

**Kode/Bidang Ilmu : 371/Ilmu Keperawatan**

**LAPORAN TAHUNAN  
PENELITIAN HIBAH BERSAING**



**KLINIK KESEHATAN SAHABAT REMAJA BERBASIS  
KOMUNITAS**

**Tahun ke -1 dari rencana 2 tahun**

**TIM PENELITI**

**Iis Rahmawati, S.Kp. M.Kes (NIDN 0011097506)  
Ns. Tantut Susanto, M.Kep. Sp.Kep.Kom (NIDN 0005018003)  
Ns. Wantiyah, M.Kep (NIDN 0012078105)**

**UNIVERSITAS JEMBER**

**DESEMBER 2013**

## **Klinik Kesehatan Sahabat Remaja Berbasis Komunitas**

Peneliti : Iis Rahmawati<sup>1</sup>, Tantut Susanto<sup>2</sup>, Wantiyah<sup>3</sup>  
Mahasiswa Terlibat : Yesi Luki N.C., Dina Aprillia A., Elok Nur L.F.  
Sumber Dana : Hibah Bersaing Dana BOPTN 2013

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Maternitas, PSIK Universitas Jember

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Komunitas, PSIK Universitas Jember

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, PSIK Universitas Jember

### ABSTRAK

Masalah perilaku seksual berisiko remaja diakibatkan oleh pola adaptasi perubahan fisik, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual selama periode pertumbuhan remaja. Remaja. Adaptasi Pertumbuhan mendapatkan fasilitas oleh kelompok remaja dan keluarga sebagai unit pengolahan remaja di rumah melalui klinik kesehatan yang ramah remaja berbasis masyarakat . Remaja Program Klinik Kesehatan ramah (AFHC) berbasis masyarakat aplikasi dalam upaya meningkatkan kemampuan remaja dalam melakukan klinik kesehatan remaja yang ramah program berbasis masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja di daerah perkotaan dan pedesaan Kabupaten Jember. Tujuan Pencapaian program ini adalah adanya remaja Medicare yang bersifat perawatan adolescently (ramah remaja), make-up kemampuan (pengetahuan, sikap , dan keterampilan), dan kemandirian remaja dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja melalui remaja teman klinik Program berbasis masyarakat di daerah perkotaan dan pedesaan Kabupaten Jember. Metode Penelitian melalui kuasi eksperiment dengan rancangan pretest dengan kelompok desain dua kontrol acak dan postes. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa differences pengetahuan, sikap, dan perilaku seksual dan kesehatan reproduksi remaja sebelum dan sesudah perawatan di masyarakat (p 0.000). Penelitian ini telah direkomendasikan tentang Model program Remaja Klinik Kesehatan ramah (AFHC) berdasarkan komunitas aplikasi.

Kata kunci : Remaja, Kesehatan Reproduksi, Komunitas, AFHC

## **Adolescent Friendly Health Clinic Based On Community**

Peneliti : Iis Rahmawati<sup>1</sup>, Tantut Susanto<sup>2</sup>, Wantiyah<sup>3</sup>  
Mahasiswa Terlibat : Yesi Luki N.C., Dina Aprillia A., Elok Nur L.F.  
Sumber Dana : Hibah Bersaing Dana BOPTN 2013

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Maternitas, PSIK Universitas Jember

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Komunitas, PSIK Universitas Jember

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, PSIK Universitas Jember

### ABSTRACT

Problems of behavior of sexual of berisiko adolescent resulted by adaptation pattern of change of physical, psychological, social, cultural, and spiritual during a period of adolescent growth. Adolescent. Growth adaptation earn facility by adolescent group and family as adolescent treatment unit at home through adolescent friendly health clinic based on community. Adolescent Friendly Health Clinic program (AFHC) based on application community in the effort improving adolescent ability in conducting adolescent friendly health clinic program base on community to overcome the problem of health of adolescent reproduction in area of urban and of rural Sub-Province of Jember. Goals Attainment of this program is the existence of adolescent Medicare which have the character of care adolescently (friendly adolescent), make-up of ability (knowledge, attitude, and skill), and adolescent independence in overcoming the problem of health of adolescent reproduction through adolescent friend clinic program base on community in area of urban and of rural Sub-Province of Jember. Method Research through eksperimen quasi with device of the pretest with design group two control randomized and of posttest. Result of this research showed that the diferences of knowledge, attitude, and behavior sexual and reproductive health of adolescent before and after treatment in community (p 0.000). this research have recomended about Model of Adolescent Friendly Health Clinic program (AFHC) based on application community.

Keywords: Adolescent, Reproductive health, Community, AFHC

## **Klinik Kesehatan Sahabat Remaja Berbasis Komunitas**

Peneliti : Iis Rahmawati<sup>1</sup>, Tantut Susanto<sup>2</sup>, Wantiyah<sup>3</sup>  
Mahasiswa Terlibat : Yesi Luki N.C., Dina Aprillia A., Elok Nur L.F.  
Sumber Dana : Hibah Bersaing Dana BOPTN 2013

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Maternitas, PSIK Universitas Jember

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Komunitas, PSIK Universitas Jember

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, PSIK Universitas Jember

### **Latar Belakang**

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat (Allender & Spardley, 2001). Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya (WHO, 2008). Beberapa program kesehatan reproduksi remaja telah dilakukan dan diujicobakan di beberapa negara. Program-program tersebut memiliki keunggulan dan kelemahan baik dalam proses maupun evaluasinya. Program-program tersebut antara lain *Adolescent Friendly* (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009); MCFC (UNICEF, 2002); FC (Sun, 2002), dan PKPR (Depkes, 2003). Program-program tersebut menunjukkan hasil yang positif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi di komunitas, tetapi belum mampu melibatkan unit terkecil masyarakat yaitu keluarga dalam menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi berdasarkan latar belakang budaya keluarga dan masyarakat setempat.

Program KSR berbasis komunitas memiliki keunggulan dalam aspek tujuan, sasaran, tatanan, dan metode serta langkah program. Program KSR lebih menitikberatkan tujuan program pada remaja sendiri, kelompok remaja, keluarga, dan masyarakat. Program KSR memiliki sasaran yang lebih luas yaitu pada remaja di masyarakat yang diharapkan akan dapat menerapkan pola kehidupan reproduksi yang sehat pada diri remaja, keluarga, sekolah, dan masyarakat. Hal ini sangat lebih menguntungkan apabila dibandingkan dengan program PKPR. Cakupan program pelayanan kesehatan anak dan remaja dalam bentuk PKPR oleh Departemen Kesehatan RI difokuskan didalam sekolah adalah 85% dan diluar sekolah adalah 20% (Depkes, 2008).

Program KSR dilakukan dalam tatanan remaja di komunitas sehingga akan mudah diakses dan dijangkau oleh remaja berdasarkan ketersediaan sumber daya, dana, dan waktu remaja di masyarakat. Hal ini berbeda dengan program *Friendly Clinics* (FC) yang hanya sebatas klinik untuk remaja, meskipun klinik tersebut berada di masyarakat tetapi kemungkinan tidak bisa diakses oleh keluarga remaja karena memiliki jam kunjung dan harga pelayanan tertentu. (Sun, 2002). Program KSR memiliki metode yang lebih praktis melalui pembelajaran partisipatif remaja mengenai kesehatan reproduksi. Kelompok remaja akan terhimpun dalam suatu *peer group* remaja yang akan dipandu atau difasilitasi oleh perawat keluarga. Keluarga dan remaja akan dilakukan deteksi tumbuh kembang kesehatan reproduksi,

pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi yang akan dibandingkan sebelum dan sesudah mengikuti kegiatan KSR. Hal ini sangat lebih aplikatif apabila dibandingkan dengan program *My Future is My Choices* (MFMC). Program MFMC diimplementasikan dengan keterlibatan remaja dalam pengawasan dan manajemen harian dalam memberikan ketrampilan hidup, pelatihan, mendistribusikan kondom dan materi-materi kesehatan reproduksi ke sekolah-sekolah, meningkatkan akses layanan ke fasilitas kesehatan, dan membantu setiap lulusan pelatihan untuk bergabung sebagai relawan untuk melanjutkan program (UNICEF, 2002).

Permasalahan perilaku seksual berisiko remaja diakibatkan karena pola adaptasi dari perubahan fisik, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual selama masa perkembangan remaja. Adaptasi perkembangan remaja dapat difasilitasi oleh kelompok remaja dan keluarga sebagai unit perawatan remaja di rumah melalui suatu klinik sahabat remaja berbasis komunitas. Program klinik sahabat remaja (KSR) berbasis komunitas diaplikasikan dalam upaya meningkatkan kemampuan remaja dalam melakukan program klinik sahabat remaja berbasis komunitas untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja di daerah urban dan rural Kabupaten Jember. Target pencapaian dari program ini adalah adanya program kesehatan remaja yang bersifat peduli remaja (*adolescent friendly*), peningkatan kemampuan (pengetahuan, sikap, dan keterampilan), dan kemandirian remaja dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja melalui program klinik sahabat remaja berbasis komunitas di daerah urban dan rural Kabupaten Jember.

### **Metodologi Penelitian**

Metode penelitian melalui *quasi eksperiment* dengan rancangan *the randomized control two group design with pretest dan posttest*. Penelitian akan dilakukan selama 4 bulan. Pada penelitian tahun pertama ini dilakukan pengkajian terhadap perilaku kesehatan reproduksi remaja dan beberapa faktor yang berpengaruh yang kemudian dilakukan suatu intervensi berupa pembelajaran partisipatif remaja dalam suatu kelompok remaja selama 4 kali sesi setiap minggu, dan kemudian dilakukan pengukuran kembali terhadap perilaku kesehatan reproduksi remaja baik di daerah rural maupun urban Kabupaten Jember. Penarikan sampel dilakukan dengan metode *stratified random sampling* dengan unit analisis kepala keluarga dengan jumlah sampel 116 remaja. Teknik pengambilan sampel ini dilakukan karena populasi terdiri dari tingkatan-tingkatan tertentu. Setelah dipilih secara bertingkat kemudian pada tiap tingkat dipilih secara random.

Kriteria sampel adalah remaja berusia 15 – 19 tahun dan bertempat tinggal di daerah urban dan rural Kabupaten Jember pada remaja dengan permasalahan kesehatan reproduksi, remaja yang sudah mengalami perkembangan seks primer dan sekunder, dapat membaca dan menulis, menetap di area urban Kabupaten Jember, dan bersedia menjadi responden. Lokasi penelitian akan dilakukan pada ketiga Kecamatan sebagai daerah urban di Kabupaten Jember, yaitu Kecamatan Sumbersari, Kecamatan Kaliwates, dan Kecamatan Patrang. Sedangkan untuk daerah rural adalah Kecamatan Puger, Kecamatan Balung, dan Kecamatan Kencong.

Peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa kuesioner yang diadopsi dari pelaksanaan proyek inovasi Susanto (2010). Evaluasi hasil pelaksanaan kegiatan KSR berbasis keperawatan komunitas terkait dengan kesehatan reproduksi akan

dilakukan pengukuran melalui pretest dan posttest. Pengukuran dilakukan untuk menilai sejauh mana keberhasilan proyek inovasi KSR ini dilaksanakan terkait dengan aspek pelayanan kesehatan reproduksi remaja melalui program KSR, kegiatan social support group, kegiatan kelompok remaja dan kemandirian remaja dalam pencapaian ketrampilan hidup remaja. Pengukuran kegiatan dilakukan sebanyak dua kali pengukuran, yaitu: diawal program kegiatan dan diakhir program kegiatan.

Program KSR dilakukan dalam beberapa langkah yang terencana, terkoordinasi, dan terarah. Kegiatan KSR dimulai dengan saresahan remaja, penjaringan calon kader remaja, pelatihan kader remaja tentang pembelajaran dalam kegiatan KSR, pelaksanaan kegiatan KSR melalui dukungan dari kelompok social support group, dan evaluasi kegiatan dalam monitoring, supervise, dan evaluasi melalui pencatatan dan pelaporan kegiatan. Kegiatan KSR dijabarkan melalui adanya buku panduan program KSR, buku panduan peer educator dan peserta social support group, sistem deteksi tumbuh kembang kesehatan reproduksi remaja, pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan reproduksi remaja, sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan, serta panduan penilaian program pelayananan KSR. Langkah-langkah kegiatan dalam program KSR merupakan integrasi dari keempat model pelayanan kesehatan reproduksi remaja: Adolescent Friendly (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009); MCFC (UNICEF, 2002); FC (Sun, 2002), dan PKPR (Depkes, 2003).

Penyusunan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja, juga disesuaikan dengan tata nilai budaya masyarakat setempat dengan penekanan pada mempertahankan budaya, negosiasi budaya, dan rekuntruksiasi budaya (Leininger, 2002). Kegiatan KSR yang berjalan kemudian dilakukan melalui komunikasi terbuka melalui pembelajaran partisipatif keluarga remaja sehingga remaja mampu mengungkapkan pendapat dan permasalahan kesehatan reproduksi sesuai dengan latar belakang nilai budaya dan sosial keluarga remaja peserta KSR. Data kuantitatif dari kuesioner diolah dengan menggunakan SPSS. Awalnya setelah seluruh kuesioner masuk maka peneliti melakukan cleaning data, kemudian barulah diolah dengan SPSS sesuai dengan tujuan penelitian dan data yang terkumpulkan.

## **Hasil dan Pembahasan**

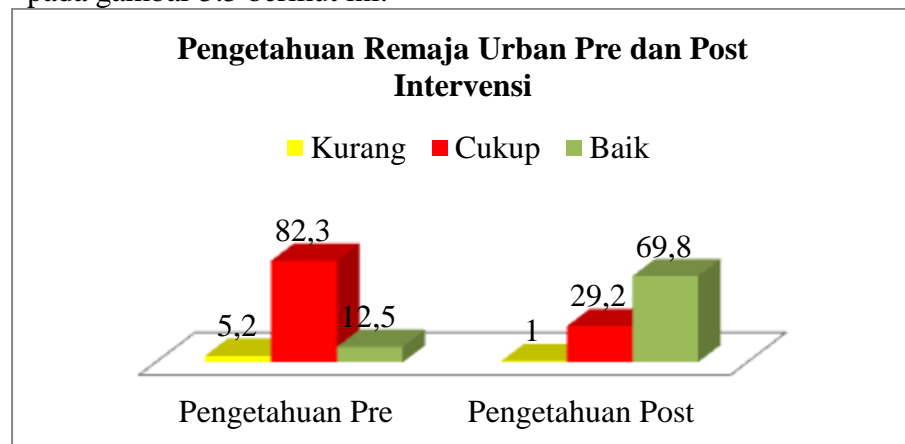
### **5.1 Perilaku seksual berisiko remaja di daerah Kabupaten Jember**

Perilaku kesehatan reproduksi remaja diidentifikasi pada sebelum intervensi sebagai perilaku yang berisiko. Kuesioner dibagikan pada 96 remaja di wilayah urban dan 96 remaja di wilayah rural. Dari hasil indentifikasi awal tersebut, tersajikan dalam suatu data sebelum intervensi program sebagai suatu perilaku seksual remaja yang berisiko. Dari 96 responden di wilayah urban dan rural tersebut, kemudian dilakukan intervensi suatu program melalui pendidikan kelompok sebaya dengan suatu fasilitasi dari peneliti melalui suatu permainan kesehatan reproduksi. Materi tersebut tersajikan dalam suatu modul intervensi sebagai pelatihan remaja. Setelah menjalani intervensi pelatihan tentang kesehatan reproduksi selama 3 kali sesi pelatihan, responden kemudian dilakukan pengukuran tentang perilakunya baik pada remaja di wilayah rura maupun urban.

### 5.1.1 Perilaku seksual berisiko remaja di daerah Urban Kabupaten Jember

Perilaku merupakan wujud dari suatu pengetahuan, sikap, dan ketrampilan. Berikut ini akan disajikan tingkat pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja terkait dengan kesehatan reproduksi remaja di wilayah urban dari 96 kuesioner yang didistribusikan kepada responden remaja di 3 wilayah. Ketiga domain pembentuk perilaku tersebut disajikan dalam 3 kategori yaitu, baik, cukup, dan kurang.

- a. Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Urban  
Tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dapat dilihat pada gambar 5.5 berikut ini.



Gambar 5.5 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Wilayah Urban di Kabupaten Jember Tahun 2013

Berdasarkan gambar 5.5 tersebut tergambar bahwa berdasarkan pengetahuan remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang pengetahuannya kurang sebesar 5,2% dan pengetahuan cukup sebesar 82,3% serta pengetahuan baik sebesar 12,5%. pengetahuan remaja sesudah intervensi yang pengetahuannya kurang sebesar 1 % dan pengetahuan cukup sebesar 29,2% serta pengetahuan baik sebesar 69,8%.

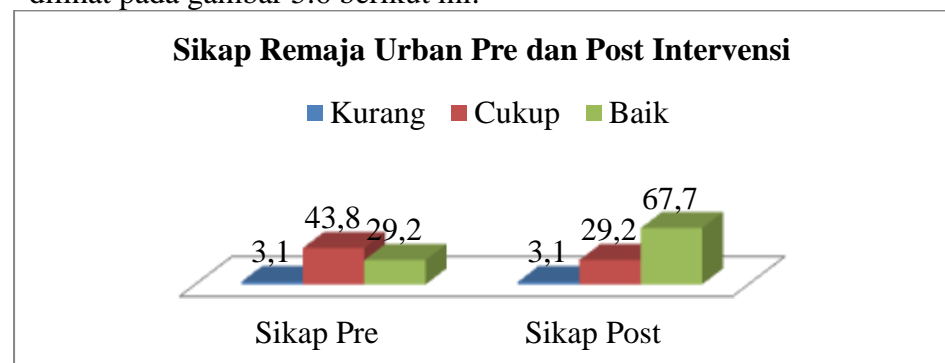
Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi juga didapatkan dengan adanya fasilitas lengkap yaitu media informasi seperti media elektronik maupun media cetak yang dapat mempengaruhi remaja untuk merangsang gairah seksual, sehingga remaja melakukan perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab. Hasil penelitian Damarini (2011), menjelaskan media cetak dan media elektronik sangat mempengaruhi perilaku seksual berisiko pada remaja di komunitas.

Materi pendidikan seksual seharusnya diberikan oleh orang tua sejak dini, karena yang paling mengetahui keadaan anaknya adalah orang tua sendiri. Keluarga di Negara berkembang khususnya Indonesia pada kenyataannya tidak semua orang tua mau terbuka dengan anak-anaknya dalam membicarakan masalah seksual, selain itu karena faktor ketidaktahuan orang tua mengenai pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Permasalahan perilaku seksual berisiko yang terjadi pada remaja dan

remaja mencari sumber informasi yang salah terkait dengan masalah perilaku seksual yang dihadapi (Gunarsa, 2004).

Faktor lain yang mempengaruhi perilaku seksual beresiko remaja adalah perubahan sosial yang dialami remaja, yaitu ditunjukkan remaja lebih dekat dengan teman sebaya dan waktu yang digunakan untuk bertemu dengan teman sebaya lebih besar (Poltekes Depkes Jakarta, 2010). Perubahan sosial yang terjadi pada masa remaja berdampak perilaku seksual beresiko pada remaja apabila remaja tidak dapat beradaptasi selama berada pada kelompok teman sebaya.

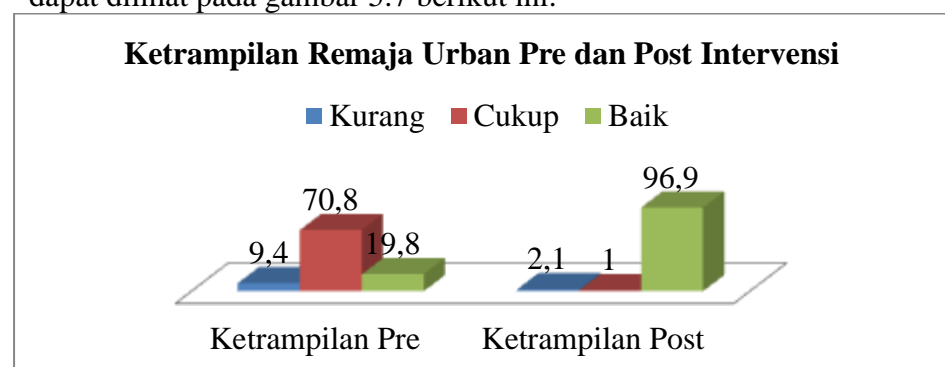
- b. Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Urban  
Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Urban dapat dilihat pada gambar 5.6 berikut ini.



Gambar 5.6 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Wilayah Urban di Kabupaten Jember Tahun 2013

Berdasarkan gambar 5.6 tersebut tergambar bahwa berdasarkan sikap remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang sikapnya kurang sebesar 3,1% dan sikap cukup sebesar 43,8% serta sikap baik sebesar 9,2%. sikap remaja sesudah intervensi yang sikap kurang sebesar 3,1 % dan sikap cukup sebesar 29,2% serta sikap baik sebesar 67,7%. Hal ini sesuai dengan pendapat Metcalfe (2004) bahwa kesehatan reproduksi dan seksual remaja terjadi karena ketidaktahuan remaja dan kurangnya sumber informasi remaja tentang seksualitas remaja yang sehat, sehingga perlu adanya suatu modul sumber belajar remaja dan suatu model pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja di komunitas.

- c. Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Urban  
Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Urban dapat dilihat pada gambar 5.7 berikut ini.





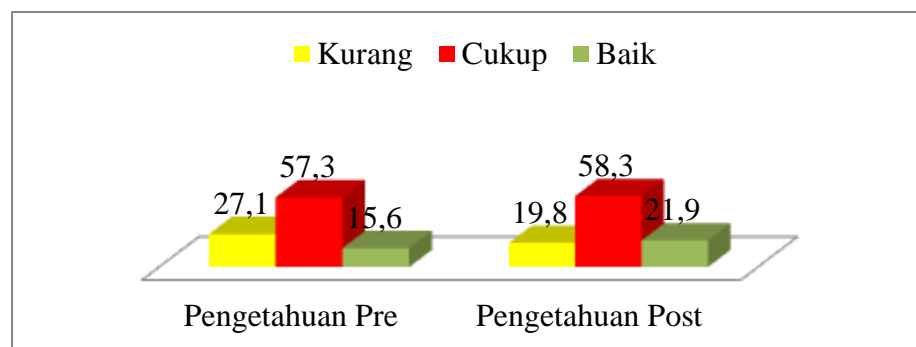
Gambar 5.7 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Wilayah Urban di Kabupaten Jember Tahun 2013

Berdasarkan gambar 5.7 tersebut tergambar bahwa berdasarkan ketrampilan remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang ketrampilan kurang sebesar 9,4% dan ketrampilan cukup sebesar 70,8% serta ketrampilan baik sebesar 19,8%. ketrampilan remaja sesudah intervensi yang ketrampilan kurang sebesar 2,1% dan ketrampilan cukup sebesar 1% serta ketrampilan baik sebesar 96,9%. Hal ini sesuai dengan pendapat Ball (2009) bahwa keterbatasan pengetahuan dan pendidikan reproduksi mengakibatkan perilaku seksual berisiko tinggi di Afrika seperti 45% remaja yang menikah positif HIV dan 65% remaja yang tidak menikah tidak mampu meneruskan sekolahnya karena kemiskinan dan perilaku seksual berisiko.

### 5.1.2 Perilaku seksual berisiko remaja di daerah Rural Kabupaten Jember

Perilaku merupakan wujud dari suatu pengetahuan, sikap, dan ketrampilan. Berikut ini akan disajikan tingkat pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja terkait dengan kesehatan reproduksi remaja di wilayah urban dari 96 kuesioner yang didistribusikan kepada responden remaja di 3 wilayah. Ketiga domain pembentuk perilaku tersebut disajikan dalam 3 kategori yaitu, baik, cukup, dan kurang.

- a. Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural  
Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural dapat dilihat pada gambar 5.8 berikut ini.



Gambar 5.8 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Wilayah Rural di Kabupaten Jember Tahun 2013

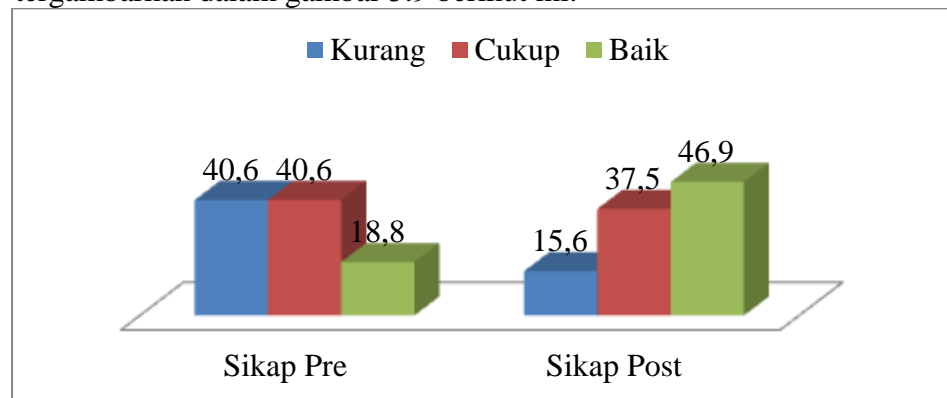
Berdasarkan gambar 5.8 tersebut tergambar bahwa berdasarkan pengetahuan remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang pengetahuannya kurang sebesar 27,1% dan pengetahuan cukup sebesar 57,3% serta pengetahuan baik sebesar 12,6%. pengetahuan remaja sesudah intervensi yang pengetahuannya kurang sebesar 19,8 % dan pengetahuan cukup sebesar 58,3% serta pengetahuan baik sebesar 21,9%.

Perkembangan kognitif remaja, dalam pandangan Jean Piaget (seorang ahli perkembangan kognitif) merupakan periode terakhir dan tertinggi dalam tahap pertumbuhan operasi formal (period of formal operations).

Pada periode ini, idealnya para remaja sudah memiliki pola pikir sendiri dalam usaha memecahkan masalah-masalah yang kompleks dan abstrak. Kemampuan berpikir para remaja berkembang sedemikian rupa sehingga mereka dengan mudah dapat membayangkan banyak alternatif pemecahan masalah beserta kemungkinan akibat atau hasilnya. Kapasitas berpikir secara logis dan abstrak mereka berkembang sehingga mereka mampu berpikir multi-dimensi seperti ilmuwan.

Para remaja tidak lagi menerima informasi apa adanya, tetapi mereka akan memproses informasi itu serta mengadaptasikannya dengan pemikiran mereka sendiri. Mereka juga mampu mengintegrasikan pengalaman masa lalu dan sekarang untuk ditransformasikan menjadi konklusi, prediksi, dan rencana untuk masa depan. Dengan kemampuan operasional formal ini, para remaja diharapkan mampu mengadaptasikan diri dengan lingkungan sekitar mereka.

- b. Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural  
Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural tergambar dalam gambar 5.9 berikut ini.



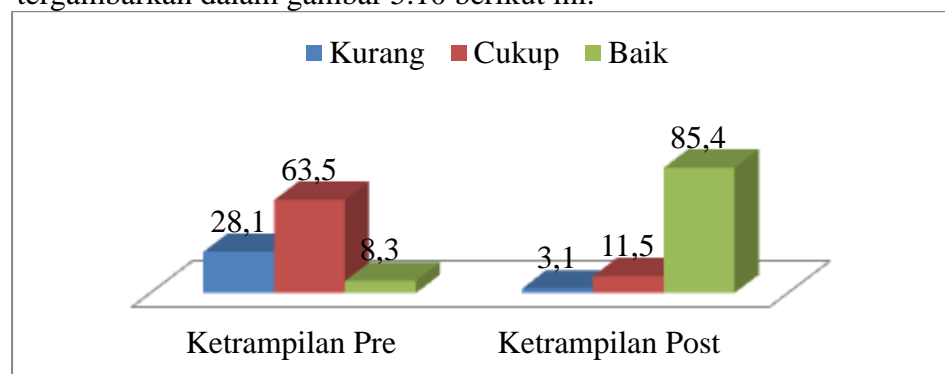
Gambar 5.9 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Sikap Kesehatan Reproduksi Wilayah Rural di Kabupaten Jember Tahun 2013

Berdasarkan gambar 5.9 tersebut tergambar bahwa berdasarkan sikap remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang sikapnya kurang sebesar 40,6 % dan sikap cukup sebesar 40,6 % serta sikap baik sebesar 18,8 %. sikap remaja sesudah intervensi yang sikap kurang sebesar 15,6 % dan sikap cukup sebesar 37,5 % serta sikap baik sebesar 46,9%.

Dapat dimengerti bahwa akibat yang luas dari masa remaja pada keadaan fisik remaja juga mempengaruhi sikap dan perilaku. Namun ada bukti yang menunjukkan bahwa perubahan dalam sikap dan perilaku yang terjadi pada saat ini lebih merupakan akibat dari perubahan sosial daripada akibat perubahan kelenjar yang berpengaruh pada keseimbangan tubuh. Semakin sedikit simpati dan pengertian yang diterima remaja puber dari orang tua, kakak-adik, guru-guru, dan teman-teman dan semakin besar harapan-harapan social pada periode ini, semakin besar akibat psikologis dari perubahan-perubahan fisik.

Remaja yang diberi kesempatan untuk mempertanggung-jawabkan perbuatan mereka, akan tumbuh menjadi orang dewasa yang lebih berhati-hati, lebih percaya-diri, dan mampu bertanggung-jawab. Rasa percaya diri dan rasa tanggung-jawab inilah yang sangat dibutuhkan sebagai dasar pembentukan jati-diri positif pada remaja. Kelak, ia akan tumbuh dengan penilaian positif pada diri sendiri dan rasa hormat pada orang lain dan lingkungan. Bimbingan orang yang lebih tua sangat dibutuhkan oleh remaja sebagai acuan bagaimana menghadapi masalah itu sebagai “seseorang yang baru”; berbagai nasihat dan berbagai cara akan dicari untuk dicobanya.

- c. Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural  
 Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Rural tergambar dalam gambar 5.10 berikut ini.



Gambar 5.10 Distribusi Reponden Berdasarkan Tingkat Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Wilayah Rural di Kabupaten Jember Tahun 2013

Berdasarkan gambar 5.10 tersebut tergambar bahwa berdasarkan ketrampilan remaja sebelum intervensi untuk wilayah urban yang ketrampilan kurang sebesar 28,1% dan ketrampilan cukup sebesar 63,5% serta ketrampilan baik sebesar 8,3%. ketrampilan remaja sesudah intervensi yang ketrampilan kurang sebesar 3,1% dan ketrampilan cukup sebesar 11,5% serta ketrampilan baik sebesar 85,4%. Hal ini sesuai dengan penelitian Larson (2009) tentang perilaku seksual berisiko pada remaja Latino di Carolina Utara melalui studi etnografi menyatakan bahwa penyebab perilaku seksual berisiko remaja karena norma budaya, penggunaan pengaman oleh pasangan laki-laki/suami, dan seks bebas diantara remaja. Hal ini sesuai dengan penelitian Erulkar dan Ferede (2009) mengenai kelas social dan inisiasi seksual awal yang tidak diinginkan pada wanita miskin di daerah urban Ethiopia bahwa 48% wanita dari kelas social rendah tidak memiliki banyak teman, tidak mendapatkan dukungan komunitas, dan tidak terlibat sebagai anggota masyarakat sehingga 27% remaja perempuan melakukan inisiasi seksual dini pada usia 15 tahun.

## 5.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah Kabupaten Jember

Perilaku seksual remaja yang berisiko merupakan akumulasi dari pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja terkait dengan kesehatan reproduksi remaja. Berikut ini akan dipaparkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja baik di daerah rural maupun daerah urban sebelum dan sesudah intervensi pelatihan kesehatan reproduksi pada remaja.

### 5.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah Urban Kabupaten Jember

#### a. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah urban Kabupaten Jember sebelum intervensi

Faktor-faktor yang terkait dengan karakteristik responden remaja dilakukan analisis regresi linier ganda terkait dengan perilaku seksual remaja berisiko. Hasil analisis regresi tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 5.1 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Berisiko Daerah Urban Sebelum Intervensi Tahun 2013

NO.	VARIABEL	B	SD	BETA	T	SIG
1.	Jenis kelamin	2,001	0,782	0,217	2,558	0,013
2.	Kegiatan waktu luang	1,005	0,178	0,529	5,633	0,000
3.	Pendidikan	4,790	0,862	0,527	5,558	0,000
4.	Sumber informasi	2,181	0,456	0,432	4,788	0,000
5.	Pekerjaan bapak	0,966	0,290	0,287	3,328	0,001
6.	Alasan penggunaan kes	0,944	0,373	0,220	2,529	0,014

Tabel 5.1 merupakan model terakhir dari analisis, dimana variabel yang berhubungan dengan risiko perilaku seksual remaja adalah jenis kelamin, kegiatan waktu luang, pendidikan, sumber informasi, pekerjaan bapak, dan alasan penggunaan pelayanan kesehatan. Adapun rincian model akhir variable yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berisiko sebelum intervensi di daerah urban tersebut adalah sebagai berikut:

Perilaku seksual remaja berisiko =  $64,613 + (2,001 \times \text{jenis kelamin} + 1,005 \times \text{kegiatan waktu luang} + 4,790 \times \text{pendidikan remaja} - 2,181 \times \text{sumber informasi} + 0,966 \times \text{pekerjaan bapak} - 0,944 \times \text{alasan penggunaan pelayanan kesehatan})$ .

Bellak (dalam Fuhrmann, 1990) secara khusus membahas pengaruh tekanan media terhadap perkembangan remaja. Menurutnya, remaja masa kini dihadapkan pada lingkungan dimana segala sesuatu berubah sangat cepat. Mereka dibanjiri oleh informasi yang terlalu banyak dan terlalu cepat untuk diserap dan dimengerti. Semuanya terus bertumpuk hingga mencapai apa yang disebut *information overload*. Akibatnya timbul perasaan terasing, keputusasaan, absurditas, problem identitas dan masalah-masalah yang berhubungan dengan benturan budaya.

Tugas-tugas perkembangan pada masa remaja yang disertai oleh berkembangnya kapasitas intelektual, stres dan harapan-harapan baru yang dialami remaja membuat mereka mudah mengalami gangguan baik berupa gangguan pikiran, perasaan maupun gangguan perilaku. Stres, kesedihan, kecemasan, kesepian, keraguan pada diri remaja membuat mereka mengambil resiko dengan melakukan kenakalan (Fuhrmann, 1990).

**b. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah urban Kabupaten Jember setelah intervensi**

Faktor-faktor yang terkait dengan karakteristik responden remaja dilakukan analisis regresi linier ganda terkait dengan perilaku seksual remaja berisiko. Hasil analisis regresi tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Berisiko Daerah Urban Sesudah Intervensi Tahun 2013

NO.	VARIABEL	B	SE	BETA	T	SIG
1.	Pendidikan remaja	4,635	1,094	0,388	4,235	0,000
2	Kegiatan waktu luang	0,775	0,240	0,296	0,296	0,002

Tabel 5.2 merupakan model terakhir dari analisis, dimana variabel yang berhubungan dengan risiko perilaku seksual remaja adalah pendidikan remaja dan kegiatan waktu luang remaja. Adapun rincian model akhir variable yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berisiko sesudah intervensi di daerah urban tersebut adalah sebagai berikut:

Perilaku seksual remaja berisiko = 72,419 + (4,635×pendidikan remaja – 0,775×waktu luang remaja). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Price dan Hyde (2009) yang menyebutkan bahwa penggunaan waktu yang tidak bermanfaat pada remaja seperti peningkatan menonton televisi, hubungan keluarga yang renggang, dan tidak adanya aktivitas sosial di masyarakat akan meningkatkan perilaku seksual yang berisiko lebih dini pada remaja. Hal ini sesuai dengan pendapat Metcalfe (2004) bahwa kesehatan reproduksi dan seksual remaja terjadi karena ketidaktahuan remaja dan kurangnya sumber informasi remaja tentang seksualitas remaja yang sehat, sehingga perlu adanya suatu modul sumber belajar remaja dan suatu model pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja di komunitas.

**5.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah Rural Kabupaten Jember**

**a. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah rural Kabupaten Jember sebelum intervensi**

Faktor-faktor yang terkait dengan karakteristik responden remaja dilakukan analisis regresi linier ganda terkait dengan perilaku seksual remaja berisiko. Hasil analisis regresi tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 5.3 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Berisiko Daerah Rural Sebelum Intervensi Tahun 2013

NO.	VARIABEL	B	SE	BETA	T	SIG
1.	Jenis kelamin	4,457	1,369	0,318	3,254	0,002

Tabel 5.3 merupakan model terakhir dari analisis, dimana variabel yang berhubungan dengan risiko perilaku seksual remaja adalah jenis kelamin.. Adapun rincian model akhir variable yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berisiko sebelum intervensi di daerah rural tersebut adalah sebagai berikut:

Perilaku seksual remaja berisiko = 66,479 + (4,457×jenis kelamin). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Sasaki dan Kameoka (2009) tentang variasi etnik terhadap prevalensi perilaku seksual berisiko tinggi pada remaja Kepulauan Asia Pasifik di Hawaii. Remaja kulit putih dan remaja asli Hawaii secara relative hamper sama dalam hal waktu hubungan seksual, aktivitas hubungan seksual terakhir, dan usia permulaan hubungan seksual yaitu 13 tahun. Remaja suku Jepang memeplihatkan perilaku seksual setelah pacaran, dan remaja Filiphina menggunakan obat-obatan dan kondom selama berhubungan seksual.

**b. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah rural Kabupaten Jember setelah intervensi**

Faktor-faktor yang terkait dengan karakteristik responden remaja dilakukan analisis regresi linier ganda terkait dengan perilaku seksual remaja berisiko. Hasil analisis regresi tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 5.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja Berisiko Daerah Rural Sesudah Intervensi Tahun 2013

NO.	VARIABEL	B	SE	BETA	T	SIG
1.	Sumber informasi	0,933	0,462	0,204	2,021	0,046

Tabel 5.4 merupakan model terakhir dari analisis, dimana variabel yang berhubungan dengan risiko perilaku seksual remaja adalah sumber informasi remaja. Adapun rincian model akhir variable yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berisiko sesudah intervensi di daerah rural tersebut adalah sebagai berikut:

Perilaku seksual remaja berisiko = 70,554 + (0,933×sumber informasi). Karakteristik anak remaja antara lain: merasa diri sudah dewasa sehingga anak sering membantah atau menentang, emosi tidak stabil sehingga anak puber cenderung merasa sedih, marah, gelisah, khawatir, mengatur dirinya sendiri sehingga terkesan egois, dan sangat mengutamakan kepentingan kelompok atau genk sehingga

mudah terpengaruh oleh teman sekelompoknya. Anak mudah terpengaruh oleh lingkungan dan budaya baru yang sering bertentangan dengan norma masyarakat, serta memiliki rasa keingintahuan yang besar pada hal-hal baru yang mengakibatkan perilaku coba-coba tanpa didasari dengan informasi yang benar dan jelas.

### 5.3 Tingkat pencegahan perilaku seksual berisiko remaja di Kabupaten Jember

Tingkat pencegahan perilaku seksual berisiko remaja baik di daerah rural maupun urban dilakukan analisis secara inferensial untuk membedakan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja dalam kesehatan reproduksi. Berikut uraian dari analisis untuk wilayah urban dan rural terkait dengan kesehatan reproduksi remaja.

#### 5.3.1 Analisis Inferensial Wilayah Urban

Hasil analisis secara inferensial antara pengetahuan, sikap, dan ketrampilan kesehatan reproduksi remaja di daerah urban baik secara pre maupun post intervensi pembekalan atau pelatihan kesehatan remaja dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut ini.

Tabel 5.5 Analisis Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja Pre dan Post Intervensi di Daerah Urban Tahun 2013

	N	Mean	SD	Min	Max	Z	p
Pegetahuan Pre - Post	96	2,07 2,69	0,417 0,488	1	3	-6,633	0,000
Sikap Pre -Post	96	2,34 2,65	0,558 0,542	1	3	-2,298	0,022
Ketrampilan Pre-Post	96	2,10 2,95	0,533 0,303	1	3	-7,501	0,000

Berdasarkan analisis uji uji Wilcoxon Signed Ranks Test pada tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan remaja sebelum intervensi program adalah 2,07 dengan standar deviasi adalah 0,417. Sedangkan rata-rata pengetahuan remaja sesudah intervensi program adalah 2,69 dengan standar deviasi adalah 0,488. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 6,633 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

Rata-rata sikap remaja sebelum intervensi program adalah 2,34 dengan standar deviasi adalah 0,558. Sedangkan rata-rata sikap remaja sesudah intervensi program adalah 2,65 dengan standar deviasi adalah 0,542. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 2,298 dengan p value 0,022 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat sikap remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

Rata-rata ketrampilan remaja sebelum intervensi program adalah 2,10 dengan standar deviasi adalah 0,533. Sedangkan rata-rata ketrampilan remaja sesudah intervensi program adalah 2,95 dengan standar deviasi adalah 0,303. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 7,501 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

Remaja dalam perkembangan kehidupan sosial sangat tergantung dari kelompoknya (*peer*), sehingga pendekatan pendidikan kesehatan remaja lebih efektif dilakukan melalui *peer group* remaja (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009). Program *adolescent-friendly* di Indonesia diwujudkan dalam program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) *melalui teman sebaya adalah peer konselor atau peer edukator dalam rangka upaya promosi kesehatan pada remaja*. Kegiatan PKPR dilakukan melalui kegiatan pelatihan petugas puskesmas, pelatihan *peer educator* bagi guru, dan pelatihan *peer counselor* bagi siswa. PKPR ditujukan untuk pembinaan remaja melalui setting sekolah (*Depkes RI, 2009*). Kegiatan PKPR tersebut sudah ditunjang dengan adanya berbagai media dalam bentuk buku panduan dalam pelatihan dan pembentukan PKPR.

Sistem dukungan terhadap remaja dapat diberikan dalam bentuk kebutuhan ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Dukungan dalam bidang kesehatan akan mengarahkan remaja dalam perilaku hidup yang sehat sehingga akan terhindar dari perilaku berisiko terhadap remaja (McMurray, 2003). Remaja dalam mempraktekkan pola perilaku hidup sehat akan dipengaruhi oleh faktor pendidikan dan sosial ekonomi di masyarakat. Pendidikan yang rendah dan kemiskinan berkontribusi terhadap penempatan populasi remaja sebagai kelompok marginal dan berisiko di masyarakat (Mepham, 2001).

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di Indonesia umumnya sama seperti beberapa negara berkembang yang lain. Remaja di beberapa negara berkembang seperti Angola, Aljazair, Bangladesh, India, Thailand, dan Filipina memiliki permasalahan seputar kesehatan reproduksi remaja seperti kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi, akses pelayanan kesehatan reproduksi yang tidak tersedia, kemiskinan, dan pendidikan yang rendah (UNICEF, 2002). Permasalahan kesehatan reproduksi yang mempengaruhi kehidupan generasi remaja di Indonesia saat ini adalah ketidaktersediaan informasi yang memadai untuk remaja (Mepham, 2001). Hal ini akan mempengaruhi kehidupan populasi remaja di komunitas.

#### **4.3.1 Analisis Inferensial Wilayah Rural**

Hasil analisis secara inferensial antara pengetahuan, sikap, dan ketrampilan kesehatan reproduksi remaja di daerah rural baik secara pre maupun post intervensi pembekalan atau pelatihan kesehatan remaja dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut ini.

Tabel 5.6 Analisis Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja Pre dan Post Intervensi di Daerah Urban Tahun 2013



	N	Mean	SD	Min	Max	Z	p
Pegetahuan Pre - Post	96	1,89 2,02	0,647 0,649	1	3	-1,293	0,196
Sikap Pre - Post	96	1,78 2,31	0,743 0,730	1	3	-4,686	0,000
Ketrampilan Pre-Post	96	1,80 2,82	0,573 0,459	1	3	-7,749	0,000

Berdasarkan analisis uji uji Wilcoxon Signed Ranks Test pada tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan remaja sebelum intervensi program adalah 1,89 dengan standar deviasi adalah 0,647. Sedangkan rata-rata pengetahuan remaja sesudah intervensi program adalah 2,02 dengan standar deviasi adalah 0,649. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 1,293 dengan p value 0,196 sehingga dapat disimpulkan tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

Rata-rata sikap remaja sebelum intervensi program adalah 1,78 dengan standar deviasi adalah 0,743. Sedangkan rata-rata sikap remaja sesudah intervensi program adalah 2,31 dengan standar deviasi adalah 0,730. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 4,686 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat sikap remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

Rata-rata ketrampilan remaja sebelum intervensi program adalah 1,80 dengan standar deviasi adalah 0,573. Sedangkan rata-rata ketrampilan remaja sesudah intervensi program adalah 2,82 dengan standar deviasi adalah 0,459. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 7,749 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja.

UNESCO (2003) tentang penerapan *peer* edukator pada remaja dalam rangka mencegah HIV/ AIDS terdapat peningkatan kesehatan pengetahuan, dan keterampilan. Teman sebaya berperan memberikan pendidikan kesehatan kepada teman sebayanya untuk meningkatkan kesehatan secara efektif (Trunbull, 2010). *Peer* edukator harus mampu sebagai *role model* bagi temannya apa yang harus dilakukan atau tidak bagi seorang remaja dengan berperilaku asertif (Ender & Newton, 2000). *Peer* educator dalam kegiatan mampu memfasilitasi kegiatan pembelajaran partisipatif kelompok sebaya secara baik di komunitas. Pelaksanaan *adolescent friendly* di Ghana pada tahun 2004, menunjukkan hasil yang positif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi (Pathfinder International, 2004). Remaja dalam kegiatan *adolescent friendly* bergabung dalam suatu kelompok kecil (*peer group*) untuk mendiskusikan permasalahan seputar tumbuh kembang remaja dan kesehatan reproduksi.

Remaja sebagai kelompok berisiko terhadap kesehatan memerlukan adanya pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan serta lingkungan remaja. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada umumnya tidak tersedia sehingga tidak terakses oleh remaja karena jarak pelayanan kesehatan yang tidak memadai (WHO, 2008). Kehidupan populasi remaja di daerah rural dan urban berbeda dalam budaya dan norma serta perilaku sehingga mengakibatkan perbedaan dalam memprioritaskan masalah kesehatan reproduksi remaja, tetapi secara umum permasalahan kesehatan yang dialami pada kedua populasi tersebut memiliki karakteristik yang hampir sama, seperti pengalaman seks pranikah, kehamilan yang tidak diinginkan, dan infeksi saluran reproduksi atau HIV (Mephram, 2001). Permasalahan tersebut berkembang sejalan dengan perubahan lingkungan sekitar remaja di masyarakat, sehingga remaja membutuhkan bimbingan dan pengawasan secara optimal selama masa perkembangan.

#### 4.3.2 Analisis Inferensial Wilayah Urban dan Wilayah Rural

Hasil analisis secara inferensial antara pengetahuan, sikap, dan ketrampilan kesehatan reproduksi remaja di daerah rural dan urban baik secara pre maupun post intervensi pembekalan atau pelatihan kesehatan remaja dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Analisis Pengetahuan, Sikap, dan Ketrampilan Kesehatan Reproduksi Remaja Pre dan Post Intervensi di Daerah Urban dan Urban Tahun 2013

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Pegetahuan	196	1,98	0,545	1	3	-5,466	0,000
Pre - Post		2,35	0,666				
Sikap Pre -	196	2,02	0,723	1	3	-5,140	0,000
Post		2,47	0,667				
Ketrampilan	196	1,96	0,571	1	3	-	0,000
Pre-Post		2,89	0,389			10,868	

Berdasarkan analisis uji uji Wilcoxon Signed Ranks Test pada tabel 5.7 diatas menunjukkan bahwa rata-rata pengetahuan remaja sebelum intervensi program adalah 1,98 dengan standar deviasi adalah 0,545. Sedangkan rata-rata pengetahuan remaja sesudah intervensi program adalah 2,35 dengan standar deviasi adalah 0,666. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 5,466 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja antara daerah rural dan urban di Kabupaten Jember.

Rata-rata sikap remaja sebelum intervensi program adalah 2,02 dengan standar deviasi adalah 0,723. Sedangkan rata-rata sikap remaja sesudah intervensi program adalah 2,47 dengan standar deviasi adalah 0,667. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 5,140 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat sikap

remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja antara daerah rural dan urban di Kabupaten Jember.

Rata-rata ketrampilan remaja sebelum intervensi program adalah 1,96 dengan standar deviasi adalah 0,571. Sedangkan rata-rata ketrampilan remaja sesudah intervensi program adalah 2,89 dengan standar deviasi adalah 0,389. Hasil analisis pengetahuan pre dan post intervensi program menunjukkan nilai Z sebesar 10,868 dengan p value 0,000 sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan tingkat pengetahuan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja antara daerah rural dan urban di Kabupaten Jember.

Remaja selama masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan perhatian, bimbingan, pengawasan maupun perencanaan pelayanan yang baik terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi, sehingga remaja akan terhindar dari perilaku berisiko dan tumbuh kembang terjadi secara sehat (Allender & Spardley, 2001). Sektor kesehatan memiliki peran penting dalam membantu remaja sehat dan sukses dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangannya (WHO, 2008). Berbagai program kesehatan telah dicanangkan dalam menangani permasalahan kesehatan reproduksi remaja, seperti *Adolescent Friendly Sexual and Reproductive Health Services* (AFSRHS). Tujuan program *adolescent-friendly* adalah menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja yang aman, efektif, dan terjangkau. Program ini ditujukan dari, oleh, dan untuk remaja sehingga pelayanannya dapat dilakukan dalam suatu *peer group education* remaja (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009).

Pelaksanaan *adolescent friendly* di Ghana pada tahun 2004, menunjukkan hasil yang positif dalam peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi. Remaja dalam kegiatan *adolescent friendly* bergabung dalam suatu kelompok kecil (*peer group*) untuk mendiskusikan permasalahan seputar tumbuh kembang remaja dan kesehatan reproduksi (Pathfinder International, 2004). Remaja dalam perkembangan kehidupan sosial sangat tergantung dari kelompoknya (*peer*), sehingga pendekatan pendidikan kesehatan remaja lebih efektif dilakukan melalui *peer group* remaja (WHO, 2002; dalam UNPFA, 2009).

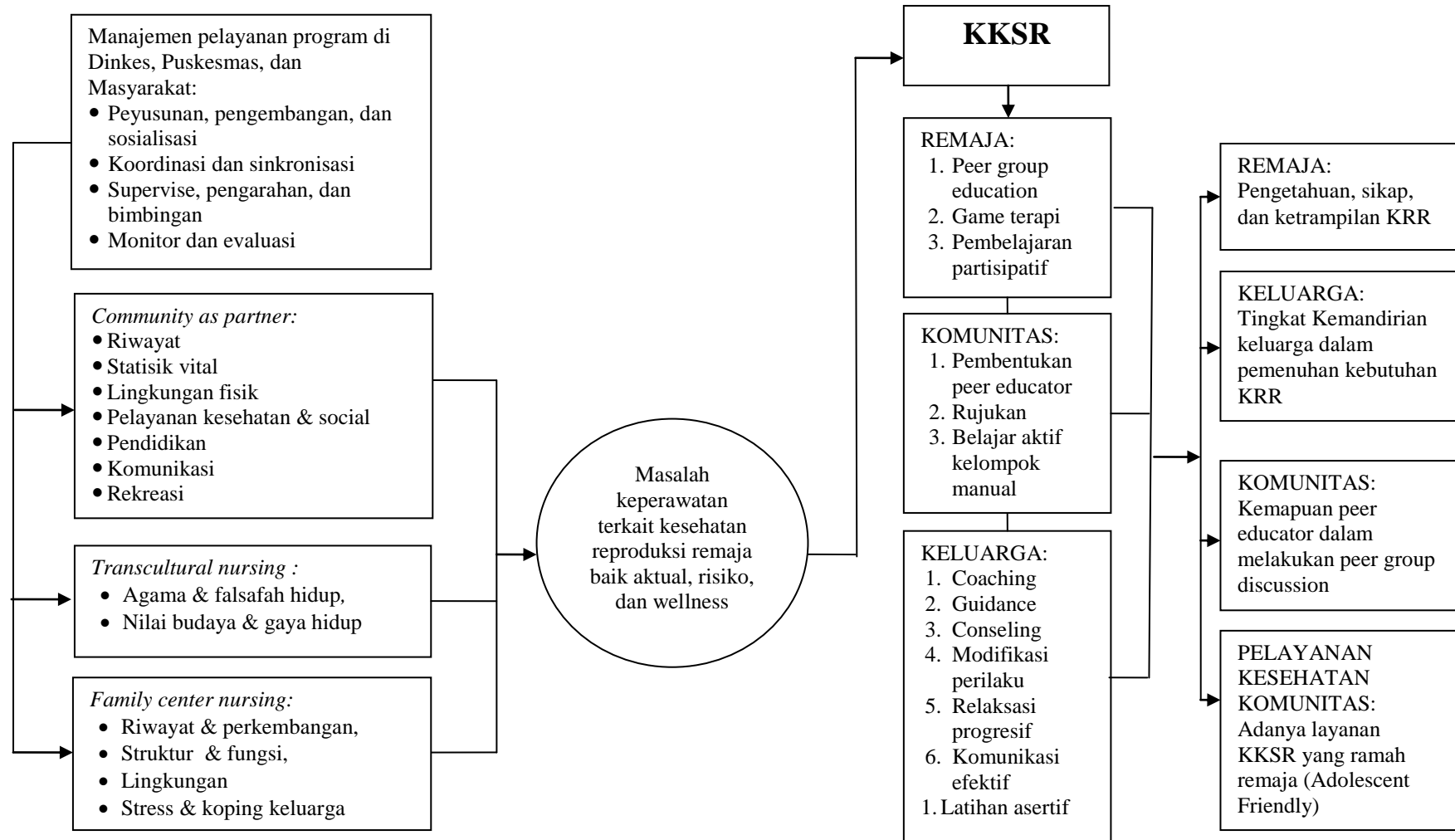
*Peer group education* merupakan salah satu bentuk intervensi di komunitas melalui pendekatan proses kelompok (Anderson & McFarlane, 2004). *Peer education* sebagai strategi intervensi proses kelompok akan dapat memfasilitasi setiap permasalahan kesehatan yang dialami oleh anggota kelompok untuk diatasi bersama berdasarkan pengalaman dan keyakinan anggota kelompok. Hasil penelitian menggambarkan peran *peer* edukator dengan metode *adolescent friendly* dapat memberikan pengaruh positif bagi *aggregate* remaja perempuan dalam meningkatkan kemampuan untuk mencegah perilaku berisiko terhadap kehamilan remaja di SMP Ratu Jaya Kota Depok. Teman sebaya dalam kelompok remaja akan dapat memberikan pengaruh yang positif dalam perubahan perilaku remaja selama mendiskusikan permasalahan di kelompok remaja (Mulyadi, 2009). Program *adolescent friendly* memerlukan aplikasi

pelayanan kesehatan remaja dari dinas kesehatan, puskesmas, hingga masyarakat khususnya kelompok remaja di masyarakat.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan kurangnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis keluarga terutama sekolah (Mepham, 2001). Kondisi tersebut akan mengakibatkan permasalahan pada pemenuhan kesehatan reproduksi remaja, sehingga perlu perhatian dan penanganan khusus dari unit pelayanan kesehatan terutama perawat yang bekerja di dinas kesehatan dan puskesmas (perawat komunitas).

Perawat komunitas sebagai bagian dari tenaga kesehatan berperan penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Nies & McEwen, 2001). Perawat komunitas dapat berperan dalam mencegah penyakit, proteksi, dan promosi kesehatan. Program pencegahan pada remaja dengan kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan yang mudah dijangkau oleh remaja. Program proteksi pada remaja ditujukan untuk mendeteksi masalah kesehatan pada remaja sedini mungkin. Program promosi kesehatan bertujuan untuk mencegah perilaku menyimpang pada remaja (Allender & Spardley, 2001).

**Gambar 6.1 MODEL KLINIK KESEHATAN SAHABAT REMAJA (KKSJR) BERBASIS KOMUNITAS**



## Simpulan

- a. Perilaku seksual remaja di daerah urban Kabupaten Jember sebelum intervensi menunjukkan tingkat pengetahuan cukup sebesar 82,3%, sikap cukup sebesar 43,8%, dan ketrampilan cukup sebesar 70,8%. Sedangkan setelah intervensi tingkat pengetahuan baik sebesar 69,8%, sikap baik sebesar 67,7%, dan ketrampilan baik sebesar 96,9%.
- b. Perilaku seksual remaja di daerah rural Kabupaten Jember sebelum intervensi menunjukkan tingkat pengetahuan cukup sebesar 57,3%, sikapnya kurang sebesar 40,6 % dan sikap cukup sebesar 40,6%, dan ketrampilan cukup sebesar 63,5%. Sedangkan setelah intervensi menunjukkan tingkat pengetahuan cukup sebesar 58,3%, sikap baik sebesar 46,9%, etrampilan kurang sebesar 28,1% dan serta ketrampilan baik sebesar 8,3%., dan ketrampilan baik sebesar 85,4%.
- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah urban Kabupaten Jember sebelum intervensi program adalah jenis kelamin, kegiatan waktu luang, pendidikan, sumber informasi, pekerjaan bapak, dan alasan penggunaan pelayanan kesehatan. Sedangkan setelah intervensi program adalah pendidikan remaja dan kegiatan waktu luang remaja.
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja di daerah rural Kabupaten Jember sebelum intervensi program adalah jenis kelamin. Sedangkan setelah intervensi program adalah sumber informasi remaja.
- e. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan, sikap, dan ketrampilan remaja sebelum dan sesudah dilakukan program pelatihan kesehatan reproduksi remaja antara daerah rural dan urban di Kabupaten Jember.

## Referensi

- Allender, J.A. & Spardley, B.W. (2001). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E., & Mc Farlane, J. (2004). *Community As Partner: Theory and Practice in Nursing, 4<sup>th</sup> edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Depkes RI, (2003). *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*, Jakarta: Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat.
- Depkes Ri. (2005). *Pedoman Perencanaan Program Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2005). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2005). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2008). *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Ketrampilan Hidup (Life Skills) Dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja*. BKKBN Pusat.

- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-Hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia*. BBKN Pusat.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research Theory & Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Heryana, R. (2011). *Banyak gadis tidak perawan*. Radar Cikarang.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community Health Nursing : Caring in action. USA : Delmar Publisher*.
- Hurlock, E.B. (1998). *Developmental Psychology : a life span approach (5<sup>th</sup> ed)*, London : McGraw Hill Inc
- Leininger, M.M., McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice 3<sup>rd</sup> edition*. The McGraw-Hill Companies.
- Marquis, B.L. and Huston, Carol J. (2006). *Leadership Roles and Roles Management Functions in Nursing : Theory and Application. 5<sup>th</sup> ed*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Mephan, I. (2001). A Review of NGO Adolescent Reproductive Health Programs in Indonesia. Diakses dari [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacw748.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw748.pdf)
- Mueller, T.E., et al (2009). The Implementation Of A Culturally Based HIV Sexual Risk Reduction Program For Latino Youth in A Denver Area High School. *AIDS Education and Prevention; Oct 2009; 21, ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 164*.
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population. (3<sup>rd</sup> Ed.)*, Philadelphia: Davis Company.
- Pathfinder International. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). (2004). *Integrating Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming Into Vocational Education and Training in Zanzibar*. AYA (African Youth Alliance)'s Advocacy for Policy Formation and Support for Pilot Implementation.
- Pender, N.J., Carolyn, L.M., Mary, A.P. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice. 4<sup>rd</sup> edition*. Stamford: Appleton & Lange.
- Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essential of nursing research : Methods, appraisal and utilization (6<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sabri, Luknis dan Hastono, S.P. (2006). *Statistik Kesehatan. Edisi revisi*, Jakarta; Rajawali Press.
- Situmorang, A. (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia*. A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/Center for Communication Program Jakarta, Indonesia.

- Stanhope, M. dan Lancaster, J. (2004). *Community Health Nursing : Promoting Health Of Agregates, Families And Individuals*, 4 th ed. St.Louis : Mosby, Inc.
- Sun, T.T.H. (2004). Adolescent Sexuality and Reproductive Health in Taiwan. *Quartely of Community Health Education*, Vol. 23(2) 139-149, 2004-2005.
- Susanto, T, (2011). Model Remaja Untuk remaja Dalam Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. *Karya Ilmiah Akhir Spesialis Keperawatan Komunitas*. FIK UI. Depok.
- Suwandono. (2002). *Pengembangan model pelayanan kesehatan reproduksi remaja*. <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php>, diakses tanggal 1 Januari 2012. Triswan, Y., (2007). Kesehatan Reproduksi Remaja: Membangun Perubahan Yang Bermakna, *Out Look*, 16(1), 1-8.
- UNPFA. (2009). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit For Humanitarian Settings: A Companion to The Interagency Field Manual on Reproductive Health in Humanatarian Setting*.
- UNICEF. (2002). *Working For and With Adolescent: Some UNICEF Examples*. ADPU UNICEF.
- USAID, et al. (2008). *Survai kesehatan reproduksi remaja Indonesia 2007*.
- WHO. (2008). *Accelerating Implementation of Adolescent Friendly Health Services in South East Asia Region. Report of The Meeting of The National Adolescent Health Programme Managers in Member Countries of The South East Asia Region Bali, Indonesia, 12-15 February 2008*.
- WHO. (2005). *Promoting and Safeguarding the Sexual and Reproductive Health of Adolescents*. Diakses dari <http://www.who.int/reproductive-health/strategy>