dengan Badan Sendiri

Tubuh remaja akan mengalami perubahan yang dapat menjadi perhatian khusus bagi diri remaja.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

3) Kesetiakawanan dengan Kelompok Seusia

Remaja pada kelompok umur ini akan merasakan ketertarikan dan kebersamaan dengan kelompok usia dalam upaya mencari kelompok senasib. Hal tersebut dapat tercermin dalam cara berperilaku sosial.

4) Kemampuan Untuk Berfikir Secara Abstrak

Kemampuan berfikir seorang remaja mulai berkembang dan dimanifestasikan dalam bentuk diskusi untuk meningkatkan kepercayaan diri.

5) Perilaku Yang Berubah – Ubah

Remaja dapat memperlihatkan perilaku yang berubah – ubah. Pada suatu waktu akan tampak bertanggung jawab, tetapi saat waktu lain remaja dapat tampak tidak bertanggung jawab. Hal tersebut akan membuat remaja merasakan rasa cemas. Perilaku tersebut menunjukkan bahwa dalam diri remaja terdapat konflik yang membutuhkan pengertian dan penanganan yang bijaksana.

2. Usia Remaja Penuh (16 – 19 Tahun)

1) Kebebasan Dari Orangtua

Dorongan untuk menjauhkan diri dari orangtua. Remaja mulai merasakan kebebasan, tetapi merasa kurang menyenangkan. Pada remaja timbul kebutuhan untuk terikat dengan orang lain.

2) Ikatan Terhadap Pekerjaan Dan Tugas

Remaja dapat menunjukkan nilai pada suatu tugas tertentu yang ditekuni secara mendalam. Remaja akan melakukan pengembangan diri akan cita – cita yaitu melanjutkan sekolah atau bekerja.

3) Pengembangan Nilai Moral Dan Etis

Remaja akan memulai menyusun nilai moral dan etis sesuai dengan cita – cita.

4) Pengembangan Hubungan Pribadi Yang Labil

Adanya tokoh panutan atau hubungan cinta yang stabil akan menyebabkan terbentuknya kestabilan diri remaja.

5) Penghargaan kembali pada orangtua dalam kedudukan yang sejajar.

Adapun menurut Aisyaroh (2010) bahwa tahapan remaja dan psikososialnya terbagi menjadi tiga yaitu :

1. Masa remaja awal atau dini (*early adolescence*): umur 11 – 13 tahun. Dengan ciri khas adalah ingin bebas, lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berfikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.
2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*): umur 14 – 16 tahun. Dengan ciri khas adalah mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkencan, berkhayal tentang seksual dan mempunyai rasa cinta yang mendalam.
3. Masa remaja lanjut (*late adolescence*): umur 17 – 20 tahun. Dengan ciri khas adalah mampu berfikir abstrak, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta dan pengungkapan kebebasan diri.

Tahapan ini mengikuti pola yang konsisten untuk masing-masing individu. Walaupun setiap tahap mempunyai ciri tersendiri tetapi tidak mempunyai batas yang jelas, karena proses tumbuh kembang berjalan secara berkesinambungan. Terdapat ciri yang pasti dari pertumbuhan somatik pada remaja yaitu peningkatan masa tulang, otot, massa lemak, kenaikan berat badan, perubahan biokimia, yang terjadi pada kedua jenis kelamin baik laki-laki maupun perempuan walaupun

polanya berbeda. Selain itu terdapat kekhususan (*sex specific*), seperti pertumbuhan payudara pada remaja perempuan dan rambut muka (kumis, jenggot) pada remaja laki-laki.

2.1.3 Tugas Perkembangan Remaja

Menurut Kusminar (2012) setiap tahap perkembangan akan terdapat tantangan dan kesulitan-kesulitan yang membutuhkan suatu keterampilan untuk mengatasinya. Pada masa remaja, mereka dihadapkan kepada dua tugas utama yaitu:

1. Mencapai Ukuran Kebebasan Atau Kemandirian Dari Orang Tua.

Pada masa remaja sering terjadi adanya kesenjangan dan konflik antara remaja dengan orang tuanya. Pada saat ini ikatan emosional menjadi berkurang dan remaja sangat membutuhkan kebebasan emosional dari orang tua, misalnya dalam hal memilih teman ataupun melakukan aktifitas. Sifat remaja yang ingin memperoleh kebebasan emosional sementara orangtua yang masih ingin mengawasi dan melindungi anaknya dapat menimbulkan konflik diantara mereka. Pada usia pertengahan, ikatan remaja dengan orangtua semakin longgar dan mereka lebih banyak menghabiskan waktunya bersama teman sebayanya. Pada akhir masa remaja, mereka akan berusaha mengurangi kegelisahannya dan meningkatkan integritas pribadinya, identitas diri lebih kuat, mampu menunda pemuasan, kemampuan untuk menyatakan pendapat menjadi lebih baik, minat lebih stabil dan mampu membuat keputusan dan mengadakan kompromi. Akhir masa remaja adalah tahap terakhir perjuangan remaja dalam mencapai identitas diri. Bila tahap awal dan pertengahan dapat dilalui dengan baik, yaitu adanya keluarga dan

kelompok sebaya yang suportif maka remaja akan mempunyai kesiapan untuk mampu mengatasi tugas dan tanggungjawab sebagai orang dewasa.

2. Membentuk Identitas Untuk Tercapainya Integrasi Diri Dan Kematangan Pribadi.

Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang panjang dan kompleks, yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang dan yang akan datang dari kehidupan individu, dan hal ini akan membentuk kerangka berfikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan.

2.1.4 Seksualitas Remaja

Menurut Hidayat (1997) dalam Kusminar (2012) ruang lingkup seksualitas terbagi atas hal berikut :

1. Seksual Biologis

Komponen yang mengandung beberapa ciri dasar seks yang terlihat pada individu yang bersangkutan. Ciri seks primer timbul sejak lahir yaitu alat kelamin luar (*genitalia eksterna*) dan alat kelamin dalam (*genitalia interna*). Ciri seks sekunder timbul saat seseorang memasuki dewasa seperti timbul bulu pada area tertentu, berkembangnya payudara perempuan dan perubahan suara pada laki – laki.

2. Identitas Seksual

Identitas seksual merupakan konsep diri pada individu yang menyatakan dirinya laki – laki atau perempuan. Identitas seksual dalam bentuknya banyak dipengaruhi oleh lingkungan dan orangtua.

3. Identitas Gender

Identitas gender adalah penghayatan perasaan kelaki – lakian atau keperempuanan yang dinyatakan dalam bentuk perilaku sebagai laki – laki atau perempuan dalam lingkungan budayanya. Identitas budaya merupakan interaksi antara faktor fisik dan psikoseksual. Interaksi di antara kedua faktor ini akan menunjang perkembangan nirma seorang perempuan atau laki – laki.

4. Perilaku Seksual

Perilaku seksual adalah orientasi seksual dari seorang individu yang merupakan interaksi antara kedua unsur yang sulit dipisahkan yaitu tingkah laku seksual dan tingkah laku gender. Tingkah laku seksual didasari oleh dorongan seksual untuk mencari dan memperoleh kepuasan seksual yaitu orgasmus. Tingkah laku gender adalah tingkah laku dengan konotasi maskulin atau feminim di luar tingkah laku seksual. Perilaku seksual ini mulai tampak setelah anak menjadi remaja.

2.2 Konsep Kesehatan Reproduksi

2.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Istilah reproduksi berasal dari kata *re* dan *produksi*. *Re* yang berarti kembali dan *produksi* yang artinya membuat atau menghasilkan. Jadi istilah reproduksi berarti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan semi melestarikan hidupnya. Kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial secara utuh, yang berkaitan dengan bebas dari penyakit dan kecacatan, sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (Anwar, Baziar dan Prabowo, 2011).

Menurut WHO dan ICPD (*International Conference on Population and Development*) tahun 1994 yang diselenggarakan di Kairo menyatakan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluruh, meliputi aspek fisik,

mental dan sosial serta bukan sekedar tidak adanya penyakit atau gangguan segalanya yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsinya maupun proses dari reproduksi itu sendiri (Negara, 2005). Menurut Mahfina (2009) definisi kesehatan reproduksi adalah sekumpulan metode, teknik dan pelayanan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan reproduksi yaitu melalui pencegahan dan penyelesaian masalah kesehatan reproduksi yang mencakup kesehatan seksual, status kehidupan dan hubungan perorangan serta konsultasi dan perawatan yang berkaitan dengan reproduksi juga penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks. Kesimpulannya kesehatan reproduksi adalah suatu cara untuk pencegahan dan penyelesaian masalah mengenai kesehatan reproduksi meliputi kesehatan fisik, mental dan sosial. Serta konsultasi yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit yang bisa ditularkan lewat hubungan seks.

Hasil dari program pemerintah mengenai upaya meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dapat ditunjukkan dengan data yang dilakukan Survey Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) remaja tahun 2015 menjelaskan bahwa indeks pengetahuan remaja tentang Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) sudah mencapai target kinerja yang ditetapkan. Pada rentang skala 0 – 100 posisi indeks KRR tahun 2015 mencapai angka 49 dari target 48,4 (Kalbarweb, 2016). Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Buzarudina (2013) bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi meningkat setelah diberikan penyuluhan.

2.2.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi remaja tidak terlepas dari kesehatan remaja secara menyeluruh, karena gangguan kesehatan remaja akan menimbulkan gangguan pada

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

sistem reproduksi. beberapa keadaan yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi remaja menurut Kumalasari dan Andhyantoro (2012) adalah

1. Masalah Gizi Buruk

- 1) Anemia dan kurang energi
- 2) Pertumbuhan yang terhambat pada remaja putri, sehingga mengakibatkan panggul sempit dan beresiko untuk melahirkan bayi beratbadan lahir rendah (BBLR) di kemudian hari.

2. Masalah Pendidikan

- 1) Buta huruf yang mengakibatkan remaja tidak mempunyai akses informasi yang dibutuhkannya.
- 2) Pendidikan rendah dapat menyebabkan remaja kurang mampu memenuhi kebutuhan fisik dasar ketika berkeluarga.

3. Masalah lingkungan dan pekerjaan

- 1) Lingkungan dan suasana kerja yang kurang memperhatikan kesehatan reproduksi.
- 2) Lingkungan sosial yang kurang sehat dapat menghambat kesehatan fisik, mental dan emosional remaja.

4. Masalah seks dan seksualitas

- 1) Pengetahuan yang tidak lengkap dan tidak tepat tentang masalah seksualitas.
- 2) Kurang bimbingan untuk bersikap positif dalam hal yang berkaitan dengan kesehatan seksualitas.
- 3) Penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang mengarah pada penularan HIV/AIDS melalui jarum suntik dan hubungan seks.
- 4) Penyalahgunaan seksual.

- 5) Kehamilan remaja.
- 6) Kehamilan pranikah/ diluar ikatan pernikahan
5. Masalah perkawinan dan pernikahan dini
- 1) Ketidakmatangan secara fisik dan mental
- 2) Resiko komplikasi dan kematian ibu dan bayi lebih besar.
- 3) Kehilangan kesempatan untuk mengembangkan diri
- 4) Resiko untuk melakukan aborsi yang tidak aman.

Dixon (2010) menjelaskan bahwa kondisi seksual dikatakan sehat apabila seseorang berada dalam beberapa kondisi. Pertama terbebas dan terlindung dari kemungkinan tertularnya penyakit yang disebabkan oleh hubungan seksual. Kedua, terlindung dari praktik – praktik berbahaya dan kekerasan seksual. Ketiga, dapat mengontrol akses seksual orang lain terhadapnya. Keempat, dapat memperoleh kepuasan seksual. Kelima, dapat memperoleh informasi tentang seksualitas (Imron, 2012).

2.2.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi

1. Tujuan Umum

Menurut Murtutik (2016) tujuan kesehatan reproduksi meningkatkan kemandirian dalam mengatur fungsi dan proses dari reproduksinya, termasuk kehidupan seksualitasnya sehingga hak – hak reproduksinya dapat terpenuhi.

2. Tujuan khusus

- 1) Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- 2) Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak antara kelahiran.

- 3) Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial laki –laki terhadap akibat dari perilaku seksnya.
- 4) Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksinya.

2.2.4 Manfaat Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi

Pengetahuan kesehatan reproduksi sangat diperlukan oleh remaja. Hal ini dikarenakan dengan memiliki informasi dan pengetahuan yang benar maka remaja akan banyak mengambil manfaat. Dampak positif dari pengetahuan yang benar mengenai kesehatan reproduksi yaitu dapat mencegah perilaku seks pranikah serta dampaknya termasuk kehamilan tidak di inginkan, HIV/AIDS, dan IMS dapat dicegah (Imron, 2012).

2.2.5 Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi

Menurut Murtutik (2016) sumber informasi kesehatan reproduksi pada remaja adalah sebagai berikut :

1. Orangtua

Orang tua adalah komponen keluarga yang terdiri dari ayah dan ibu yang merupakan hasil dari sebuah ikatan perkawinan yang sah dan dapat membentuk suatu keluarga. Orangtua memiliki tanggung jawab untuk mendidik, mengasuh dan membimbing anaknya untuk mencapai tahapan tertentu yang akan menghantarkan anak untuk siap dalam kehidupan masyarakat. Banyak orang tua tidak menjelaskan tentang kesehatan reproduksi pada anaknya karena beranggapan anak akan tahu dengan sendirinya saat dewasa nanti. Padahal hal ini dapat membuat anak memperoleh informasi yang salah dan menyesatkan. Seringkali orang tua mengatakan hal ini kepada anak yang beranjak remaja ketika anak mulai

bertanya mengenai seks khususnya bila anak perempuan mengalami haid pertama atau anak laki – laki mengalami mimpi basah. Hal tersebut didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Dávila *et al.*, (2017) bahwa ada pengaruh komunikasi orang tua terhadap perilaku remaja.

2. Guru / Sekolah

Seorang guru memiliki pengaruh yang besar terhadap setiap informasi yang diterima oleh para murid didiknya. Sekolah merupakan lingkungan pendidikan sekunder. Bagi anak yang sudah bersekolah, lingkungan yang setiap harinya dimasuki selain lingkungan rumah adalah sekolah. Anak sekolah yang sudah duduk dibangku SMP atau SMA pada umumnya menghabiskan waktu sekitar 7 jam sehari disekolahnya. Ini mengharuskan hampir sepertiga waktunya dihabiskan di sekolah. Sehingga pengaruh sekolah terhadap perkembangan jiwa remaja cukup besar. Menurut Singgih (2008) dalam Murtutik (2016) menyatakan bahwa upaya memperkenalkan pendidikan seks dan kesehatan reproduksi di sekolah terus diupayakan. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana terus mencari cara agar pendidikan seks bisa menjangkau remaja melalui sekolah. Hingga kini pendidikan seks di sekolah terus ditolak banyak pihak. Pendidikan seks dicurigai sebagai kegiatan kontra produktif dan mengarah pada pornografi. Melalui pendidikan seks remaja mendapat pengetahuan tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi. Dengan demikian, perilaku seks dini dapat ditekan.

3. Teman Sebaya

Perkembangan sosial pada remaja lebih melibatkan kelompok teman sebaya dibanding orang tua. Dibanding pada masa kanak-kanak, remaja lebih banyak melakukan kegiatan di luar rumah seperti kegiatan sekolah, ekstra kurikuler dan

bermain dengan teman. Pada masa remaja peran kelompok teman sebaya adalah besar. Pada remaja, pengaruh lingkungan dalam menentukan perilaku diakui cukup kuat. Walaupun remaja telah mencapai tahap perkembangan kognitif yang memadai untuk menentukan tindakannya sendiri, namun penentuan diri remaja dalam berperilaku banyak dipengaruhi oleh tekanan dari kelompok teman sebaya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ekasari (2007) mendapat hasil remaja putra cenderung membicarakan kesehatan reproduksi dengan teman (24,4 %) sedangkan remaja putri cenderung membicarakan kesehatan reproduksi dengan ibunya (38,2%). Remaja usia 10 – 24 tahun yang pernah membicarakan masalah kesehatan reproduksi dengan ibunya sekitar 46% sedangkan dengan ayahnya sekitar 17%. Sebanyak 83% putra dan putri umur 10 -24 tahun pernah membicarakan masalah kesehatan reproduksi dengan teman sebaya. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Mairo (2015) yang menunjukkan bahwa yang komunikasi yang paling berpengaruh tentang kesehatan reproduksi adalah komunikasi dengan teman sebaya.

2.2.6 Indikator Kesehatan Reproduksi Di Indonesia

Menurut Murtutik (2016) terpenuhi atau tidaknya hak reproduksi digambarkan dalam derajat kesehatan reproduksi masyarakat yang ditunjukkan oleh tujuh indikator:

1. Angka Kematian Ibu (AKI) makin tinggi AKI makin rendah derajat kesehatan reproduksi.
2. Angka Kematian Bayi (AKB) makin tinggi AKB makin rendah derajat kesehatan reproduksi.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

3. Angka cakupan pelayanan keluarga berencana (KB) dan partisipasi laki-laki dalam KB semakin rendah angka cakupan pelayanan KB maka semakin rendah derajat kesehatan reproduksi.
4. Jumlah ibu hamil dengan “4 terlalu” atau terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak anak, dan terlalu dekat jarak antar kelahiran (makin tinggi jumlah ibu hamil dengan “4 terlalu” makin rendah derajat kesehatan reproduksi).
5. Jumlah perempuan dan atau ibu hamil dengan masalah kesehatan terutama anemia dan kurang energi kronis (KEK) (makin tinggi jumlah anemia dan KEK, makin rendah derajat kesehatan reproduksi).
6. Perlindungan bagi perempuan terhadap penularan penyakit menular seksual (PMS) (makin rendah perlindungan bagi perempuan, makin rendah derajat kesehatan reproduksi).
7. Pemahaman laki-laki terhadap upaya pencegahan dan penularan PMS (makin rendah pemahaman PMS pada laki-laki, makin rendah derajat kesehatan reproduksi).

2.2.7 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Masalah terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi masih banyak dihadapi oleh remaja menurut Aisyaroh (2010). Masalah-masalah tersebut antara lain:

1. Perkosaan.

Korbannya tidak hanya remaja perempuan tetapi juga laki-laki (sodomi). Remaja perempuan lebih rentan mengalami perkosaan.

2. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD).

Hubungan seks pranikah di kalangan remaja didasari oleh mitos seputar masalah seksualitas seperti mitos berhubungan seksual dengan pacar merupakan

bukti cinta atau mitos bahwa berhubungan seksual hanya sekali tidak akan menyebabkan kehamilan. Hubungan seks hanya sekali dapat menyebabkan kehamilan selama remaja perempuan dalam masa subur.

3. Aborsi.

Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait KTD biasanya tergolong dalam kategori aborsi provokatus, atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan. Ada yang keguguran terjadi secara alamiah atau aborsi spontan. Hal ini terjadi karena berbagai hal antara lain karena kondisi remaja perempuan yang mengalami KTD umumnya tertekan secara psikologis karena secara psikososial belum siap menjalani kehamilan. Kondisi psikologis yang tidak sehat ini berdampak pula pada kesehatan fisik yang tidak menunjang untuk melangsungkan kehamilan.

4. Perkawinan dan kehamilan dini.

Nikah dini khususnya terjadi di pedesaan. Di beberapa daerah dominasi orang tua biasanya masih kuat dalam menentukan perkawinan anak dalam hal ini remaja perempuan. Alasan terjadinya pernikahan dini adalah pergaulan bebas seperti hamil di luar pernikahan dan alasan ekonomi. Remaja yang menikah dini baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia. Gejala ini berkaitan dengan distribusi makanan yang tidak merata, antara janin dan ibu yang masih dalam tahap proses pertumbuhan.

5. IMS (Infeksi Menular Seksual) atau PMS (Penyakit Menular Seksual) dan HIV/AIDS.

IMS ini sering disebut juga penyakit kelamin atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Sebab IMS dan HIV sebagian besar menular melalui hubungan seksual baik melalui vagina, mulut, maupun dubur. Untuk HIV sendiri bisa menular dengan transfusi darah dan dari ibu kepada janin yang dikandungnya. Dampak yang ditimbulkannya juga sangat besar sekali, mulai dari gangguan organ reproduksi, keguguran, kemandulan, kanker leher rahim, hingga cacat pada bayi dan kematian.

2.2.8 Komponen Kesehatan Reproduksi

Untuk menjalankan fungsi sehat reproduksi diperlukan kesehatan yang prima yang meliputi tiga aspek penting yaitu kemampuan (*ability*), keberhasilan (*success*) dan keamanan proses (*safety of processes*) menurut Murtutik (2016) adalah sebagai berikut:.

1. Kemampuan (*ability*) alat reproduksi artinya dapat berfungsi baik untuk hubungan seksual normal dan berproduksi artinya menjalani proses untuk menjadi hamil.
2. Keberhasilan (*successfulness*) alat reproduksi artinya bahwa alat reproduksi itu berhasil memberikan kesempatan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.
3. Keamanan (*safety*) alat reproduksi artinya bahwa semua proses dari kemampuan, keberhasilan dan diikuti kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi dan kembalinya kondisi normal dapat berlangsung dengan aman dan baik.

2.2.9 Peraturan Pemerintah Tentang Kesehatan Reproduksi

Menurut Kemenkes (2014) dalam PP No. 61 Tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut:

1. Pasal 11

1) Pelayanan kesehatan reproduksi bertujuan untuk :

- (1) Mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual beresiko dan perilaku beresiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.
- (2) Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab.

2) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja diberikan dengan menggunakan penerapan pelayanan kesehatan peduli remaja.

3) Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja harus disesuaikan dengan masalah dan tahapan tumbuh kembang remaja serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, mempertimbangkan moral, nilai agama, perkembangan mental dan berdasarkan ketentuan perundang – undangan.

2. Pasal 12

1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 dilaksanakan melalui pemberian:

- (1) Komunikasi, informasi dan edukasi.
- (2) Konseling.
- (3) Pelayanan klinis medis.

2) Pemberian komunikasi, informasi dan edukasi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a meliputi materi:

- (1) Pendidikan keterampilan hidup sehat.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- (2) Ketahanan mental melalui keterampilan sosial.
- (3) Sistem, fungsi dan proses komunikasi.
- (4) Perilaku yang sehat dan aman.
- (5) Perilaku seksual beresiko dan akibatnya.
- (6) Keluarga berencana.
- (7) Perilaku beresiko lain atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.

2.2.10 Pemeliharaan Organ Reproduksi

Perawatan organ reproduksi sangatlah penting. Jika tidak dirawat dengan benar dapat menyebabkan berbagai macam kerugian seperti infeksi. Cara pemeliharaan dan perawatan dapat dilakukan menurut tuntunan agama, budaya dan medis. Cara pemeliharaan dan perawatan alat reproduksi ini ada yang bersifat umum dan ada yang sesuai jenis kelamin. Bagi remaja putri, perawatan pada saat menstruasi perlu dilakukan karena pembuluh darah area rahim mudah untuk terinfeksi. Kebersihan dan pemeliharaan organ reproduksi harus dijaga untuk mencegah penyakit pada saluran reproduksi. Cara pemeliharaan organ reproduksi adalah sebagai berikut:

1. Cara pemeliharaan organ reproduksi laki-laki antara lain
 - 1) Tidak menggunakan celana ketat yang dapat mempengaruhi suhu testis sehingga dapat menghambat produksi sperma
 - 2) Melakukan sunat, untuk mencegah penumpukan kotoran sehingga alat kelamin menjadi bersih
2. Cara pemeliharaan untuk laki – laki dan perempuan
 - 1) Mengganti celana dalam minimal dua kali sehari.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- 2) Membersihkan kotoran yang keluar dari alat kelamin dan anus menggunakan air atau kertas pembersih.
- 3) Tidak menggunakan air yang kotor untuk mencuci alat kelamin.
- 4) Dianjurkan untuk mencukur dan merapihkan rambut kemaluan agar mencegah timbulnya jamur yang menimbulkan rasa gatal (Kusminar, 2012).

2.2.11 Kompetensi Dasar SMP/MTsN Yang Berkaitan Dengan Kesehatan Reproduksi

1. Kelas VIII

1) Kompetensi Inti

Memahami dan menerapkan pengetahuan (faktual, konseptual dan prosedural) berdasarkan rasa ingin tahunya tentang ilmu pengetahuan, teknologi, seni, budaya terkait fenomena dan kejadian tampak mata.

2) Kompetensi Dasar

Memahami reproduksi pada tumbuhan, hewan dan manusia, sifat keturunan, serta kelangsungan makhluk hidup.

2. Kelas IX

1) Kompetensi Inti

Memahami dan menerapkan pengetahuan (faktual, konseptual dan prosedural) berdasarkan rasa ingin tahunya tentang ilmu pengetahuan, teknologi, seni, budaya terkait fenomena dan kejadian tampak mata.

2) Kompetensi Dasar

Mendeskripsikan struktur dan fungsi sistem reproduksi pada manusia, kelainan dan penyakit pada sistem reproduksi dan dampak negatif hubungan badan pranikah serta pencegahannya.

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri, perilaku juga adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Hal ini berarti bahwa perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi yang disebut rangsangan, dengan demikian suatu rangsangan menghasilkan suatu reaksi perilaku tertentu. Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2007) merumuskan bahwa perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut berespon. Maka teori Skinner disebut teori “S-O-R” atau Stimulus Organisme Respon. Skinner juga membedakan adanya dua proses yaitu:

1. Responden respon atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh stimulus. Stimulus semacam ini disebut *electing stimulation* karena menimbulkan respon yang relatif tetap.
2. Operant respon atau instrumental respon, yaitu respon yang timbul dan berkembang selanjutnya diikuti oleh stimulus tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* karena memperkuat respon.

2.3.2 Cara Terbentuknya Perilaku

Perilaku manusia sebagian besar adalah perilaku yang dibentuk dan dapat dipelajari, berkaitan dengan itu Bimo (2003) menerangkan beberapa cara terbentuknya sebuah perilaku seseorang adalah sebagai berikut:

1. Cara Pembentukan Perilaku Dengan Kebiasaan.

Salah satu cara pembentukan perilaku yaitu dengan kebiasaan merupakan cara pembentukan perilaku yang dengan membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, maka pada akhirnya terbentuklah perilaku tersebut. Hal tersebut didukung penelitian yang dilakukan oleh Rahman *et al.* (2017) yang menunjukkan bahwa kebiasaan menonton TV mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksi.

2. Pembentukan Perilaku Dengan Pengertian (*insight*).

Cara pembentukan perilaku dengan pengertian di dasarkan atas teori belajar kognitif yaitu belajar yang disertai dengan pengertian.

3. Pembentukan Perilaku Dengan Menggunakan Model

Pembentukan perilaku dengan menggunakan model yaitu seperti seorang pemimpin dijadikan model atau contoh bagi yang di pimpinnya. Cara tersebut didasarkan oleh teori belajar sosial (*social learning theory*) dan *observational learning theory* yang dikemukakan oleh Bandura (1997).

Menurut konsep dari Lawrence Green, yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007) bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

- a. Faktor predisposisi, faktor ini mencakup tentang pengetahuan dan sikap seseorang terhadap sebuah rangsangan atau stimulus yang didapatkan.
- b. Faktor pemungkin, faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas sebagai penunjang terjadinya sebuah perilaku yang terjadi pada seseorang.
- c. Faktor penguat, Faktor penguat ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku dari peran *role* yang akan ditirukan oleh seseorang.

2.3.3 Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan–kegiatan yang telah ditentukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*), pengukuran yang dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. Perilaku manusia yang mempengaruhi kesehatan dapat dikategorikan menjadi dua yaitu perilaku yang terwujud secara sengaja atau sadar dan perilaku yang terwujud secara tidak sengaja atau tidak sadar (Murtutik, 2016).

2.3.4 Bentuk – Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk perubahan perilaku dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu perubahan alamiah (*natural change*) yaitu perilaku manusia selalu berubah dan perubahan tersebut disebabkan kejadian yang alamiah yang dialami oleh seseorang. Perubahan rencana (*planned change*) merupakan perubahan yang terjadi karena memang sudah direncanakan oleh seseorang. Kesiapan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda, itu dapat terjadi karena inovasi atau program pembangunan yang ada di masyarakat (Murtutik, 2016).

2.4 Konsep Komunikasi

2.4.1 Definisi Komunikasi

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi (pesan, ide atau gagasan) dari satu pihak kepada pihak lain. Umumnya komunikasi dilakukan secara lisan atau verbal. Jika tidak dapat secara verbal maka komunikasi dapat dilakukan dengan menggunakan gerak – gerak badan, menunjukkan sikap tertentu seperti tersenyum, menggelengkan kepala dan mengangkat bahu. Cara tersebut disebut komunikasi nonverbal (Stewart, 2006). Komunikasi adalah proses penyampaian

pikiran atau perasaan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang-lambang yang bermakna bagi kedua pihak, dalam situasi yang tertentu komunikasi menggunakan media tertentu untuk merubah sikap atau tingkah laku seorang atau sejumlah orang sehingga ada efek tertentu yang diharapkan (Effendy, 2003).

2.4.2 Fungsi Komunikasi

a. Menginformasikan (*to inform*)

Komunikasi dapat menginformasikan kepada masyarakat mengenai peristiwa yang terjadi, ide atau pikiran dan tingkah laku orang lain, serta segala sesuatu yang disampaikan orang lain.

b. Mendidik (*to educated*)

Komunikasi merupakan sarana pendidikan. Dengan komunikasi, manusia dapat menyampaikan ide dan pikirannya kepada orang lain sehingga orang lain mendapatkan informasi dan ilmu pengetahuan.

c. Menghibur (*to entertain*)

Komunikasi selain berguna untuk menyampaikan komunikasi, pendidikan dan mempengaruhi juga berfungsi untuk menyampaikan hiburan atau menghibur orang lain.

d. Mempengaruhi (*to influence*)

Komunikasi dapat mempengaruhi setiap individu yang berkomunikasi dan berusaha saling mempengaruhi jalan pikiran komunikan (Effendy, 2003).

2.5 Usaha Kesehatan Sekolah

2.5.1 Definisi Usaha Kesehatan Sekolah

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan usaha yang dilakukan sekolah untuk membantu murid dan warga sekolah yang sakit di kawasan sekolah. Menurut Notoatmojo (2007) pendidikan kesehatan dapat menghasilkan peningkatan dan akan berpengaruh pada sikap dan perilaku. Perubahan pengetahuan sikap dan perilaku kesehatan dapat meningkatkan kemampuan hidup sehat. Menurut Departemen Pendidikan dan Kebudayaan dalam KEMKES (2015) UKS adalah upaya membina dan mengembangkan kebiasaan hidup sehat yang dilakukan secara terpadu melalui program pendidikan dan pelayanan kesehatan di sekolah, perguruan agama serta usaha-usaha yang dilakukan dalam rangka pembinaan dan pemeliharaan kesehatan dilingkungan sekolah.

2.5.2 Tujuan dan Sasaran Usaha Kesehatan Sekolah

Menurut KEMKES (2015) tujuan program UKS secara umum adalah untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sehat sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang harmonis dan optimal. Sedangkan tujuan khusus untuk memupuk kebiasaan hidup sehat dan meningkatkan derajat kesehatan peserta didik yang mencakup:

- 1 Penurunan angka kesakitan anak sekolah.
- 2 Peningkatan kesehatan peserta didik (fisik, mental, sosial)
- 3 Agar peserta didik memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip-prinsip hidup sehat serta berpartisipasi aktif dalam usaha peningkatan kesehatan di sekolah.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- 4 Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan terhadap anak sekolah.
- 5 Meningkatkan daya tangkal dan daya hayat terhadap pengaruh buruk narkotika, rokok, alkohol dan obat-obatan berbahaya lainnya.

Peran UKS dalam penyampaian informasi kesehatan reproduksi yang sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Budiono and Sulistyowati, (2013) yang menunjukkan hasil bahwa peran UKS dalam penyampaian informasi kesehatan reproduksi pada siswa SMP Negeri x Surabaya dapat di berikan secara menyeluruh dan komperhensif. Sasaran program UKS meliputi seluruh peserta baik pada tingkat sekolah taman kanak-kanak, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan agama, pendidikan kejuruan, maupun pendidikan khusus (sekolah luar biasa). Sementara pada tingkat Sekolah Dasar program UKS lebih diprioritaskan pada kelas 1, 3, 6, antara lain dengan pertimbangan pada kelas 1 merupakan fase penyesuaian pada lingkungan sekolah baru juga terkait imunisasi ulangan dan lepas dari pengawasan orang tua yang memiliki kemungkinan kontak dengan berbagai penyebab penyakit lebih besar saat yang baik untuk diimunisasi ulangan. Pada kelas 3 dengan tujuan evaluasi hasil pelaksanaan UKS pada kelas sementara pada kelas 6 sebagai persiapan kesehatan pada peserta didik ke jenjang pendidikan selanjutnya (KEMKES, 2015).

2.5.3 Pembinaan Usaha Kesehatan Sekolah

Pembinaan program UKS, pada tingkat Kabupaten dan Kecamatan dibentuk dengan membentuk Tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah (TPUKS). Menurut KEMKES (2015) beberapa kegiatan TPUKS tersebut antara lain meliputi:

- 1 Pembinaan sarana keteladanan gizi, seperti kantin sekolah.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- 2 Pembinaan sarana keteladanan lingkungan, seperti pemeliharaan dan pengawasan pengelolaan sampah, SPAL, WC dan kamar mandi, kebersihan kantin sekolah, ruang UKS dan ruang kelas, usaha mencegah pengendalian vektor penyakit.
- 3 Pembinaan personal higiene peserta didik dengan pemeriksaan rutin kebersihan kuku, telinga, rambut, gigi, serta dengan mengajarkan cara gosok gigi yang benar.
- 4 Pengembangan kemampuan peserta didik untuk berperan aktif dalam pelayanan kesehatan antara lain dalam bentuk kader kesehatan sekolah dan dokter kecil
- 5 Penjaringan kesehatan peserta didik baru
- 6 Pemeriksaan kesehatan secara periodik
- 7 Imunisasi, pengawasan sanitasi air, usaha P3K di sekolah
- 8 Rujukan medik, penanganan kasus anemia
- 9 Forum komunikasi terpadu dan pencatatan dan pelaporan

Pelaksana program UKS antara lain meliputi guru UKS, peserta didik, Tim UKS Puskesmas, serta masyarakat sekolah (komite sekolah). Pada tingkat Puskesmas, dengan seorang koordinator pelaksana terdiri dari dokter, perawat, petugas imunisasi, pelaksana gizi, serta sanitarian.

2.5.4 Prinsip Pengelolaan Usaha Kesehatan Sekolah

Menurut KEMKES (2015) prinsip dari pengelolaan UKS adalah sebagai berikut :

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- 1 Mengikutsertakan peran serta masyarakat sekolah, yang antara lain meliputi guru, peserta didik, karyawan sekolah, Komite Sekolah (orang tua murid).
- 2 Kegiatan yang terintegrasi, dengan pelayanan kesehatan menyeluruh yang menyangkut segala upaya kesehatan pokok puskesmas sebagai satu kesatuan yang utuh dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan peserta didik.
- 3 Melaksanakan rujukan, dengan mengatasi masalah kesehatan yang tak dapat diatasi di sekolah ke fasilitas kesehatan seperti Puskesmas atau rumah sakit.
- 4 Kolaborasi tim, dengan melibatkan kerja sama lintas sektoral dengan pembagian tugas pokok dan fungsi yang jelas

2.5.5 Kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah

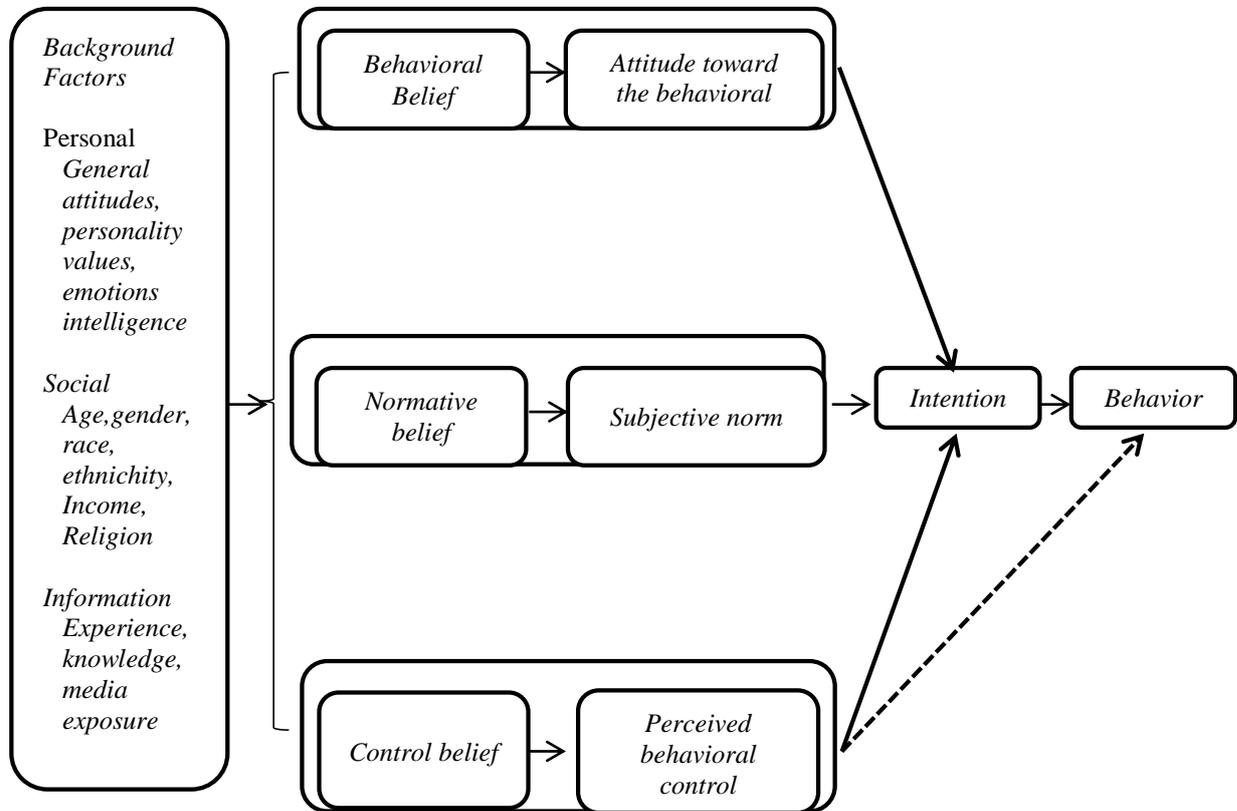
Kegiatan UKS menurut KEMKES (2015) adalah sebagai berikut;

- 1 Pemeriksaan kesehatan (kehatan gigi dan mulut, mata telinga dan tenggerokan, kulit dan rambut).
- 2 Pemeriksaan perkembangan kecerdasan.
- 3 Pemberian imunisasi.
- 4 Penemuan kasus-kasus dini.
- 5 Pengobatan sederhana.
- 6 Pertolongan pertama.
- 7 Rujukan.

2.6 Teori Perilaku Terencana (*Theory Of Planned Behavior*)

Theory of Planned Behavior adalah perluasan dari teori *reasoned action* yang dibuat karena keterbatasan model sebelumnya dalam menjelaskan perilaku antar individu yang memiliki kontrol kemauan yang kurang bagus. *Theory of planned*

behavior dan teori *reasoned action* mengeksplorasi hubungan antara perilaku, kepercayaan, sikap dan niat. Gambaran sistematis *theory of planned behavior* sebagai berikut:



Gambar 2. 1 *Theory Of Planned Behavior* (Ajzen, 2005)

Berdasarkan teori tersebut, perilaku manusia ditentukan oleh tiga hal yaitu kepercayaan tentang kecenderungan hasil pencapaian perilaku dan evaluasi pada hasil pencapaian tersebut (*behavioral belief*), kepercayaan pada harapan normatif terhadap orang lain dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative belief*) dan kepercayaan tentang adanya faktor yang bisa mendorong atau menghambat pelaksanaan perilaku dan kekuatan faktor yang dirasakan (*control belief*). Dalam kumpulan perspektif tersebut, kepercayaan perilaku menghasilkan sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) yang disukai atau tidak,

kepercayaan normatif akan menghasilkan norma subjektif (*subjective norm*) dan kepercayaan terhadap kontrol meningkatkan kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*). Perpaduan antara sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan akan mempengaruhi niat (*intention*). Semakin dapat disenangi sikap dan norma subjektif, semakin besar kontrol yang dirasakan, seharusnya semakin kuat *intention* seseorang untuk melakukan perilaku yang ditanyakan. Akhirnya derajat kontrol perilaku aktual yang cukup diharapkan dapat mewujudkan *intention* jika ada kesempatan. *Intention* selanjutnya diasumsikan sebagai perilaku.

Sebagaimana dalam teori *reasoned action* sebelumnya, faktor sentral dalam teori *planned behavior* adalah *intention* individu untuk melakukan suatu perilaku tertentu. *Intention* dimaksudkan untuk mengetahui faktor motivasi yang memengaruhi suatu perilaku, hal tersebut merupakan indikasi seberapa keras seseorang berkeinginan untuk mencoba, seberapa banyak usaha yang mereka rencanakan untuk digunakan supaya dapat melakukan perilaku tersebut. Semakin kuat *intention* terhadap perilaku, semakin cenderung seseorang untuk melakukannya. Secara bersamaan faktor – faktor ini menggambarkan kontrol aktual individu terhadap perilaku (Ajzen, 2006).

Secara ringkas definisi dari variabel pada *theory of planned behavior* adalah sebagai berikut:

1. Kepercayaan perilaku atau sikap terhadap perilaku.
 - a. Kepercayaan perilaku (*behavioral belief*) adalah kepercayaan individu tentang konsekuensi suatu perilaku tertentu. Konsep tersebut berdasarkan

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

kemungkinan subjektif bahwa perilaku tersebut akan menghasilkan hasil pencapaian tertentu (*outcome*).

- b. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) merupakan evaluasi penampilan diri individu terhadap suatu perilaku tertentu baik positif maupun negatif. Konsep tersebut menunjukkan derajat penampilan perilaku yang dinilai positif atau negatif. Hal tersebut ditentukan oleh sejumlah kepercayaan perilaku yang berhubungan dengan perilaku terhadap berbagai macam hasil pencapaian dan perihal lainnya (Ajzen, 1991). Salah satu faktor yang melatarbelakangi sikap adalah pengetahuan yang diperoleh individu. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian dari Rahman *et al.*, (2017) menunjukkan bahwa pengetahuan atau informasi yang diperoleh individu akan mempengaruhi sikap individu.
2. Kepercayaan normatif dan norma subjektif
 - a. Kepercayaan normatif (*normative belief*) adalah persepsi individu tentang suatu perilaku tertentu, yang dipengaruhi oleh penilaian orang lain yang penting dalam hidupnya.
 - b. Norma subjektif (*subjective norm*) adalah persepsi individu terhadap pengaruh normatif sosial atau kepercayaan lain yang sesuai dan mempengaruhi kepuasan apakah dia seharusnya melakukan perilaku tersebut atau tidak. Hal tersebut diperkuat dengan jurnal yang dikemukakan oleh Arousell and Carlbom (2016) bahwa praktik dan sikap yang terkait dengan kepercayaan individu akan mempengaruhi perilaku seseorang.
 3. Kepercayaan terhadap kontrol dan kontrol perilaku yang dirasakan.

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- a. Kepercayaan terhadap kontrol (*control belief*) adalah kepercayaan individu tentang adanya faktor yang bisa mendorong atau menghambat terlaksananya perilaku.
 - b. Kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*) adalah persepsi individu terhadap suatu perilaku tertentu, apakah mudah atau sulit untuk dilakukan. Hal ini diasumsikan bahwa kontrol perilaku yang dirasakan ditentukan oleh sejumlah kepercayaan yang dimiliki individu terhadap perilaku (*control belief*) (Ajzen, 1991).
4. Niat dan perilaku.
- a. Niat merupakan indikasi kesiapan individu untuk melakukan perilaku tertentu. Perilaku tersebut diasumsikan sebagai kelanjutan dari perilaku sebelumnya (*antecedent behavior*). Perilaku tersebut dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku yang dirasakan, dimana setiap komponen sangat penting dalam kaitannya dengan perilaku atau sejumlah ketertarikan.
 - b. Perilaku (*behavior*) merupakan respon individu yang dapat diamati dalam situasi tertentu dengan melihat target yang diberikan. Ajzen mengatakan bahwa perilaku merupakan fungsi dari niat dan persepsi kontrol perilaku yang sesuai dalam penguasaan perilaku yang dirasakan dan diharapkan dapat memoderatori efek niat terhadap perilaku, sehingga niat baik menghasilkan perilaku jika perilaku tersebut dirasa kuat (Ajzen, 1991).

2.7 Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 *Keyword development*

Remaja	Pola	Kesehatan Reproduksi	Teori Perilaku Terencana
<i>Teenagers</i>	Pola Komunikasi	<i>Reproductive Health</i>	<i>Theory of planned behavior</i>
<i>Adolescent</i>	Pola Perilaku		

Untuk melakukan tinjauan pustaka, peneliti menggunakan kata kunci dan alternatif kata kunci seperti diatas (Table 2.1). Alternatif kata kunci tersebut digunakan untuk mencari literature artikel jurnal, *database proquest, scopus, science direct, repository* unair dan *google scholar* digunakan untuk mendapatkan artikel dan mengerucutkan pencarian berdasarkan judul, abstrak dan hasil penelitian. Jurnal yang sesuai dengan penelitian terdapat pada tabel 2.2.

Tabel 2.2 Keaslian penelitian

No.	Judul Artikel	Metode	Hasil Penelitian
1.	Pola Komunikasi dan Informasi Kesehatan Reproduksi antara Ayah dan Remaja (Ekasari, 2007)	Desain: <i>Cross Sectional</i> Sampel : 100 responden Variable: faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Instrument : kuesioner Analisis : univariat, bivariate dan multivariate (regresi logistik)	Di Kecamatan Soreang dan Banjaran Kabupaten Bandung, sekitar 51% ayah memperlihatkan pola komunikasi dan pemberian informasi kesehatan reproduksi yang kurang terhadap anak remaja. Topik diskusi antara ayah dan anak remaja perempuan paling banyak adalah tentang pergaulan bebas dan dampaknya (49 %). Penelitian ini menemukan ayah yang memberi informasi tentang menstruasi kepada anak perempuan (35,6%).
2.	Peran UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) Dalam Penyampaian Informasi Kesehatan Reproduksi Terhadap Siswa SMP Negeri X Di Surabaya (Budiono and Sulistyowati, 2013)	Desain : deskriptif observasional, <i>cross sectional</i> Sampel : <i>purposive sampling</i> Variabel : Independen (pengetahuan, sumber	Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi sudah baik meskipun ada beberapa yang masih belum memahami mengenai perkembangan fisik, mental, dan sosial terkait pubertas. Sumber informasi yang didapat tentang kesehatan reproduksi yang paling sering di akses remaja yaitu dari

		<p>informasi, media, opini peran UKS) Dependen (penyampaian informasi kesehatan reproduksi) Instrumen : kuesioner Analisis : deskriptif statistic frekuensi</p>	<p>internet di mana kebenaran informasi masih belum bisa di pertanggung jawabkan. Opini siswa masih memandang bahwa ruang UKS adalah tempat orang sakit dan membutuhkan perawatan meskipun sudah ada yang mengetahui bahwa ruang UKS adalah tempat untuk merawat, membina dan mengakses informasi kesehatan. Informasi terhadap kesehatan reproduksi masih belum komperhensif dalam penyampaiannya kepada siswa. Penggunaan media elektronik lebih sering di gunakan siswa dan perawat dalam menyampaikan informasi kesehatan reproduksi dari pada media cetak. Peran UKS dalam penyampaian informasi kesehatan reproduksi pada siswa SMP Negeri x Surabaya dapat di berikan secara menyeluruh dan komperhensif.</p>
3.	<p><i>Women's television watching dan reproductive health behavior in Bangladesh</i> (Rahman et al., 2017)</p>	<p>Desain : <i>learning and ideational change</i> Sampel : 60.000 wanita Variabel : 1. <i>Ideal Family size</i> 2. <i>Current contraceptive use</i> 3. <i>Birth in the 24 months before the survey</i> 4. <i>4 or mor ANC</i> 5. <i>Use of skilled birth attendant</i> Instrumen : kuesioner Analisis : multivariat</p>	<p>Hasil analisis mendukung hipotesis bahwa menonton TV yang dikaitkan dengan perilaku kesehatan reproduksi pada wanita di Bangladesh. Hasilnya adalah wanita yang menonton TV bahkan yang kadang – kadang menonton memiliki perilaku seksual lebih baik dibandingkan dengan yang tidak menonton. Hasil observasi menemukan bahwa banyak wanita yang menginginkan keluarga kecil, wanita menggunakan kontrasepsi, banyak yang tidak melahirkan dalam 2 tahun sebelum survei dan minimal sudah melakukan ANC sebanyak 4 kali.</p>
4.	<p>Pengaruh Komunikasi Orang Tua Tentang Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Dan Penanaman Nilai-Nilai Religiusitas</p>	<p>Desain : analisis kuantitatif Sampel : 73 responde (random sampling) Variabel : Independen (komunikasi orangtua tentang</p>	<p>Terdapat pengaruh antara komunikasi orangtua tentang kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja. Terdapat pengaruh antara komunikasi orangtua tentang keagamaan dengan perilaku seksual remaja</p>

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

	Terhadap Prilaku Seksual Remaja (Nurhidayah, 2011)	kesehatan reproduksi dan komunikasi orangtua tentang nilai religiusitas) Dependen (perilaku seksual remaja) Instrument : kuesioner Analisis : -	
5.	Kesehatan reproduksi remaja putri di pondok pesantren sidoarjo jawa timur (Mairo, 2015)	Desain :observasional analitik Sampel : 100 remaja putri Variabel : Independen (pengetahuan, sikap, komunikasi guru, komunikasi teman sebaya, sumber informasi) Dependen (kesehatan reproduksi) Instrument : kuesioner Analisis : univariat, bivariate dan multivariat	Remaja yang bermasalah dalam kesehatan reproduksi sebanyak 68%. Masalah kesehatan reproduksi di pondok pesantren masih tinggi. Pengetahuan yang tinggi akan berdampak pada kesehatan reproduksi remaja putri di pondok pesantren. Sikap yang baik pada reproduksi akan berdampak terhadap baiknya kesehatan reproduksi remaja putri di pondok pesantren. Komunikasi orangtua, komunikasi guru, dan sumber informasi tidak mempunyai hubungan dengan kesehatan reproduksi remaja putri di pondok pesantren. Komunikasi teman sebaya merupakan faktor yang paling berhubungan dengan kesehatan reproduksi remaja putri di pondok pesantren.
6.	Pengetahuan Dan Persepsi Mahasiswa Tentang Kesehatan Reproduksi Dan Permasalahannya (Pertwi and Salirawati, 2014)	Desain: <i>Cross Sectional</i> . Sampel : 351 responden Variabel : Dependen (pengetahuan tentang kesehatan reproduksi) Independen (asal fakultas, jenis kelamin dan status sosial ekonomi) Instrumen : kuesioner Analisis : bivariat	Pengetahuan responden akan kesehatan reproduksi masih kurang memadai dengan skor tertinggi pada responden FMIPA dan terendah pada FBS. Keseluruhan responden masih percaya kebenaran mitos-mitos yang tidak terbukti kebenarannya secara ilmiah dilihat dari rendahnya tingkat persepsi responden.
7.	Penguat Kesehatan Reproduksi Di Komunitas Muslim Kab. Banyuwangi (Andriani and Nasrullah, 2014)	Desain : Kualitatif Sampel : 28 informan Variabel : Penguatan Kesehatan Reproduksi Instrumen : interview dan FGD	Penguatan kesehatan reproduksi di komunitas muslim kabupaten Banyuwangi dapat diidentifikasi melalui Pemahaman tentang Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas, Persoalan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja, Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

			(PKRS) di Pesantren, Kebijakan dan Strategi Penguatan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja, dan Prospek Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas (PKRS) Remaja
8.	<i>Mexican Adolescents' Self-Reports of Parental Monitoring and Sexual Communication for Prevention of Sexual Risk Behavior</i> (Dávila et al., 2017)	Desain : deskriptif Sampel : 153 responden Variabel : Pemantauan Parental dan Seksual Komunikasi untuk Pencegahan Perilaku Berisiko Seksual Instrumen : wawancara dan angket Analisis : chi square	Sebelas persen remaja melaporkan aktivitas seksualnya sendiri. Perbedaan kelompok yang signifikan berdasarkan usia, jenis kelamin dan aktivitas seksual diidentifikasi mengenai pemantauan orang tua dan komunikasi seksual termasuk: kurang pemantauan orang tua dengan usia yang lebih tua (perbandingan 14 dan 15 tahun); pemantauan orang tua lebih banyak untuk wanita daripada laki-laki; kurang pemantauan untuk remaja yang aktif secara seksual; komunikasi seksual yang lebih besar untuk pria daripada wanita, dan di antara remaja yang aktif secara seksual.
9.	Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Tingkat Pengetahuan Siswa SMAN 6 Kecamatan Pontianak Timur Tahun 2013 (Buzarudina, 2013)	Desain : <i>quasy eksperimental</i> Sampel : 89 sampel Variabel : Dependen (tingkat pengetahuan) Independen (penyuluhan kesehatan reproduksi) Instrumen : kuesioner Analisis : uji wilcoxon	Nilai rata-rata (mean) skor responden sebelum diberikan penyuluhan adalah 29,06, yang menunjukkan bahwa responden rata-rata memiliki tingkat pengetahuan yang tidak baik. Sebelum diberikan penyuluhan tidak ada (0%) responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik, 10,3% responden memiliki tingkat pengetahuan cukup, 19,5% responden memiliki tingkat pengetahuan kurang baik, dan 70,2% memiliki tingkat pengetahuan tidak baik. Nilai tengah (median) skor responden setelah diberikan penyuluhan sebesar 66,67, berarti responden memiliki tingkat pengetahuan cukup baik. Setelah dilakukan penyuluhan 39,1% responden memiliki tingkat pengetahuan baik, 32,2% responden memiliki tingkat

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

			pengetahuan cukup, 17,2% responden memiliki tingkat pengetahuan kurang baik, dan 11,5% responden memiliki tingkat pengetahuan tidak baik. Terdapat perbedaan yang bermakna antara skor sebelum penyuluhan dengan skor setelah penyuluhan, berarti penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi remaja efektif dalam meningkatkan pengetahuan responden mengenai kesehatan reproduksi remaja.
10.	Aplikasi Teori Perilaku Berencana (<i>Theory Of Planned Behavior</i>) Kesehatan Reproduksi Remaja Di SMU N Karanganyar (Murtutik, 2016)	Desain : <i>analitik observasional</i> Sampel : 205 sampel Variabel : Dependen (niat, perilaku) Independen (sikap, norma subjektif, kontrol perilaku persepsian) Instrumen : kuesioner Analisis : analisis jalur	Variabel sikap terhadap perilaku berpengaruh positif terhadap niat perilaku. Variabel norma subjektif berpengaruh positif terhadap niat berperilaku. Variabel kontrol perilaku persepsi berpengaruh positif terhadap niat perilaku.. Variabel kontrol perilaku persepsi berpengaruh positif terhadap perilaku . Variabel niat berperilaku berpengaruh positif terhadap perilaku.