612.60072
PUR
P @1

# PERBANDINGAN TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI SISWA SEKOLAH MENENGAH UMUM DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN

**EDY PURWANTO**

**TESIS**

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS I**
**OBSTETRI DAN GINEKOLOGI**
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO**
**SEMARANG**
**2000**

# HALAMAN PENGESAHAN

| | | |
|---|---|---|
| Judul Penelitian | : | Perbandingan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Siswa Sekolah Menengah Umum Di Pedesaan Dan Perkotaan |
| Ruang Lingkup | : | Obstetri Ginekologi |
| Pelaksana Penelitian | | |
| Nama | : | Edy Purwanto |
| NIM | : | G04 295 1041 |
| Pembimbing | : | Prof. Dr. Ariawan Soejoenoes, Sp.OG<br>Dr. Anantyo Binarso, Sp.OG |

Semarang, Oktober 2000

Peneliti

**Edy Purwanto**
NIM. G04 295 1041

Disetujui Oleh

| Pembimbing I | Pembimbing II |
|---|---|
| **Prof. Dr. Ariawan Soejoenoes, SpOG** | **Dr. Anantyo Binarso, SpOG** |
| NIP. 130 177 746 | NIP. 140 080 347 |

## HALAMAN PENGESAHAN

| | | |
|---|---|---|
| Judul Penelitian | : | Perbandingan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Siswa Sekolah Menengah Umum Di Pedesaan Dan Perkotaan |
| Ruang Lingkup | : | Obstetri Ginekologi |
| Pelaksana Penelitian | | |
| Nama | : | Edy Purwanto |
| NIM | : | G04 295 1041 |
| Pembimbing | : | Prof. Dr. Ariawan Soejoenoes, Sp.OG<br>Dr. Anantyo Binarso, Sp.OG |

Hasil penelitian ini merupakan milik :

Bagian / SMF. Obstetri Ginekologi
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi
Semarang

Telah diajukan dan disetujui

Semarang, Oktober 2000

| Ketua Bagian / SMF<br>Obstetri dan Ginekologi<br>FK UNDIP/ RSUP Dr. Kariadi | Ketua Program Studi PPDS I<br>Obstetri dan Ginekologi<br>FK UNDIP |
|---|---|
| **Prof. Dr. Noor Pramono, MMed.Sc, SpOG** | **Dr. Suharsono, SpOG** |
| NIP. 130 354 800 | NIP. 130 354 875 |

# A B S T R A K

## PERBANDINGAN TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI SISWA SEKOLAH MENENGAH UMUM DI PEDESAAN DAN PERKOTAAN

Edy Purwanto, Ariawan Soejoenoes, Anantyo Binarso

**Bagian/SMF Obstetri Ginekologi**
**Fakultas Kedokteran UNDIP / RSUP Dr. Kariadi, Semarang**

Mengamati berbagai gejala pada remaja seperti peningkatan perilaku seksual dan segala konsekuensinya, salah satu kebutuhan yang diperlukan adalah bekal pengetahuan kesehatan reproduksi yang memadai termasuk penggunaan kontrasepsi dan hubungan seksual yang sehat.

**Tujuan** : Mengetahui gambaran dan perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di perkotaan dan pedesaan wilayah Semarang.

**Rancangan :** Penelitian survei dengan disain potong lintang (*cross sectional*) dilakukan mulai awal bulan Agustus 2000 sampai dengan akhir bulan Agustus 2000, analisis data dengan uji *Chi-square*.

**Tempat :** Di wilayah perkotaan SMUN 1, SMUN 3, SMUN 5, SMUN 11 dan SMUN 14. Di wilayah pedesaan SMUN 1 Getasan, SMUN 1 Susukan, SMUN 1 Suruh, SMUN 1 Pabelan dan SMUN 1 Bringin.

**Subyek :** Klien yang telah memenuhi kriteria dari sejumlah siswa kelas II, yang terdaftar di masing-masing sekolah terpilih, dapat mewakili remaja pada umumnya. Selanjutnya dilakukan *purposive random sampling*. Diperoleh 100 siswa dari wilayah perkotaan dan 100 siswa dari wilayah pedesaan.

**Ukuran luaran utama :** Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di wilayah perkotaan dan pedesaan.

**Hasil :** Karakteristik remaja di perkotaan dan pedesaan berbeda bermakna. Remaja perkotaan lebih aktif mengikuti kegiatan ekstra kurikuler, lebih banyak memanfaatkan media informasi khususnya media cetak, lebih tinggi dalam status sosial ekonomi dan latar belakang pendidikan orang tua, serta lebih ditunjang oleh sarana transportasi daripada remaja di pedesaan. Kondisi tersebut berkaitan dengan informasi yang diterima, termasuk informasi kesehatan reproduksi.
Persentase remaja di pedesaan yang menyatakan tidak mendapat informasi kesehatan reproduksi, lebih banyak daripada remaja di perkotaan, berbeda secara bermakna. Terdapat perbedaan bermakna antara tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di perkotaan dan remaja di pedesaan ($p = 0{,}001$)

**Simpulan :** Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di pedesaan wilayah Semarang dan berbeda secara bermakna.

**Kata kunci :** Kesehatan reproduksi remaja, Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.


UPT-PUSTAK-UNDIP

# DAFTAR ISI


hal

Halaman judul ..... i

Halaman pengesahan ..... ii

Kata pengantar ..... iv

Abstrak ..... v

Daftar isi ..... vi

Daftar tabel ..... viii

I. Pendahuluan ..... 1

I.1 Latar belakang ..... 1

I.2 Permasalahan penelitian ..... 6

I.3 Tujuan penelitian ..... 6

I.4 Manfaat penelitian ..... 6

I.5 Keaslian penelitian ..... 7

II Tinjauan pustaka ..... 8

2.1 Pengertian kesehatan reproduksi ..... 8

2.2 Remaja dan kesehatan reproduksi ..... 9

2.2.1 Pengertian remaja ..... 9

2.2.2 Tumbuh kembang remaja ..... 10

2.2.3 Perilaku seksual remaja ..... 12

2.3 Pengetahuan kesehatan reproduksi ..... 14

2.3.1 Pengertian pengetahuan kesehatan reproduksi ..... 14

2.3.2 Pengertian pengetahuan kesehatan reproduksi remaja ..... 15

2.3.3 Pengertian tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja ..... 17

2.4 Aspek-aspek pengetahuan kesehatan reproduksi remaja ..... 19

2.5 Faktor-faktor yang berperan pada tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi ..... 19

2.6 Perkotaan dan pedesaan ..... 21

2.6.1 Pengertian perkotaan ..... 21

2.6.2 Pengertian pedesaan ..... 22

2.6.3 Perbedaan masyarakat perkotaan dan masyarakat pedesaan ..... 22

2.7 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di perkotaan dan pedesaan ..... 24
2.8 Kerangka teori ..... 25
2.9 Kerangka konsep ..... 26
III Hipotesis ..... 27
IV Metode penelitian ..... 28
4.1 Ruang lingkup penelitian ..... 28
4.2 Lokasi penelitian ..... 28
4.3 Waktu penelitian ..... 28
4.4 Desain penelitian ..... 28
4.5 Populasi dan sampel penelitian ..... 28
4.6 Variabel penelitian ..... 31
4.7 Definisi operasional ..... 32
4.8 Teknik pengumpulan data ..... 35
4.9 Kesahihan dan keandalan kuesioner ..... 36
4.10 Analisis data ..... 37
V Hasil penelitian ..... 38
5.1 Validitas dan reliabilitas kuesioner ..... 38
5.2 Karakteristik remaja ..... 38
5.3 Sumber informasi umum ..... 42
5.4 Sumber informasi kesehatan reproduksi ..... 43
5.5 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi ..... 48
VI Pembahasan ..... 51
VII Simpulan ..... 57
VIII Saran ..... 58
Daftar pustaka ..... 61
Lampiran ..... 65

# DAFTAR TABEL


| | | hal |
|---|---|---|
| Tabel I. | Tigabelas topik seksual utama yang menarik bagi remaja ..... | 16 |
| Tabel II. | Skor sosial ekonomi Bistok – Saing ..... | 34 |
| Tabel III. | Karakteristik remaja ..... | 41 |
| Tabel IV. | Kebiasaan menyimak media informasi ..... | 43 |
| Tabel V. | Informasi tentang kesehatan reproduksi yang diperoleh remaja..... | 44 |
| Tabel VI. | Sebaran sumber informasi yang diperoleh ..... | 47 |
| Tabel VII. | Sebaran sumber informasi yang diharapkan ..... | 47 |
| Tabel VIII. | Tingkat pengetahuan anatomi dan fisiologi ..... | 49 |
| Tabel IX. | Tingkat pengetahuan gender dan seksualitas ..... | 49 |
| Tabel X | Tingkat pengetahuan kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja ..... | 49 |
| Tabel XI. | Tingkat pengetahuan kontrasepsi ..... | 50 |
| Tabel XII. | Tingkat pengetahuan penyakit menular seksual ..... | 50 |
| Tabel XIII | Tingkat pengetahuan seluruh aspek kesehatan reproduksi ..... | 50 |

# BAB I
# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kelompok usia remaja menurut definisi WHO (*World Health Organization*) adalah kelompok umur 10 – 19 tahun [1]. Secara demografis kelompok remaja merupakan segmen penduduk yang terbesar; di banyak negara kelompok ini mencapai 20 – 25% dari jumlah penduduk [2]. Di Indonesia pada tahun 1995 kelompok remaja adalah 22% dari total penduduk [3]. Jawa Tengah sebagai salah satu Propinsi terpadat dengan jumlah penduduk sekitar 30 juta jiwa, memiliki kelompok umur 10 sampai dengan 19 tahun sekitar 6.5 juta jiwa atau 22% dari penduduk Jawa Tengah [4].

Masa remaja merupakan masa khusus dalam daur kehidupan manusia karena masa remaja merupakan tahap akhir pematangan sosio-biologis manusia yang ditandai dengan pertumbuhan yang cepat dan pematangan seksual sekunder [5]. Pada masa ini remaja mengalami perkembangan fisik, pemikiran, emosi, moral, sosial dan ekonomi. Kelompok ini merupakan sumber yang sangat berpotensi untuk masa depan dengan energi yang segar, ide dan harapan. Untuk mencapai potensi tersebut diperlukan ketrampilan dan pengetahuan termasuk mengerti dan memahami risiko kesehatan reproduksi dan konsekuensinya [6].

Era globalisasi dan pembinaan remaja sangat erat hubungannya dengan proses globalisasi yang diterima remaja. Masuknya informasi ke kalangan remaja berikut nilai-nilai yang terkandung di dalamnya, tentu akan menimbulkan perubahan pada diri remaja. Informasi tersebut dapat mengubah tata pengetahuan yang telah dimiliki remaja, persepsi dan sikap mengenai segala sesuatu, sehingga dapat mencetuskan *learning process* yang menyebabkan perubahan sikap dan perilaku [7].

Salah satu dampak yang terlihat adalah adanya perubahan perilaku seksual pada remaja. Salah satu refleksi dari perubahan tersebut adalah peningkatan aktivitas seksual kaum remaja sebelum menikah yang terjadi di beberapa negara termasuk Indonesia. Perubahan-perubahan mendasar dalam sikap dan perilaku seksual di kalangan remaja telah menjadi salah satu masalah sosial yang memprihatinkan



UPT-PUSTAK-UNDIP

masyarakat Indonesia, terutama dalam satu dekade terakhir ini. Berbagai kasus dan hasil-hasil penelitian yang diungkap media massa yang mulai dipicu oleh penelitian Sulistyo Eko dan Kelompok Dasakung pada awal 1980-an menunjukkan kecenderungan adanya pergeseran nilai-nilai tersebut [8]. Di Manado (1992) dilaporkan 26% remaja pernah melakukan hubungan seksual pra-nikah [9], Satoto (1992) seperti dikutip Irawan melaporkan 5,6% siswa sekolah menengah pernah melakukan hubungan seksual dan menurut Irawan (1995) 78 % dari anak jalanan di Semarang juga pernah melakukan hubungan seksual [10], Sembodo dkk (2000) menemukan bahwa 9% responden mahasiswa di Semarang pernah melakukan hubungan seksual selama pacaran [11]. Kecenderungan terakhir menunjukkan bahwa remaja desa-pun tidak kalah aktif dalam hubungan antarjenis dibandingkan remaja kota, dapat dilihat dari laporan penelitian Faturochman dkk (Bali, 1989) menunjukkan persentase remaja laki-laki di desa dan kota telah melakukan hubungan seksual masing-masing 23,6% dan 33,5%; Singarimbun (1994) juga mendapatkan 1,8% remaja perempuan di pedesaan dan 3,6% remaja perempuan di perkotaan pernah melakukan hubungan seksual [9].

Perubahan-perubahan sikap dan perilaku seksual remaja tersebut mengakibatkan peningkatan masalah-masalah seksual seperti meningkatnya perilaku seksual sebelum menikah yang biasanya disertai masalah-masalah *unprotected sexuality*, penyebaran penyakit kelamin dan kehamilan tidak dikehendaki atau tidak direncanakan (*unwanted* atau *uninttended pregnancy*). Masalah yang terakhir ini akan menimbulkan masalah-masalah lain, yakni aborsi dan pernikahan usia muda. Semua masalah ini oleh WHO disebut sebagai masalah kesehatan reproduksi remaja, yang telah mendapat perhatian khusus dari berbagai organisasi internasional [8]. WHO melaporkan setiap tahunnya 15 juta perempuan dibawah umur 20 tahun menjadi ibu. Penelitian di negara berkembang juga melaporkan sekitar 20% dan 60% kehamilan dan persalinan dibawah 20 tahun adalah kehamilan dini dan tidak dikehendaki [12].

Mengingat negara maju seperti Amerika Serikat di mana 30% dari remaja yang aktif melakukan hubungan seksual menggunakan alat kontrasepsi, diperkirakan di negara berkembang termasuk Indonesia angka remaja yang memakai alat

kontrasepsi juga rendah. Dengan rendahnya penggunaan alat kontrasepsi, risiko untuk kehamilan dini serta penyakit hubungan seksual akan meningkat. Dari angka statistik internasional dilaporkan bahwa kurang lebih 10% angka kelahiran di dunia akibat kehamilan dini. Kematian karena kehamilan dan persalinan adalah 2 – 5 kali lebih tinggi pada kelompok usia dibawah 18 tahun dibanding kelompok usia 20 – 29 tahun. Setiap tahunnya dilaporkan lebih dari 4,4 juta aborsi oleh remaja dan pada umumnya adalah aborsi ilegal. Dari jumlah kasus yang dirawat di rumah sakit oleh karena komplikasi abortus, 1/3-nya adalah karena kehamilan dini. Mengenai angka penyakit hubungan seksual, dilaporkan ada 111 juta kasus baru setiap tahunnya, dan kurang lebih 50 % dari kasus HIV baru adalah pada kelompok remaja [13].

Mengamati berbagai gejala tersebut di atas, sebagai salah satu kebutuhan yang diperlukan adalah bekal pengetahuan kesehatan reproduksi yang memadai termasuk penggunaan kontrasepsi dan hubungan seksual yang sehat. Diharapkan dengan pengetahuan yang baik dan benar tentang kesehatan reproduksi akan mengubah perilaku seksual dan kondisi kesehatan reproduksi para remaja. Walaupun juga diakui tidak selamanya tingkat pengetahuan mencerminkan sikap dan perilaku seseorang.

Meskipun kelompok umur adalah salah satu cara untuk mendefinisikan populasi remaja, hal tersebut bukan merupakan faktor yang terpenting untuk mempertimbangkan kebutuhan kesehatan reproduksi pada remaja. Faktor lain yang perlu dipertimbangkan antara lain adalah faktor lingkungan apakah mereka tinggal di pedesaan atau di perkotaan, karena lingkungan tempat tinggal besar pengaruhnya terhadap perilaku para remaja [6].

Kotamadia Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah merupakan salah satu kota besar di Indonesia. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 1999, penduduk Kotamadia Semarang adalah 1.429.808 jiwa yang terdiri atas 693.972 laki-laki dan 735.836 perempuan. Kelompok usia 10 – 19 tahun sebanyak 283.794 jiwa yang terdiri atas 137.809 laki-laki dan 145.985 perempuan. Secara administratif, Kotamadia Semarang memiliki 16 kecamatan yang terbagi menjadi 177 kelurahan. Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 1999, penduduk Kabupaten Semarang, total berjumlah 829.768 jiwa yang terdiri atas 405.856 laki-laki

dan 423.912 perempuan. Kelompok usia 10 – 19 tahun sebanyak 166.580 jiwa yang terdiri atas 84.880 laki-laki dan 81.700 perempuan. Secara administratif, Kabupaten Semarang memiliki 15 kecamatan yang terdiri atas 235 kelurahan [4].

Kelurahan di wilayah Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang juga dibedakan menjadi perkotaan (*urban*) atau pedesaan (*rural*) berdasarkan "Pedoman Ranking Kriteria *Urban/Rural*". Penggolongan tersebut berdasarkan kriteria kepadatan penduduk, persentase rumah tangga tani dan jumlah fasilitas *urban.* Berdasarkan pedoman tersebut kelurahan-kelurahan di wilayah Kotamadia Semarang mayoritas berstatus perkotaan sedangkan di wilayah Kabupaten Semarang berstatus pedesaan (lihat lampiran 1) [14].

Kabupaten Semarang walaupun secara administratif terpisah dari Kotamadia Semarang, daerah ini merupakan *remote area* untuk Kotamadia Semarang. Penduduk Kabupaten Semarang banyak yang bekerja atau belajar di Kotamadia Semarang dan sebaliknya penduduk Kotamadia Semarang ada yang bekerja, belajar atau mengisi waktu luang di wilayah Kabupaten Semarang.

Dengan menimbang adanya perbedaan kondisi secara geografis, administratif dan tersedianya fasilitas dapat diketahui Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang memiliki perbedaan dalam hal fasilitas, status sosial ekonomi ataupun tingkat pendidikan. Keadaan tersebut akan secara langsung ataupun tidak langsung berpengaruh pada kebiasaan atau adat setempat. Perbedaan-perbedaan tersebut juga akan berpengaruh terhadap kehidupan remaja pada umumnya dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada khususnya. Akan tetapi dengan adanya globalisasi informasi, telekomunikasi, dan kemudahan transportasi serta peran Kabupaten Semarang sebagai *remote area* untuk Kotamadia Semarang, peran pembedaan wilayah *rural* dan *urban* pada tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja perlu dikaji kembali.

Penelitian tentang *baseline survei* tentang pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan reproduksi remaja di Indonesia telah dilakukan, antara lain Survei *Baseline* Reproduksi Remaja Sejahtera di Indonesia 1998/1999 [15], dan beberapa penelitian lain seperti di Manado pada tahun 1992 [9], di Jakarta pada tahun 1998 [16], dan Semarang

pada tahun 2000 [11]. Namun demikian belum pernah dilaporkan penelitian untuk membandingkan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di daerah perkotaan dan daerah pedesaan di Indonesia, khususnya di wilayah Semarang. Penelitian ini diperlukan, mengingat sebagian besar penduduk Indonesia tinggal di daerah pedesaan, dimana karakteristik permasalahan di pedesaan seperti terbatasnya informasi, rendahnya tingkat pendidikan dan sosial ekonomi, yang cenderung dapat mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan reproduksi remaja.

Dengan mengetahui besarnya perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada wilayah *rural* dan *urban* maka hasil analisis informasi yang diperoleh tersebut dapat digunakan untuk penyusunan strategi peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, penelitian ini dilakukan untuk melihat sejauh mana tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di wilayah Kotamadia dan Kabupaten Semarang. Kelompok siswa ini belum tercakup dalam Survei *Baseline* Kesehatan Reproduksi Remaja di kota Semarang dan diambilnya siswa sekolah menengah umum dengan alasan karena mewakili kelompok transisi dari anak-anak menuju dewasa yang ditandai dengan pertumbuhan fisik yang cepat dan tercapainya kematangan seksual dan jiwanya sehingga pada masa ini remaja rentan terhadap masalah-masalah yang bersifat fisik, psikis dan sosial, termasuk secara tidak langsung masalah kesehatan reproduksi. Sesuai dengan sifat dan perkembangan psikologisnya siswa sekolah menengah umum mulai timbul perkembangan imajinasi yang menyebabkan keinginan untuk mencoba-coba, mulai senang berkelompok dengan jenis kelamin yang berbeda dan sedang berusaha menentukan jati dirinya. Kelompok remaja ini sebagian besar berada di sekolah, khususnya sekolah menengah, sehingga sekolah menengah menjadi tempat yang layak untuk pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja.

## 1.2 Permasalahan

Permasalahan dalam penelitian ini adalah :

Apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di daerah perkotaan dan pedesaan ?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui apakah terdapat perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di perkotaan dan pedesaan wilayah Semarang.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di perkotaan dan pedesaan wilayah Semarang.
2. Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di perkotaan dan pedesaan wilayah Semarang

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pemegang kebijakan daerah, instansi/lembaga terkait baik pemerintah maupun LSM, serta bagi masyarakat luas dalam pengembangan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) tentang kesehatan reproduksi, dengan harapan akan terjalin kerjasama di antara komponen-komponen tersebut sehingga menghasilkan komitmen baik secara politis dan operasional serta adanya dukungan dari masyarakat.

Bagi remaja, materi pendidikan yang diperoleh akan menjembatani kesenjangan informasi tentang kehidupan remaja dalam konteks kesehatan reproduksi secara lugas dan transparan sehingga hal tersebut bukan merupakan sesuatu yang bersifat porno dan tabu, dengan demikian remaja akan memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang memadai. Diharapkan, remaja dapat terhindar dari risiko kehamilan usia

konsekuensinya, yang akhirnya akan membantu menekan angka kesakitan dan kematian ibu–anak.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian tentang *baseline* tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan reproduksi remaja Indonesia telah dilaporkan, antara lain :

1. Tim Pusat Penelitian Kesehatan UGM bekerja sama dengan Kantor Kementrian Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup, Determinan pengetahuan, sikap, dan praktik kesehatan reproduksi di kota Manado, 1992 [9].
2. Sembodo T. dkk, *Baseline survei* kesehatan reproduksi remaja di kota Semarang, 2000 [11].
3. Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi UI, Survei *baseline* reproduksi remaja sejahtera di Indonesia, 1999 [15].
4. Widiyanti W., Pengetahuan, sikap, dan perilaku tentang kehamilan remaja pada remaja yang hamil, 1998 [16].

Adapun penelitian ini ingin melihat sisi lain yang belum pernah diteliti yaitu mengenai perbandingan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sekolah menengah umum di wilayah perkotaan dan pedesaan di Indonesia, khususnya di wilayah Semarang, belum pernah dilaporkan.

# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Dalam kaitan hak reproduksi dan kesehatan reproduksi, salah satu yang perlu diperhatikan adalah definisi kesehatan reproduksi itu sendiri. Definisi kesehatan reproduksi dalam konferensi kependudukan di Kairo (1994) dilandaskan pada definisi sehat menurut WHO, yaitu : keadaan sehat yang menyeluruh baik aspek fisik, mental ataupun sosial, dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit dan kecacatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Dengan demikian kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa setiap orang dapat menikmati kehidupan seks yang aman dan menyenangkan, dan mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi serta memiliki kebebasan untuk menetapkan kapan dan seberapa sering mereka ingin bereproduksi [17]. Kesehatan reproduksi mencakup 3 komponen, yaitu : kemampuan (*ability*), keberhasilan (*success*) dan keamanan (*safety*). Kemampuan berarti mampu melakukan hubungan seksual dan bereproduksi, keberhasilan berarti dapat menghasilkan anak sehat yang tumbuh dan berkembang dengan baik, keamanan berarti semua proses reproduksi termasuk hubungan seksual, kehamilan, persalinan, nifas, kontrasepsi dan abortus merupakan proses atau aktivitas yang aman [18].

Agar seseorang dapat melalui fungsi reproduksinya secara sehat, kesehatannya harus terjaga sejak masih berusia remaja, bahkan sejak masih usia anak-anak. Ada 3 unsur yang perlu diperhatikan, yaitu [17]:

1. Menjaga agar baik laki-laki maupun perempuan mampu bereproduksi dalam keadaan sehat, serta mampu mengasuh anak-anaknya secara bertanggung jawab, sehingga merekapun kelak akan mampu menjalani tugas reproduksinya secara sehat pula.
2. Menjamin bahwa mereka akan melewati masa reproduksinya secara aman, tanpa komplikasi baik secara fisik, mental maupun sosial.

3. Menjamin bahwa setiap orang mempunyai hak dan kesempatan yang sama untuk mencapai semua itu.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan yang menjamin fungsi reproduksi, khususnya proses reproduksi dapat berlangsung dalam keadaan sehat fisik, mental dan sosial dan bukan saja bebas dari penyakit atau gangguan alat reproduksi.

## 2.2 Remaja dan Kesehatan Reproduksi Remaja

### 2.2.1 Pengertian remaja

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 4 tahun 1979 tentang kesejahteraan anak, remaja adalah anak dengan usia antara 13 sampai dengan 18 tahun. Sedangkan menurut WHO batasan remaja adalah anak dengan usia antara 10 sampai dengan 19 tahun. Batasan sesuai umur kronologis ini dapat digunakan secara statistik dengan baik [1,5]. Kelompok remaja merupakan kelompok yang sangat besar dalam populasi. Diperkirakan seperlima dari penduduk dunia adalah kelompok remaja [12].

Orang Eropa menyebut remaja dengan istilah puber, sedangkan orang Amerika menyebutnya dengan adolesensi. Keduanya merupakan masa transisi dari masa anak-anak menjadi dewasa. Sedangkan di Indonesia ada yang menggunakan istilah akil balik, pubertas dan yang paling banyak menyebutnya remaja [19].

Menurut Sarlito (2000) pedoman umum batasan remaja, menggunakan batasan usia 11 – 24 tahun dan belum menikah, untuk remaja Indonesia dengan pertimbangan sebagai berikut [20]:

1. Usia 11 tahun ialah usia dimana pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder telah nampak (kriteria fisik).
2. Di Indonesia, usia 11 tahun sudah dianggap akil balik baik menurut adat maupun agama, sehingga masyarakat tidak lagi memperlakukan mereka sebagai anak-anak (kriteria sosial).
3. Pada usia tersebut mulai ada tanda-tanda penyempurnaan jiwa.

4. Batas usia 24 tahun merupakan batas usia maksimal, untuk memberi peluang bagi mereka yang sampai batas usia tersebut masih menggantungkan diri pada orang tua, belum mempunyai hak-hak penuh sebagai orang dewasa (secara adat dan tradisi), belum bisa memberikan pendapat sendiri.
5. Status perkawinan sangat menentukan, karena arti perkawinan masih sangat penting di masyarakat secara menyeluruh. Seorang yang telah menikah pada usia berapapun dianggap dan diperlakukan sebagai orang dewasa penuh, baik secara hukum maupun dalam kehidupan masyarakat dan keluarga, karena itu definisi remaja khusus untuk yang belum menikah.

Berdasarkan uraian di atas, yang dimaksud dengan pengertian remaja di Indonesia sesuai dengan Undang-undang No 4 tahun 1979 adalah kelompok usia 13 – 18 tahun dan belum menikah.

### 2.2.2 Tumbuh kembang remaja

Tahapan perkembangan yang disebut dengan tahap remaja adalah suatu tahapan yang dicapai seseorang ketika meninggalkan masa anak untuk mencapai kedewasaannya, merupakan masa transisi. Pada masa ini terjadi perubahan aspek fisik biologis, psikis maupun sosial dari seseorang secara cepat [21]. Perubahan itu dapat saling kait mengkait, meskipun tidak bersamaan, sehingga menimbulkan kegelisahan dan mempengaruhi tingkah laku remaja dalam penyesuaian dirinya [22]. Mereka diharapkan mampu mengatasi masalah yang dihadapi, mencegah dampak buruk terhadap diri sendiri maupun bagi lingkungannya, sehingga dapat mencapai status kedewasaannya secara sempurna [23].

Tiga aspek perkembangan dalam masa remaja [24]:

1. Perkembangan fisik.

   Yang spesifik pada pertumbuhan fisik baik laki-laki maupun perempuan remaja adalah kecepatan tumbuhnya, pada saat ini pertumbuhan tinggi badan (linier) amat cepat. Pada laki-laki dan perempuan perbedaan yang terjadi adalah pertumbuhan yang berkaitan dengan perkembangan dan organ reproduksi. Pertumbuhan alat kelamin dapat diketahui dengan datangnya haid

pada anak perempuan dan mengeluarkan air mani pada anak laki-laki, yang dengan kata lain proses kematangan seks dengan kemampuan reproduksi sudah tercapai. Kematangan seks ini disertai dengan gejolak yang bersumber pada timbulnya dorongan seks yang sebelumnya laten.

2. Perkembangan sosial.

   Remaja yang sebelumnya lebih sering bergaul dengan jenis kelamin sama, maka pada masa ini mulai menaruh perhatian pada lawan jenisnya. Diperlukan perhatian dan bimbingan supaya tidak terjadi hambatan maupun akibat-akibat yang negatif bagi masa depan remaja. Dengan menjalani perkembangan sosial yang lancar dan berkesempatan bergaul dengan baik disertai bimbingan dari tokoh-tokoh identifikasi, diharapkan terpupuk dan terbentuk tingkah laku sosial yang bertanggung jawab.

3. Perkembangan kepribadian.

   Pada masa remaja, labilnya emosi erat hubungannya dengan keadaan hormonal di dalam dirinya. Keadaan ini sering terlihat dari letupan emosi yang terwujud dalam ledakan amarah, sensitif, kesuraman suasana hati yang kadang-kadang dapat menyesatkan mereka ke arah perbuatan nekat. Ketidakstabilan emosinya menyebabkan rasa ingin tahu dan dorongan untuk mencari tahu, tersalur melalui eksperimen dan eksplorasi yang bisa konstruktif dan berguna, tetapi tidak destruktif.

Sesuai dengan sifat dan perkembangan psikologisnya, remaja dibedakan menjadi tiga kelompok yaitu [25] :

1. Remaja awal (sekitar 10 sampai 12 – 14 tahun) :

   Periode ini ditandai dengan percepatan pertumbuhan dan perubahan biologis. Pada masa ini remaja mulai menghadapi 3 faktor lingkungan yaitu – faktor keluarga, kelompok sebaya dan lingkungan sekolah. Kondisi utama dalam proses perkembangannya adalah dorongan keinginan untuk bebas atau berdiri sendiri, bebas dari kontrol keluarga.

2. Remaja pertengahan (15 – 17 tahun) :

   Pada periode ini mulai timbul perkembangan imajinasi yang menyebabkan keinginan untuk mencoba-coba. Mulai senang berkelompok dengan jenis kelamin yang berbeda. Pada masa ini remaja sedang berusaha menentukan jati dirinya.

3. Remaja akhir (18 tahun lebih) :

   Pada masa ini kematangan fisik telah tercapai sepenuhnya. Perilaku seksual telah mengarah ke perilaku seksual dewasa.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa remaja mengalami tumbuh kembang secara fisik, biologis, psikis dan sosial yang saling kait mengkait meskipun tidak bersamaan, sehingga menimbulkan kegelisahan dan mempengaruhi tingkah laku remaja dalam penyesuaian dirinya menuju status kedewasaannya secara sempurna.

### 2.2.3 Perilaku seksual remaja

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun dengan sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu dan bersenggama. Obyek seksualnya bisa berupa orang lain, orang dalam khayalan atau diri sendiri. Dampak dari perilaku ini dapat bermacam-macam, antara lain merasa berdosa atau bahkan terkena penyakit kelamin [20].

Pertumbuhan organ-organ genital yang ada baik di dalam maupun di luar badan sangat menentukan bagi perkembangan tingkah laku selanjutnya. Menurut Siti Rahayu (1998) disamping tanda kelamin primer, tanda-tanda kelamin sekunder dipandang dari sudut psikologis, memegang peranan penting sebagai tanda perkembangan seksual, baik bagi remaja itu sendiri maupun bagi orang lain [26].

Meningkatnya minat pada seksualitas menurut Hurlock (1999) menyebabkan sebagian remaja mencari pelbagai sumber informasi yang mungkin dapat diperoleh, misalnya dari pendidikan seks di sekolah atau perguruan tinggi, membahas dengan teman-teman, buku-buku tentang seks [21].

Kebiasaan seksual dan reproduksi pada remaja dapat dikategorikan dalam tiga kelompok [27]:

1. *Early sexual experience and late marriage.*

   Pengalaman seksual dini dan menikah pada usia tua, terutama di negara-negara maju, seperti di Amerika Utara dan Eropa juga di kota-kota negara yang sedang berkembang, termasuk Indonesia. Pada umumnya mereka melakukan hubungan seksual pada usia belasan tahun, tanpa memakai alat atau metode pencegahan kehamilan. Biasanya terjadi kehamilan yang tidak diinginkan, cenderung mengakhiri dengan abortus, sering menderita penyakit akibat hubungan seksual dan menikah pada usia yang relatif tua.

2. *Early marriage and childbearing.*

   Menikah dini dan melahirkan ditandai dengan perkawinan segera setelah menstruasi yang pertama, diikuti dengan kehamilan segera. Kehamilan dan hubungan seksual di luar nikah jarang terjadi. Angka abortus dan penyakit kelamin pada kelompok ini rendah.

3. Kelompok transisi.

   Kelompok ini ditemukan di perkotaan masyarakat yang sedang mengalami transisi. Kesempatan untuk mendapatkan pendidikan pada perempuan meningkat dan kehamilan di luar nikah juga meningkat.

Permasalahan yang terkait langsung dengan fungsi dan proses reproduksi remaja [28]:

1. Remaja aktif seksual sebelum tercapai kematangan mental dan sosial.
2. Kehamilan yang tidak diinginkan remaja.
3. Kondisi remaja yang tidak menunjang kehamilan sehat (anemia, kurang energi dan kalori).
4. Percobaan pengguguran kandungan yang tidak aman oleh tenaga yang tidak terlatih.
5. Terkena infeksi penyakit menular seksual.
6. Risiko berganti-ganti pasangan seksual
7. Risiko komplikasi kehamilan dan persalinan.
8. Risiko melahirkan bayi berat badan lahir rendah dan kelainan pada bayinya.

Menurut Sarlito (1997) faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya masalah seksual remaja adalah [20]:

1. Meningkatnya libido seksualitas, yang membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku seksual.
2. Penundaan usia perkawinan, yaitu Undang Undang Perkawinan dan norma-norma sosial yang makin menuntut persyaratan yang makin tinggi untuk perkawinan seperti pendidikan, pekerjaan, persiapan mental dan lain-lain.
3. Tabu larangan, berlakunya norma-norma agama yang melarang seseorang melakukan hubungan seksual sebelum menikah, bagi remaja yang tidak dapat menahan diri akan cenderung melanggarnya.
4. Kurangnya informasi tentang seks, yaitu karena belum lengkapnya informasi yang benar, ada kecenderungan meniru apa yang dilihat dan didengar dari media massa.
5. Pergaulan yang semakin bebas, hal ini berkembang karena meningkatnya peran wanita dalam masyarakat yang kedudukannya makin sejajar, sehingga pergaulan pun makin bebas.

## 2.3 Pengetahuan Kesehatan Reproduksi

### 2.3.1 Pengertian pengetahuan kesehatan reproduksi

Istilah kesehatan reproduksi dalam pengertian luas menunjukkan pada kesejahteraan laki-laki dan perempuan dalam hal anatomi – fungsi sistem reproduksi, seksual, kehamilan, kelahiran, kontrasepsi dan kondisi serta penyakit yang berhubungan [6]. Pengetahuan akan kesehatan dipandang sebagai bagian dari kebudayaan, yakni pengetahuan yang dimiliki oleh manusia sebagai mahkluk sosial yang digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang dihadapinya dan mendasari serta mendorong terwujudnya kelakuan-kelakuan [29]. Sebenarnya pendidikan kesehatan reproduksi sebagai sarana untuk memperoleh pengetahuan kesehatan reproduksi mempunyai pengertian luas, yaitu upaya memberikan pengetahuan tentang biologis, psikologis dan psikososial sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan manusia dengan mempertimbangkan perasaan orang lain dalam tiap-tiap tindakan, keuntungan

dari kontrol diri dan disiplin diri, serta komitmen agama agar tidak terjadi penyalah-gunaan organ reproduksi tersebut [10].

Berdasarkan uraian di atas, maka yang dimaksud dengan pengetahuan kesehatan reproduksi ialah pengetahuan yang digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang dihadapi, yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, dan dengan pengetahuan itu diwujudkan kelakuan-kelakuan yang dianggap sesuai dengan perilaku reproduksi sehat.

### 2.3.2 Pengertian pengetahuan kesehatan reproduksi remaja

Beberapa penelitian mengemukakan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misal media massa (media cetak, media elektronik), dan teman dekat. Penelitian yang dilakukan Rubestein, tentang topik yang diminati untuk dibahas dalam pendidikan seks oleh anak laki-laki dan perempuan kelas 9 (usia 14 tahun) pada sekolah di Boston. Dimana anak laki-laki dan perempuan diminta untuk menyeleksi 13 dari 112 topik seksual. Pada gadis memilih topik perkosaan yang tidak ada pada daftar topik yang dipilih anak laki-laki. Sedangkan anak laki-laki memilih topik seks oral, yang tidak ada di dalam daftar pilihan anak perempuan [22].

Hasil yang mengejutkan adalah remaja pria usia 14 tahun tidak tertarik tentang anatomi seks, *necking*, *petting*, percumbuan, masturbasi, atau menstruasi. Namun mereka lebih tertarik mengenai seluk beluk serta akibat dari hubungan seks. Sedangkan remaja putri lebih tertarik pada keluarga berencana: penyakit kelamin; aborsi, apakah hubungan seks itu menyenangkan, menakutkan, menimbulkan perasaan bersalah dan apakah itu dapat dihubungkan dengan cinta. Anak laki-laki lebih tertarik pada aspek kesenangan – akibat yang menyakitkan dari kenikmatan seksnya, dan hubungan seks secara oral-genital, walaupun mereka pun tertarik pada penyakit kelamin, keluarga berencana, kehamilan, aborsi, dan cinta, rasa bersalah dan takut akibat hubungan seks. Baik anak laki-laki dan perempuan tertarik pada pelanggaran seks dan prostitusi. Temuan-temuan tersebut mirip dengan hasil

penelitian Mc Cormick dkk (1985), yang memperlihatkan minat siswa pada topik tentang hubungan seks, keluarga berencana, penyakit kelamin dan kehamilan [22].

**Tabel I. Tigabelas topik seksual utama yang menarik bagi remaja [22]**

| GADIS | LAKI-LAKI |
|---|---|
| Keluarga berencana | Penyakit menular seksual |
| Abortus | Kenikmatan seks |
| Pil kontrasepsi | Hubungan seks |
| Penyakit menular seksual | Keluarga berencana |
| Kehamilan | Percintaan |
| Percintaan | Seks oral |
| Kecemasan terhadap seks | Kehamilan |
| Rasa bersalah (seksual) | Aborsi |
| Perkosaan | Rasa bersalah |
| Kenikmatan seksual | Pil kontrasepsi |
| Hubungan seksual | Kecemasan terhadap seks |
| Ketahanan mental seks | Ketahanan mental seks |
| Pelacuran | Pelacuran |

Pada tahun 1953 Kinsey melaporkan tidak lebih dari 5% wanita mendapatkan informasi sepintas dari orang tua mereka, sebaliknya informasi seksual sebagian besar diperoleh dari teman sebaya [30,20]. Pada suatu survei di sekolah menengah yang dilakukan di Amerika Serikat, Mc Carry mendapatkan bahwa sebagian besar dari murid-murid tersebut melontarkan kritik terhadap orang tua karena tidak pernah memberikan penerangan seks kepada anaknya. Dua pertiga dari mereka sama sekali tidak pernah mendapatkan penerangan apapun, sedangkan sisanya mendapatkan penerangan sekedarnya. David dan Harris (1982) meneliti pada 288 siswa sekolah umum (44% wanita dan 36% laki-laki) dengan usia 11 – 18 tahun dari bermacam-macam etnis, didapatkan bahwa: teman adalah sumber informasi tertinggi, diikuti sekolah, buku dan majalah, serta orang tua. Sebagian besar murid tersebut ternyata hanya mendapatkan sedikit informasi dari televisi dan bioskop, dan kurang dari 8% dari gereja [20]. Sedangkan penelitian lain menemukan bahwa mahasiswa Anglo

mempunyai pengetahuan seks lebih tinggi dibanding penduduk Amerika. Tingkat minat, pengetahuan serta istilah-istilah seks, wanita lebih tinggi dibanding laki-laki. Hasil tes pengetahuan tentang seks, kelompok mahasiswa tertinggi nilainya, hal ini menunjukkan mereka mengambil pendidikan seks baik secara informal maupun formal [22].

Penelitian yang dilakukan di Hongkong (1981) terhadap 3.917 pelajar, mengungkapkan bahwa sebagian besar dari anak sekolah memperoleh pengetahuan kesehatan reproduksi terutama dari surat kabar, majalah atau ceramah-ceramah tentang seks [20].

Berdasarkan uraian di atas, kelompok remaja sangat perlu mendapatkan pengetahuan kesehatan reproduksi yang memadai, sehingga tercermin dalam sikap dan perilaku. Dengan demikian, yang dimaksud dengan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja adalah pengetahuan remaja yang digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang dihadapinya, yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, dan dengan pengetahuan itu diwujudkan kelakuan-kelakuan yang dianggap sesuai dengan perilaku reproduksi sehat.

### 2.3.3 Pengertian tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja

Pengetahuan dapat diperoleh melalui berbagai usaha, baik yang dilakukan dengan sengaja maupun secara kebetulan. Dalam proses memperoleh pengetahuan ini, terutama yang dilakukan dengan sengaja, mencakup berbagai metode dan konsep-konsep, baik melalui proses pendidikan, pengalaman sendiri maupun orang lain.

Masalah pendidikan merupakan masalah setiap orang sebagai upaya menambah / memperoleh pengetahuan sejak manusia lahir ke dunia. Demikian juga saat manusia saling bergaul, telah ada usaha orang-orang yang lebih mampu dalam hal-hal tertentu untuk mempengaruhi orang lain, teman bergaul mereka untuk kepentingan kemajuan mereka [31].

Proses pendidikan berlangsung di dalam suatu lingkungan pendidikan atau tempat dimana pendidikan itu berlangsung, dibedakan menjadi [32]:

1. Pendidikan dalam keluarga, yang disebut pendidikan informal yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab orang tua (ayah dan ibu).
2. Pendidikan dalam sekolah, disebut pendidikan formal yang merupakan tanggung jawab para guru di sekolah.
3. Pendidikan di masyarakat umum, yang biasanya bertujuan untuk melengkapi pendidikan di sekolah dan keluarga, disebut pendidikan non-formal yang dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi di masyarakat.

Menurut Notoatmojo, pengetahuan merupakan hasil dari tahu sebagai akibat dari proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut terjadi sebagian besar melalui penglihatan dan pendengaran.

Pengetahuan mempunyai beberapa tahapan [32,33]:

1. Tahu (*know*), yaitu mengingat suatu materi yang telah dipelajari.
2. Memahami (*comprehension*), yaitu kemampuan menjelaskan sesuatu secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat mengimplementasikan materi itu secara benar.
3. Aplikasi, yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis, yaitu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
5. Sintesis, yaitu kemampuan untuk melakukan dan menghubungkan antara bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

Berdasarkan uraian di atas, maka pengertian tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja adalah tingkat pengetahuan remaja yang digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang dihadapinya, yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

## 2.4 Aspek-aspek Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Aspek-aspek pengetahuan kesehatan reproduksi remaja mengacu pada permasalahan yang terkait langsung dengan fungsi dan proses reproduksi remaja [28], yaitu :

1. Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi.
2. Gender dan seksualitas.
3. Kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja.
4. Kontrasepsi untuk remaja.
5. Penyakit menular seksual.

## 2.5 Faktor-faktor yang berperan pada Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi

1. **Umur**

   Umur merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan kematangan seseorang, baik kematangan fisik, psikis maupun sosial sehingga umur dapat mempengaruhi baik tidaknya seseorang dalam proses belajar mengajar [21]. Dengan asumsi bahwa bertambahnya usia seseorang akan bertambah pula pengetahuannya termasuk pengetahuan kesehatan reproduksi yang mungkin diperoleh dari pengalaman pribadinya.

2. **Tingkat pendidikan**

   McLuhan mengatakan bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih sering membaca surat kabar atau menonton televisi dibanding orang yang berpendidikan rendah. Dengan adanya kebiasaan tersebut, maka dimungkinkan akan menambah pengetahuan seseorang [34]. Menurut Paul B. Horton (1984) pendidikan melahirkan perubahan mental, selera, minat, tujuan, etika, pengetahuan, dan perubahan dalam keseluruhan cara hidup seseorang [35]. Bertambahnya tingkat pendidikan seseorang akan memudahkan seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang lebih baik termasuk pengetahuan kesehatan reproduksi.

3. **Sosial ekonomi**

   Fasilitas dan sumber dana menurut WHO berpengaruh terhadap terjadinya perilaku seseorang. Besarnya kemampuan ekonomi mencerminkan keadaan sosial ekonomi keluarga dimana hal itu mempunyai peranan dalam meningkatkan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan atau mengembangkan kecakapan seseorang [36]. Kondisi sosial ekonomi seseorang mempunyai peran dalam meningkatkan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan kesehatan reproduksi.

4. **Pendidikan non-formal**

   Keluarga merupakan kelompok sosial yang utama, dimana seseorang belajar menjadi mahkluk sosial dan tempat pertama dari perkembangan segi-segi sosial atau perilaku seseorang. Sehingga adanya komunikasi yang baik antara anak dan orang tua khususnya mengenai kesehatan reproduksi akan meningkatkan pengetahuan akan hal itu [32,36]. Selain dari keluarga pendidikan dapat diperoleh dari lembaga dan organisasi di masyarakat [32].

5. **Pendidikan formal**

   Pendidikan di sekolah merupakan tanggung jawab para guru baik kegiatan intra maupun ekstra kurikuler [32]. Adanya kurikulum pendidikan kesehatan reproduksi akan mempengaruhi tata pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi.

6. **Lingkungan pergaulan / kelompok sebaya**

   Menurut Horrocks dan Benimof pengaruh kelompok sebaya pada remaja akan tercermin dalam sikap, pembicaraan, minat, penampilan dan perilaku seseorang. Hal tersebut juga sejalan dengan pendapat Elizabeth B. Hurlock bahwa dalam kehidupan remaja adanya dukungan dari kelompok sebaya akan memperbesar kesempatan remaja untuk mempelajari pola perilaku sosial yang lebih matang [21].

7. **Geografi tempat tinggal (pedesaan dan perkotaan)**

   Pembedaan suatu wilayah menjadi pedesaan dan perkotaan mencakup pula perbedaan dalam fasilitas, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan

lingkungan sosial akan berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku seseorang [37].

## 2.6 Perkotaan dan pedesaan

### 2.6.1 Pengertian perkotaan

Masyarakat mempunyai kriteria fisik (teritorial) dan kriteria budaya. Dengan demikian berdasarkan kriteria fisik kita mengenal masyarakat perkotaan dan masyarakat pedesaan, sedangkan berdasarkan kriteria budaya ada masyarakat beradab dan masyarakat primitif. Masyarakat yang beradab artinya yang budayanya telah mencapai titik-titik puncaknya mengenal masyarakat kota. Belumlah tentu bahwa tingkat kepadatan penduduk menunjukkan sifat masyarakatnya itu kekotaan, contohnya desa-desa di Jawa yang padat penduduknya. Taraf kekotaan suatu tempat tidak tergantung pada kepadatannya tetapi dari kemutlakan fasilitas hidup yang cukup membebaskan manusia dari bergantungnya pada tanah.

Sosiolog Belanda Grunfeld (1978) dalam mengupas hakekat kota di zaman sekarang mulai dengan mengemukakan urbanisasi, yaitu perkotaan sebagai suatu proses dimana perkembangan penduduk kota lebih cepat jalannya dibandingkan dengan yang berlaku secara nasional. Jika angka perkembangannya ada di bawah keseluruhan penduduk negara maka yang ada bukan pengkotaan melainkan pertumbuhan kota. Grunfeld dalam mendefinisikan kota adalah suatu pemukiman dengan kepadatan penduduk yang lebih besar daripada kepadatan wilayah nasional, dengan struktur mata pencaharian non-agraris dan tata guna tanah yang beraneka serta dengan pergedungan yang berdirinya berdekatan. Kota disebut juga dengan tempat-tempat dimana hubungan sesama individu sangat impersonal, longgar, dan acuh.

Dengan demikian maka pengkotaan berjalan sejajar dengan perkembangan dimana penduduk tidak tergantung dari alam lingkungannya. Dengan kata lain pengkotaan bagian dari proses modernisasi [38].

### 2.6.2 Pengertian pedesaan

Perkataan pedesaan dalam pemakaian sehari-hari sangat mudah dimengerti. Namun kalau harus diberikan batasan yang tepat adalah sukar. Menurut Paul H. Landis (1948) yang disebut dengan pedesaan adalah :

1. Untuk maksud statistik, pedesaan adalah tempat-tempat dengan jumlah penduduk kurang dari 2.500 orang, kecuali bila disebutkan lain.
2. Untuk maksud kajian psikologi sosial, pedesaan itu adalah dimana daerah-daerah pergaulannya ditandai dengan derajat intimitas yang tinggi.
3. Untuk maksud kajian ekonomi, pedesaan merupakan suatu tempat di mana pertanian adalah pusat perhatian dan kepentingan.

Di Indonesia walaupun untuk keperluan statistik, untuk jumlah penduduk batasan dari Landis kurang tepat dipakai sebab jumlah penduduk desa di Jawa melebihi jumlah tersebut akan tetapi keadaannya masih bersifat pedesaan [39].

### 2.6.3 Perbedaan masyarakat perkotaan dan pedesaan

Sesuai dengan yang dipaparkan di atas, bahwa keadaan desa dan kota berbeda. Hal tersebut tercermin dalam keadaan masyarakat yang menghuninya. Karena itu, ciri-ciri masyarakat di desa akan lain apabila dibandingkan dengan masyarakat di kota. Adapun ciri-ciri tersebut dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Kehidupan masyarakat desa lebih bergantung pada pertanian, nelayan atau keadaan agraris, sehingga lebih bersifat homogen [38]. Masyarakat kota lebih heterogen dalam mata pencaharian sebagai penopang hidupnya, mata pencahariannya lebih bervariasi. Bervariasinya masyarakat tidak hanya dari segi mata pencahariannya, tetapi juga dalam pendidikan, nilai budaya, dan perilakunya [39].
2. Masyarakat desa sukar atau lambat menerima hal-hal yang baru dan condong tidak individualistik [38], sedangkan masyarakat kota mudah atau cepat menerima hal-hal yang baru, dinamis dan condong ke sifat individualistik [39].

3. Cara berfikir dan bekerja masyarakat desa sederhana, mencirikan masyarakat tradisional [38]. Sedangkan cara berfikir masyarakat kota lebih rasional, lebih kreatif, dan sifatnya materialistis [39].
4. Struktur ekonomi masyarakat desa didasarkan atas pertukaran tenaga. Hal tersebut terjadi karena jumlah uang relatif sedikit, sedangkan struktur ekonomi masyarakat kota merupakan struktur pertukaran uang. Di daerah perkotaan terdapat peredaran uang yang cukup besar apabila dibandingkan dengan di desa [39].
5. Hubungan antara anggota masyarakat satu dengan yang lain lebih intim di desa. Hal tersebut kurang dijumpai di kota [39].
6. Masyarakat desa karena kurang cepat menerima pemikiran-pemikiran baru, maka sifatnya konservatif, dan sikap pasrah kepada Yang Maha Kuasa cukup besar, sangat berbeda dengan masyarakat kota [39].
7. Karena masyarakat desa masih bersifat tradisional dan kemampuan berpikirnya terbatas, maka sifat ketergantungannya khususnya pada tempat tinggalnya sangat besar dan dengan demikian sikap kemandiriannya relatif rendah. Hal tersebut kurang nampak pada masyarakat kota [39].

Di Indonesia pembagian suatu wilayah menjadi pedesaan (*rural*) atau perkotaan (*urban*), pengkategoriannya berdasarkan pada beberapa hal [14,37]:

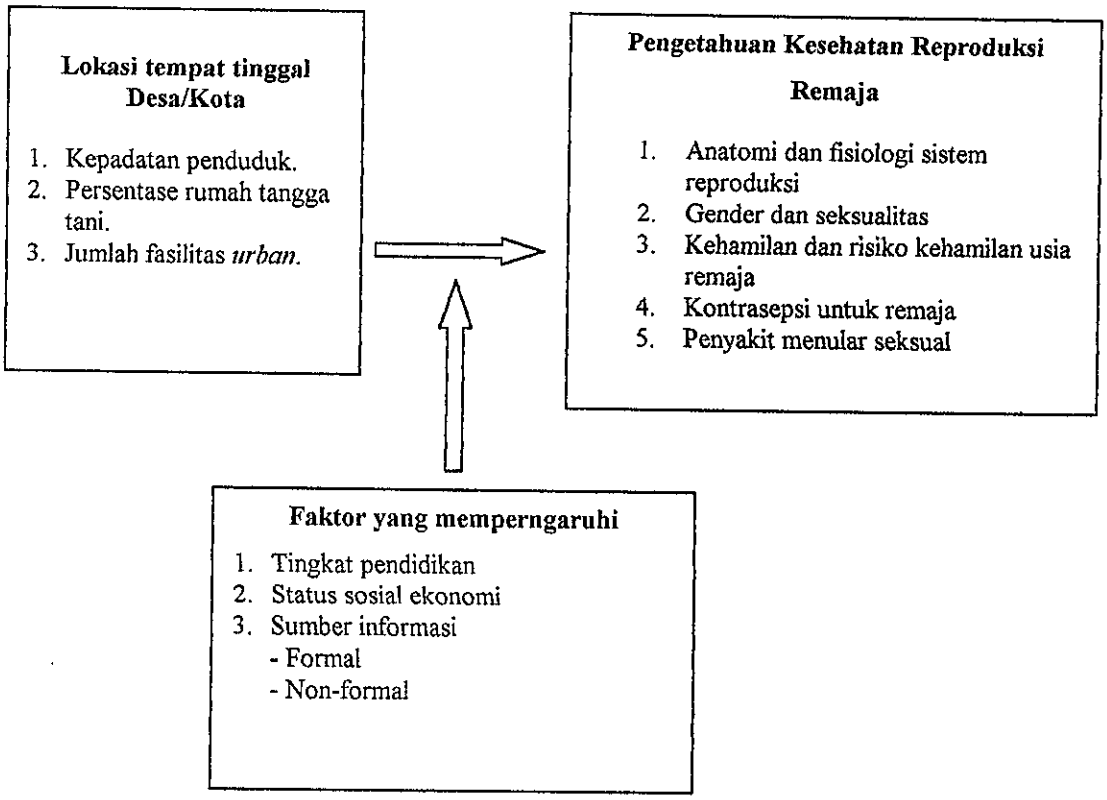
1. Kepadatan penduduk per $km^2$.
2. Bentuk fisik, yaitu sekumpulan ciri-ciri kebudayaan material, seperti bangunan baik yang bersifat pribadi maupun yang bersifat tempat umum.
3. Persentase rumah tangga petani (kepala keluarga yang menjadi petani).
4. Jumlah fasilitas *urban* seperti fasilitas yang berupa : SD, SLTP, SMU, gedung bioskop, rumah sakit, rumah sakit bersalin/BKIA, puskesmas, klinik, balai pengobatan, jalan yang dilalui kendaraan bermotor, pesawat telepon, kantor pos, pasar dengan bangunan, kelompok pertokoan, bank, pabrik, rumah makan, listrik umum dan usaha untuk keperluan pesta dan lain - lain.

## 2.7 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di perkotaan dan pedesaan

Dengan adanya pedoman kriteria *rural* dan *urban*, pengkategorian wilayah di Indonesia dibedakan menjadi daerah perkotaan dan daerah pedesaan, yang meliputi perbedaan fasilitas, status sosial-ekonomi, tingkat pendidikan, dan lingkungan sosial [37]. Perbedaan tersebut akan berpengaruh pada kebiasaan dan adat setempat, juga akan mempengaruhi kelompok remaja pada umumnya dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada khususnya.

## Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

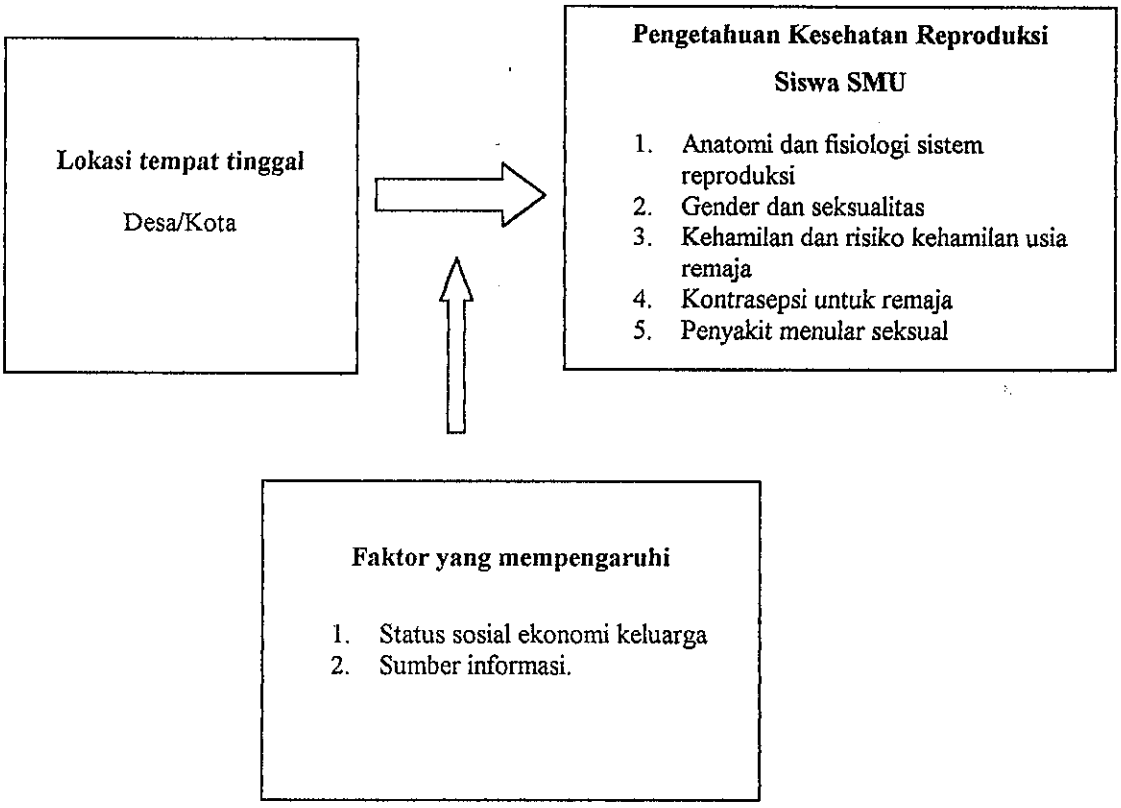





UPT-PUSTAK-UNDIP

## 2.9 Kerangka Konsep

Karena keterbatasan penelitian, maka dalam penelitian ini diajukan kerangka konsep sebagai berikut :



# BAB III
# HIPOTESIS

Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di daerah perkotaan dan pedesaan.

# BAB IV
# METODE PENELITIAN

## 4.1 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah ilmu kebidanan dan penyakit kandungan umumnya dan ilmu kesehatan reproduksi remaja khususnya.

## 4.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah Sekolah Menengah Umum di wilayah Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang.

## 4.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai awal bulan Agustus 2000 sampai dengan akhir bulan Agustus 2000.

## 4.4 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian survei dengan desain potong lintang (*cross sectional*). Desain penelitian ini dipilih oleh karena tidak akan dilakukan intervensi apapun dan pengambilan data hanya akan dilakukan satu kali.

## 4.5 Populasi dan Sampel Penelitian

### 4.5.1 Populasi Target Penelitian

Populasi penelitian adalah remaja sekolah menengah umum kelas II dengan usia 16-18 tahun.

### 4.5.2 Kerangka Sampling

1. **Teknik pemilihan sampel**

   Pertama kali akan dilakukan pemilihan lokasi penelitian berdasarkan pedoman ranking kriteria *urban/rural*. Kecamatan yang berstatus perkotaan adalah kecamatan yang terdapat di wilayah Kotamadia

Semarang, sedangkan kecamatan yang berstatus pedesaan adalah kecamatan yang terdapat di wilayah Kabupaten Semarang. Dari kedua wilayah tersebut diambil kecamatan-kecamatan yang memenuhi >90% kriteria perkotaan dan >90% kriteria pedesaan. Dalam kecamatan yang memenuhi kriteria perkotaan terdapat 5 SMU Negeri yaitu : SMUN 1, SMUN 3, SMUN 5, SMUN 11 dan SMUN 14. Sedangkan dalam kecamatan yang memenuhi kriteria pedesaan terdapat 5 SMU Negeri yaitu : SMUN 1 Getasan, SMUN 1 Susukan, SMUN 1 Suruh, SMUN 1 Pabelan, dan SMUN 1 Bringin.

Sampel penelitian adalah siswa sekolah menengah umum laki-laki dan perempuan yang dipilih sebagai remaja penelitian yang diambil dari tiap sekolah. Jumlah siswa yang diambil disesuaikan dengan jumlah siswa kelas II di masing-masing sekolah. Selanjutnya dilakukan randomisasi siswa yang akan diikutsertakan dalam penelitian. Penentuan sampel dilakukan secara *purposive random sampling*. Randomisasi berdasarkan daftar siswa di sekolah terpilih. Teknik melakukan *random* adalah dengan menggunakan tabel angka *random* yang dibuat oleh program komputer.

**2. Besar sampel**

Penghitungan besar sampel total dilakukan dengan rumus besar sampel untuk membandingkan 2 proporsi.

Rumus ini dipilih oleh karena dalam penelitian akan dibandingkan besarnya 2 proporsi, yaitu proporsi remaja sekolah menengah umum di wilayah perkotaan dan pedesaan yang mempunyai tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja dengan kategori baik. Besar $\alpha$ (kesalahan tipe I) ditentukan sebesar 0,05 dan $\beta$ (kesalahan tipe II) sebesar 0,2 sehingga diperoleh *power* penelitian sebesar 80 %.

Adapun rumus tersebut adalah sebagai berikut [40]:

$$N = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2} (z_\alpha + z_\beta)^2$$

N = Jumlah sampel pada masing-masing kelompok (kota dan desa)

$p_1$ = Proporsi siswa sekolah menengah umum di daerah perkotaan yang memiliki tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja kategori baik. Berdasarkan hasil penelitian terdahulu (Lembaga Demografi FE UI, 1999 [15]; Kantor Menteri Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup, 1992 [9]) diperkirakan besarnya adalah 80 %.

$p_2$ = Proporsi siswa sekolah menengah umum di daerah pedesaan yang memiliki tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja kategori baik. Diperkirakan besarnya adalah 60 %.

$Z_\alpha$ = 1,96 ($\alpha$ = 0,05)

$Z_\beta$ = 0,84 ($\beta$ = 0,2)

$$N = \frac{0,8\ (1-0,8) + 0,6\ (1-0,6)}{(0,8-0,6)^2} (1,96+0,84)^2$$

**N = 78,4 ~ 79 per kelompok**

Bila diperkirakan akan ada kuesioner yang tidak terisi lengkap (*drop out*) sebesar 10 %, maka besar sampel untuk masing-masing kelompok dihitung dengan cara sebagai berikut:

$$\textbf{N yang telah dikoreksi} = \frac{\text{N hasil perhitungan rumus}}{(1 - \text{Jumlah } \textit{drop out})^2}$$

$$N = \frac{79}{(1-0,1)^2} = 98 \text{ orang perkelompok}$$

Jumlah total seluruh remaja adalah 196 orang.

### 4.5.3 Kriteria inklusi untuk sekolah menengah umum

Sekolah menengah umum yang diikut sertakan dalam penelitian ini adalah sekolah menengah umum negeri yang ada di lokasi penelitian (Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang). Pemilihan sekolah menengah umum negeri adalah berdasarkan pertimbangan adanya keseragaman kurikulum pengajaran.

### 4.5.4 Kriteria inklusi untuk remaja.

1. Berusia antara 16 – 18 tahun.
2. Siswa duduk di kelas 2.
3. Tinggal di lokasi penelitian setidak-tidaknya 5 tahun terakhir.
4. Siswa telah bersekolah di sekolah yang menjadi lokasi penelitian sejak kelas satu.

### 4.5.5 Kriteria eksklusi untuk remaja.

Menolak untuk diikut sertakan dalam penelitian.

## 4.6 Variabel Penelitian

### 4.6.1 Variabel bebas

Variabel bebas penelitian ini adalah lokasi sekolah menengah umum, yaitu di wilayah perkotaan atau di wilayah pedesaan. Variabel ini berskala kategorial nominal :

1. Wilayah perkotaan
2. Wilayah pedesaan

### 4.6.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung adalah tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Variabel ini berskala kategorial ordinal :

1. Tingkat pengetahuan kurang.
2. Tingkat pengetahuan sedang.
3. Tingkat pengetahuan baik.

## 4.7 Definisi operasional

### 4.7.1 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja

Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja adalah tingkat pengetahuan remaja yang digunakan untuk memahami dan menafsirkan lingkungan yang dihadapinya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, ditentukan berdasarkan nilai skor yang diperoleh dari jawaban remaja dalam mengisi kuesioner yang diberikan. Data tentang tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja diperoleh dari kuesioner yang disusun atas dasar aspek-aspek pengetahuan kesehatan reproduksi remaja, yaitu :

1. Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi (10 pertanyaan)
2. Gender dan seksualitas (10 pertanyaan)
3. Kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja (10 pertanyaan).
4. Kontrasepsi untuk remaja (10 pertanyaan).
5. Penyakit menular seksual (10 pertanyaan).

Model pertanyaan adalah model dengan jawaban benar atau salah di mana setiap pertanyaan berbobot 1 (lihat lampiran kuesioner). Pembagian kategori tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi dilakukan setelah mendapatkan distribusi normal pada uji normailtas skor pengetahuan. Perhitungan dilakukan dengan cara jarak antara skor minimum dan skor maksimum dikategorikan menjadi kriteria berpengetahuan baik, sedang, dan kurang.

Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada tiap aspek dinyatakan dalam skala ordinal dengan kategori sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja baik bila remaja menjawab dengan benar 9 –10 pertanyaan
2. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sedang bila dapat menjawab dengan benar 7 – 8 pertanyaan
3. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja kurang bila dapat menjawab dengan benar $\leq 6$ pertanyaan.

Sedangkan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja pada seluruh aspek dinyatakan dalam skala ordinal dengan kategori sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja baik bila remaja menjawab dengan benar > 40 pertanyaan
2. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja sedang bila dapat menjawab dengan benar 31 - 40 pertanyaan
3. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja kurang bila dapat menjawab dengan benar ≤ 30 pertanyaan.

### 4.7.2 Karakteristik wilayah perkotaan atau pedesaan

Karakteristik wilayah perkotaan atau pedesaan ditentukan berdasarkan "Pedoman Ranking Kriteria *Rural/Urban*" yang digunakan oleh Biro Pusat Statistik Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang Propinsi Jateng 1999 (lihat lampiran 1). Adapun daftar desa yang tergolong *rural* atau *urban* adalah berdasarkan data wilayah dari Biro Pusat Statistik Propinsi Jawa Tengah, Biro Pusat Statistik Kotamadia Semarang dan Biro Pusat Statistik Kabupaten Semarang tahun 1999 [14].

### 4.7.3 Remaja sekolah menengah umum

Dalam penelitian ini siswa sekolah menengah umum negeri akan digunakan sebagai subyek penelitian/remaja. Hal ini karena siswa sekolah menengah umum adalah mewakili kelompok remaja usia 16 – 18 tahun, bersifat heterogen sehingga dianggap dapat mewakili remaja pada umumnya. Siswa sekolah menengah umum yang akan digunakan sebagai remaja adalah siswa sekolah menengah umum negeri di wilayah Kotamadia Semarang dan Kabupaten Semarang. Kotamadia Semarang sebagai ibukota Propinsi Jawa Tengah dan Kabupaten Semarang, oleh karena sesuai dengan kriteria daerah perkotaan dan pedesaan yang ada, sehingga dianggap cukup representatif mewakili wilayah perkotaan dan pedesaan pada umumnya.

### 4.7.4 Status sosial ekonomi keluarga

Tingkat sosial ekonomi keluarga dinilai berdasarkan skala Bistok-Saing yang telah dimodifikasi nilai pendapatan per-bulan berdasarkan nilai tukar dolar Amerika Serikat pada pertengahan bulan Mei tahun 2000 (US$ 1.00 = Rp. 8.400,-) [41].

Status ekonomi dibedakan menjadi :

1. Status ekonomi tinggi :
   Jumlah skor Bistok-Saing 21 – 27.
2. Status ekonomi sedang :
   Jumlah skor Bistok-Saing 15 – 20.
3. Status ekonomi rendah :
   Jumlah skor Bistok-Saing 9 – 14.

**Tabel II. Skor sosial ekonomi Bistok-Saing (modifikasi bulan Mei tahun 2000) [41]**

| No | Variabel | Skor / nilai 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Tempat tinggal | Pedesaan | Pinggiran kota | Tengah kota |
| 2 | Pendapatan per-bulan | < Rp. 600.000,- | Rp. 600.000,- s/d Rp. 1.200.000,- | > Rp. 1.200.000,- |
| 3 | Pendidikan kepala keluarga | Buta huruf s/d tamat SD | SLTP s/d tamat SLTA | Akademi s/d Perguruan Tinggi |
| 4 | Bangunan rumah | Tidak permanen, lantai tanah, dinding bambu | Semi permanen, lantai ubin, dinding kayu | Permanen, semua beton |
| 5 | Kekayaan : | | | |
| | • Pesawat TV | (-) | (+/-/-) | (+/-/+) |
| | • Almari es | (-) | (-/+/-) | (-/+/+) |
| | • Mobil | (-) | (-/-/+) | (+/+/-) |
| 6 | Status pemilikan rumah | Menumpang/sewa per-bulan | Kontrak | Milik sendiri |
| 7 | Jumlah anak | > 6 orang | 4 – 6 orang | < 4 orang |
| 8 | Sumber air minum | Sumur | Sumur + Leideng | Leideng |
| 9 | Penerangan | Lampu minyak | Lampu pompa (petromaks) | Listrik |

### 4.7.5 Sumber informasi

Sumber informasi yang dapat memberikan informasi kepada remaja atau menambah pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi baik formal maupun non-formal, yang

terdiri dari : guru di sekolah, keluarga, teman/kelompok sebaya, media massa, pelatihan/seminar dan petugas kesehatan.

### 4.8 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data akan dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang dipergunakan adalah *self-administered questionnaire*, di mana remaja diminta langsung untuk mengisi kuesioner secara tertulis. Tipe kuesioner ini dipergunakan dengan tujuan untuk mengurangi bias yang berasal dari *interviewer*. Pengumpulan data dilakukan secara *anonim* sehingga diharapkan akan memperoleh jawaban yang sebenarnya dari remaja.

Kuesioner yang akan dipergunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang disusun sendiri oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian.

Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner akan dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

a. Karakteristik remaja.
b. Sumber informasi.
c. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Untuk bagian karakteristik dan sumber informasi remaja akan digunakan pertanyaan yang bersifat semi-terbuka dengan tujuan untuk memperoleh informasi yang akurat dari remaja. Sedangkan untuk bagian tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja akan digunakan pertanyaan yang bersifat tertutup dengan tujuan untuk memudahkan penilaian terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja.

Pertanyaan tentang kesehatan reproduksi remaja untuk siswa laki-laki dan siswa perempuan menggunakan jenis kuesioner yang sama dimana meliputi pengetahuan kesehatan reproduksi remaja untuk laki-laki dan perempuan.

Kuesioner disampaikan kepada remaja di kelas sekolah masing-masing pada waktu kunjungan ke lokasi penelitian. Penyampaian kuesioner didahului dengan penjelasan tentang tujuan, maksud penelitian dan cara pengisian kuesioner. Selama pengisian kuesioner, dihindari kehadiran guru ataupun siswa lain yang tidak ikut serta

dalam penelitian. Untuk ini disampaikan izin langsung kepada wali kelas yang bersangkutan.

## 4.9 Kesahihan dan Kehandalan Kuesioner

### 4.9.1 Kesahihan kuesioner

Untuk menilai kesahihan kuesioner dinilai kesahihan isi (*content validity*) dari kuesioner. Untuk tujuan ini dilakukan *expert validity* [42,43]. Kuesioner dikirimkan kepada 3 orang pakar (terdiri dari bidang psikologi, perilaku kesehatan, dan obstetri ginekologi) dan setiap pakar diminta untuk menilai tiap item/pertanyaan dalam kuesioner dengan skor :

| | | |
|---|---|---|
| + 1 | = | pertanyaan berhubungan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. |
| 0 | = | tidak jelas berhubungan. |
| - 1 | = | pertanyaan tak berhubungan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. |

Validitas diukur dengan rumus:

$$\text{Rata-rata skor item} = \frac{\Sigma \text{ Skor per item}}{\Sigma \text{ pakar}}$$

Pertanyaan dianggap valid bila nilai rata-rata skor lebih dari 0,5 [40].

### 4.9.2 Reliabilitas kuesioner

Reliabilitas kuesioner diuji pada studi uji coba kuesioner, dicobakan pada 50 orang remaja. Jumlah 50 orang dianggap memiliki distribusi yang mendekati normal.

Penilaian realibilitas dilakukan dengan menilai konsistensi internal kuesioner dengan menghitung nilai Koefisien $\alpha$ (Kuder - Richardson).

Rumus untuk menghitung Koefisien α adalah sebagai berikut :

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\Sigma \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\right]$$

α = koefisien α

n = adalah jumlah item

$\sigma_i^2$ = adalah simpang baku dari tiap item

$\sigma_T^2$ = adalah simpang baku skor total

Penilaian reliabilitas dengan koefisien α Kuder – Richardson dipilih oleh karena sebagian besar pertanyaan dalam kuesioner memiliki skala kategorial nominal dikotomi. Nilai α dianggap dapat diterima bila $\alpha > 0,7$ [44,45].

## 4.10 Analisis Data

Analisis data dimulai dengan pengecekan kelengkapan isian kuesioner, "pembersihan data", koding dan memasukkan data ke dalam komputer. Analisis dimulai dengan analisis deskriptif dan tabulasi silang. Variabel dengan skala kategorial dinyatakan dalam bentuk jumlah dan persentase. Data skala nominal diuji dengan uji $\chi^2$ , Bila jumlah sel dengan frekuensi yang diharapkan < 5, dan berjumlah > 20% maka digunakan uji Fisher exact.

Uji $\chi^2$ (dalam bentuk tabel *R by C*) dipilih oleh karena variabel bebas bersifat kategorial nominal (kota dan desa), sedangkan variabel tergantung bersifat kategorial ordinal (tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja kurang, sedang dan baik. Perbedaan dianggap bermakna bila nilai $p \leq 0,05$ ($\alpha = 0,05$ dan $\beta = 0,2$). Analisis statistik akan dilakukan dengan paket program SPSS for Windows ver. 10.0 (SPSS Inc., USA).

# BAB V
# HASIL PENELITIAN

## 5.1 Validitas dan Reliabilitas Kuseioner

Validitas kuesioner diuji berdasarkan validitas isi (*content validity*) berdasarkan *expert validity* dengan menghitung rata-rata penilaian oleh 3 orang ahli yang berkompeten dalam bidang survei ini (bidang psikologi, perilaku kesehatan dan obstetri ginekologi). Hasil uji *expert validity* menunjukkan bahwa seluruh pertanyaan aspek pengetahuan kesehatan reproduksi mempunyai nilai koefisien validitas lebih dari 0,5 sehingga dinyatakan valid.

Reliabilitas kuesioner diuji cobakan pada 50 orang remaja. Karena dianggap memiliki distribusi yang mendekati normal. Penilaian reliabilitas dilakukan dengan menilai konsistensi internal kuesioner dengan menghitung nilai koefisien $\alpha$ Kuder-Richardson. Penilaian reliabilitas dengan koefisien $\alpha$ Kuder-Richardson, karena sebagian besar pertanyaan dalam kuesioner memiliki skala kategorial nominal dikotomi. Pada uji coba ini nilai $\alpha > 0,7$ sehingga dapat diterima.

Dari hasil uji validitas dan uji reliabilitas kuesioner di atas menunjukkan bahwa kuesioner tersebut dapat digunakan dalam penelitian sesungguhnya.

Dari 200 kuesioner yang dibagikan kepada 100 siswa SMUN daerah perkotaan, semuanya memenuhi kriteria. Demikan juga kuesioner yang dibagikan kepada 100 siswa SMUN daerah pedesaan.

## 5.2 Karakteristik Remaja

Dalam penelitian ini total remaja di wilayah perkotaan dan pedesaan masing-masing 100 remaja. Kecenderungan dari remaja lebih banyak perempuan dibanding laki-laki yaitu di perkotaan terdapat 33% laki-laki dan 67% perempuan, sedangkan di pedesaan terdapat 49% laki-laki dan 51% perempuan. Hal tersebut sesuai dengan komposisi penduduk Indonesia dimana perempuan lebih banyak dibanding laki-laki [3].

Dua macam kegiatan remaja yang diungkap dalam penelitian ini adalah kegiatan ekstrakurikuler di sekolah dan di luar sekolah atau di lingkungan

kemasyarakatan. Diharapkan hal itu akan dapat mencerminkan aktivitas remaja secara umum. Data tersebut disajikan pada tabel III. Berdasarkan data tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa remaja di perkotaan lebih banyak aktif terlibat dalam kegiatan di sekolah dibanding remaja di pedesaan ($p$ = 0,001). Hal itu tampak dari besarnya persentase remaja yang ikut dalam aktivitas tersebut.

Macam kegiatan di sekolah yang diikuti remaja di perkotaan adalah olah raga, pramuka, keagamaan, komputer, kesenian, PMR, KIR, Paskibra sedangkan macam kegiatan yang diikuti remaja di pedesaan yaitu olah raga, pramuka, keagamaan dan komputer. Dapat disimpulkan bahwa macam kegiatan yang diikuti oleh remaja lebih banyak di perkotaan dibanding di pedesaan.

Keikutsertaan remaja dalam organisasi remaja menunjukkan persentase yang relatif sama baik remaja di perkotaan maupun di pedesaan ($p$ = 0,076). Macam organisasi remaja yang diikuti remaja di perkotaan maupun di pedesaan adalah karang taruna dan remaja masjid.

Uang saku setiap bulannya yang diterima remaja di perkotaan lebih tinggi dibanding remaja di pedesaan ($p$ = 0,021). Namun demikian dalam penggunaan uang saku tersebut tidak menunjukkan perbedaan yaitu sebagian besar digunakan untuk kepentingan transport dan jajan ($p$ = 0,262). Sangat jarang dan hampir tidak pernah dimanfaatkan untuk beli buku atau majalah yang dapat menambah wawasan remaja khususnya tentang kesehatan.

Persoalan yang sering muncul dalam kehidupan remaja sering kali dikaitkan dengan ada tidaknya kontrol orang tua. Salah satu bentuk dari kontrol tersebut biasanya dilihat dari apakah remaja tersebut tinggal dengan orang tua atau tidak. Juga disebutkan bahwa remaja yang tidak tinggal dengan orang tua merupakan refleksi bahwa remaja yang bersangkutan lebih mandiri dibanding dengan mereka yang tinggal dengan orang tua [20]. Disamping itu ada penafsiran lain yang juga mungkin muncul tergantung pada latar belakang mengapa remaja tersebut tidak tinggal dengan orang tua. Dari penelitian ini terlihat bahwa sebagian besar remaja di perkotaan maupun di pedesaan tinggal bersama orang tuanya yaitu 91% di perkotaan dan 88% di pedesaan ($p$ = 0,456).

Terdapat perbedaan bermakna sarana transportasi yang digunakan antara remaja di pedesaan dan perkotaan ($p$ = 0,001), yaitu sebagian besar sarana transportasi di pedesaan adalah kendaraan umum (68%), sedangkan sebagian besar sarana transportasi di perkotaan adalah sepeda motor (48%). Hal ini dapat terlihat bahwa remaja di perkotaan memungkinkan mempunyai mobilitas yang tinggi dibanding remaja di pedesaan.

Status pendidikan orang tua (ayah dan ibu) antara daerah perkotaan dibandingkan dengan pedesaan terdapat perbedaan bermakna ($p$ = 0,001). Sebagian besar kedua orang tua remaja di perkotaan mempunyai tingkat pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi / akademi, sedangkan kedua orang tua remaja di pedesaan berpendidikan rendah yaitu sekolah dasar.

Ditinjau dari pekerjaan orang tua (ayah dan ibu) antara perkotaan dan pedesaan terdapat perbedaan bermakna ($p$ = 0,001). Sebagian besar orang tua remaja di perkotaan berstatus sebagai pegawai negeri sipil, sedangkan orang tua remaja di pedesaan bekerja sebagai petani yang mempunyai lahan. Hal tersebut membuktikan bahwa orang tua remaja di pedesaan maupun di perkotaan pada umumnya secara ekonomis masih produktif terlihat dari kegiatannya.

Keadaan status sosial ekonomi keluarga digolongkan berdasarkan skala Bistok – Saing. Dari penelitian ini tidak dijumpai tingkat sosial ekonomi yang rendah baik di perkotaan maupun di pedesaan. Keadaan status sosial ekonomi diperkotaan 100% tergolong tinggi, sedangkan di pedesaan 58% tergolong tinggi dan 42% tergolong sedang. Jadi terdapat perbedaan bermakna keadaan status sosial ekonomi ($p$ = 0,001).

Tingkat partisipasi ibu responden terhadap pendapatan rumah tangga di perkotaan ternyata kurang. Hal itu dapat dilihat dari kecilnya persentase ibu yang bekerja yaitu 42%, justru sebaliknya partisipasi ibu di pedesaan dalam menambah pendapatan rumah tangga cukup besar yaitu 78%.

**Tabel III. Karakteristik remaja**

| | Kota | | Desa | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| 1. Jenis kelamin | | | | | |
| • Laki-laki | 33 | 33 | 49 | 49 | |
| • Perempuan | 67 | 67 | 51 | 51 | |
| 2. Kegiatan Remaja | | | | | |
| • Ekstrakurikuler | | | | | 0,001* |
| – Ikut | 86 | 86 | 41 | 41 | |
| – Tidak ikut | 14 | 14 | 59 | 59 | |
| • Organisasi remaja | | | | | 0,076 |
| – Ikut | 46 | 46 | 37 | 37 | |
| – Tidak ikut | 54 | 54 | 63 | 63 | |
| 4. Uang saku | | | | | 0,021* |
| – < Rp. 30.000,- | 7 | 7 | 39 | 39 | |
| – Rp. 30.000,- - Rp. 60.000,- | 11 | 11 | 27 | 27 | |
| – > Rp. 60.000,- | 82 | 82 | 34 | 34 | |
| 5. Penggunaan uang saku | | | | | 0,262 |
| – Transport | 9 | 9 | 0 | 0 | |
| – Jajan | 21 | 21 | 28 | 28 | |
| – Transport dan jajan | 63 | 63 | 55 | 55 | |
| – Beli buku/majalah | 3 | 3 | 5 | 5 | |
| – Lain-lain | 5 | 5 | 12 | 12 | |
| 6. Tinggal bersama | | | | | 0,456 |
| – Orang tua | 91 | 91 | 88 | 88 | |
| – Saudara/famili | 7 | 7 | 7 | 7 | |
| – Kost | 2 | 2 | 4 | 4 | |
| – Lain-lain | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| 7. Sarana transportasi | | | | | 0,001* |
| – Jalan kaki | 8 | 8 | 20 | 20 | |
| – Sepeda | 2 | 2 | 3 | 3 | |
| – Sepeda motor | 48 | 48 | 9 | 9 | |
| – Kendaraan umum | 37 | 37 | 68 | 68 | |
| – Mobil | 4 | 4 | 0 | 0 | |
| 8. Pendidikan ayah | | | | | 0,001* |
| – Rendah | 12 | 12 | 62 | 62 | |
| – Menengah | 53 | 53 | 32 | 32 | |
| – Tinggi | 35 | 35 | 6 | 6 | |
| 9. Pendidikan ibu | | | | | 0,001* |
| – Rendah | 20 | 20 | 76 | 76 | |
| – Menengah | 51 | 51 | 21 | 21 | |
| – Tinggi | 29 | 29 | 3 | 3 | |
| 10. Pekerjaan ayah | | | | | |
| – Tidak bekerja | 0 | 0 | 2 | 2 | |
| – PNS | 37 | 37 | 8 | 8 | |
| – Wiraswasta | 14 | 14 | 21 | 21 | |
| – Petani punya lahan | 0 | 0 | 44 | 44 | |
| – Buruh tani | 0 | 0 | 17 | 17 | |
| – Karyawan swasta | 31 | 31 | 4 | 4 | |
| – Buruh pabrik | 7 | 7 | 0 | 0 | |
| – TNI/POLRI | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| – Lain-lain | 10 | 10 | 2 | 2 | |

**Lanjutan tabel III.**

| | Kota | | Desa | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| 11. Pekerjaan ibu | | | | | |
| – Tidak bekerja | 58 | 58 | 22 | 22 | |
| – PNS | 23 | 23 | 5 | 5 | |
| – Wiraswasta | 7 | 7 | 20 | 20 | |
| – Petani punya lahan | 0 | 0 | 31 | 31 | |
| – Buruh tani | 0 | 0 | 14 | 14 | |
| – Karyawan swasta | 8 | 8 | 2 | 2 | |
| – Buruh pabrik | 2 | 2 | 1 | 1 | |
| – TNI/POLRI | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Lain-lain | 2 | 2 | 5 | 5 | |
| 12. Penghasilan orang tua | | | | | 0,001* |
| – < Rp. 600.000,- | 41 | 41 | 81 | 81 | |
| – Rp. 600.000,- - Rp. 1.200.000,- | 51 | 51 | 17 | 17 | |
| – > Rp. 1.200.000,- | 8 | 8 | 2 | 2 | |
| 13. Status sosial ekonomi keluarga | | | | | 0,001* |
| – Rendah | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| – Sedang | 0 | 0 | 42 | 42 | |
| – Tinggi | 100 | 100 | 58 | 58 | |

*** Uji $\chi^2$, $p < 0,05$ = bermakna**

## 5.3 Sumber Informasi Umum

Sumber informasi umum dalam penelitian ini diartikan sebagai fasilitas yang ada dan digunakan remaja dan dianggap dapat menjadi sarana untuk memperoleh atau menambah pengetahuan, khususnya mengenai kesehatan reproduksi yang terdiri dari radio, televisi, surat kabar dan majalah.

Dari tabel IV dapat dilihat terdapat perbedaan bermakna pada kebiasaan remaja di perkotaan maupun di pedesaan dalam membaca surat kabar dan majalah ($p$ = 0,002 dan $p$ = 0,024). Ditinjau dari tempat tinggal remaja terdapat persentase yang rendah mengenai kebiasaan remaja di perkotaan dalam membaca surat kabar dan majalah (34% dan 17%) demikian juga dengan remaja di pedesaan (8% dan 9%). Jenis majalah dan surat kabar yang di baca oleh remaja di perkotaan dan pedesaan memiliki kecenderungan yang sama yaitu surat kabar lokal, dan majalah remaja.

**Tabel IV. Kebiasaan menyimak media informasi**

| | Kota | | Desa | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| 1. Membaca Surat Kabar | | | | | 0, 002* |
| - Tidak pernah | 6 | 6 | 18 | 18 | |
| - Kadang-kadang | 60 | 60 | 74 | 74 | |
| - Sering | 22 | 22 | 7 | 7 | |
| - Setiap hari | 12 | 12 | 1 | 1 | |
| 2. Membaca Majalah | | | | | 0,024* |
| - Tidak pernah | 17 | 17 | 38 | 38 | |
| - Kadang-kadang | 66 | 66 | 53 | 53 | |
| - Sering | 16 | 16 | 8 | 8 | |
| - Setiap hari | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 3. Menonton Televisi | | | | | 0,281 |
| - Tidak pernah | 0 | 0 | 6 | 6 | |
| - Kadang-kadang | 8 | 8 | 16 | 16 | |
| - Sering | 29 | 29 | 29 | 29 | |
| - Setiap hari | 63 | 63 | 49 | 49 | |
| 4. Mendengar Radio | | | | | 1,000 |
| - Tidak pernah | 8 | 8 | 11 | 11 | |
| - Kadang-kadang | 30 | 30 | 27 | 27 | |
| - Sering | 36 | 36 | 32 | 32 | |
| - Setiap hari | 26 | 26 | 30 | 30 | |

* **Uji $\chi^2$, $p < 0,05$ = bermakna**

Sebagian besar remaja di perkotaan maupun pedesaan (62%) aktif mendengarkan radio. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna mengenai kebiasaan tersebut ($p = 1,000$). Hal ini menunjukkan bahwa radio sebagai media informasi yang banyak diminati remaja di perkotaan dan pedesaan. Jenis yang banyak diminati adalah siaran radio yang dirancang untuk pendengar usia muda / remaja.

Remaja yang terbiasa melihat televisi menunjukkan persentase yang paling tinggi yaitu 92% di perkotaan dan 78% di pedesaan ($p = 0,281$). Dalam kaitannya dengan kebiasaan ini nampaknya media televisi merupakan media informasi pilihan yang paling menarik untuk sarana memperoleh informasi bagi remaja di perkotaan dan pedesaan.

## 5.4 Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi

Pengetahuan kesehatan reproduksi dapat diperoleh melalui berbagai usaha, baik yang dilakukan dengan sengaja maupun secara kebetulan. Dalam proses memperoleh pengetahuan ini, terutama yang dilakukan dengan sengaja, mencakup berbagai metode dan konsep-konsep, baik melalui proses pendidikan, maupun melaui

pengalaman. Sesuai pendapat WHO, bahwa pengetahuan diperoleh dari pengalaman, selain itu juga informasi dari guru, orang tua, teman, buku bacaan dan media massa [31].

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan sumber informasi kesehatan reproduksi adalah sumber informasi yang dapat memberikan informasi kepada remaja/ remaja atau menambah pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi baik formal maupun non formal.

Aspek pengetahuan kesehatan reproduksi meliputi pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, gender dan seksualitas, kehamilan, kontrasepsi dan penyakit menular seksual (PMS). Dalam kaitan tersebut peneliti ingin mengetahui dari mana sumber informasi kesehatan reproduksi diperoleh pada setiap aspek. Adapun gambaran mengenai jumlah remaja yang memperoleh informasi maupun sumber informasi kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut :

**Tabel V. Jumlah remaja yang memperoleh informasi kesehatan reproduksi**

| Informasi | Kota | | Desa | | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| 1. Anatomi dan Fisiologi | | | | | |
| - Tidak mendapat | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| - Mendapat | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| 2. Seksualitas | | | | | 0,001* |
| - Tidak mendapat | 4 | 4 | 29 | 29 | |
| - Mendapat | 96 | 96 | 71 | 71 | |
| 3. Masalah kehamilan | | | | | 0,001* |
| - Tidak mendapat | 11 | 11 | 39 | 39 | |
| - Mendapat | 89 | 89 | 61 | 61 | |
| 4. Kontrasepsi | | | | | 0,001* |
| - Tidak mendapat | 8 | 8 | 33 | 33 | |
| - Mendapat | 92 | 92 | 67 | 67 | |
| 5. Penyakit Menular Seksual | | | | | 0,001* |
| - Tidak mendapat | 0 | 0 | 9 | 9 | |
| - Mendapat | 100 | 100 | 91 | 91 | |

* **Uji $\chi^2$, $p < 0,005$ = bermakna**

### 5.4.1 Informasi tentang Anatomi dan Fisiologi

Dari hasil penelitian semua remaja memperoleh sumber informasi tentang anatomi dan fisiologi dari guru baik untuk wilayah di pedesaan dan perkotaan (100%). Hal ini karena terdapat kurikulum pendidikan yang mengajarkan tentang hal tersebut di atas sehingga remaja menyatakan pernah memperoleh informasi tersebut (lampiran 2).

### 5.4.2 Informasi tentang Seksualitas

Terdapat perbedaan bermakna jumlah remaja yang mendapatkan sumber informasi tentang seksualitas antara perkotaan dan pedesaan ($p$ = 0,001). Sebagian besar dari remaja di perkotaan maupun di pedesaan yaitu sejumlah 96% dan 71% mendapatkan informasi tersebut. Hal ini cukup menarik sebab menggambarkan bahwa informasi mengenai seksualitas sudah meluas di kalangan remaja. Tentunya hal ini akan mempunyai pengaruh yang tidak sedikit terhadap perilaku seksual remaja yang bersangkutan.

Mengenai sumber pengetahuan utama tentang seksualitas, sebagian remaja di perkotaan menyatakan bahwa 25% berasal dari guru di sekolah, 23% dari media cetak, 18% dari petugas kesehatan, 11% dari seminar / pelatihan, 8% dari teman, 5% masing-masing dari media elektronik dan orang tua. Sedangkan remaja di pedesaan menyatakan bahwa 30% berasal dari guru di sekolah, 18% dari petugas kesehatan, 14% dari teman, 6% dari media cetak dan 2% dari media elektronik (lampiran 2).

### 5.4.3 Informasi tentang Kehamilan

Persentase remaja yang memperoleh informasi tentang masalah kehamilan dapat terlihat pada tabel V bahwa ada perbedaan bermakna (p=0,001) yaitu 89% remaja di perkotaan dan 61% remaja di pedesaan.

Sumber pengetahuan utama remaja tentang kehamilan diperoleh dari 38% guru di sekolah, 15% dari petugas kesehatan, 12% dari orang tua, 12% dari media cetak, dan 10% dari teman. Sedangkan remaja di pedesaaan menyatakan bahwa informasi tersebut diperoleh dari guru di sekolah 28%, 14% dari petugas kesehatan, 10% dari teman, 5% dari orang tua dan 4% dari media cetak (lampiran 2).

### 5.4.4 Informasi tentang Kontrasepsi

Masih cukup banyak remaja di pedesaan yang menyatakan tidak pernah memperoleh informasi tentang kontrasepsi dibanding remaja di perkotaan, terlihat dari besarnya persentase yaitu 33% di pedesaan dan 8% di perkotaan ($p$ = 0,001). Sedangkan remaja di perkotaan maupun di pedesaan yang pernah mendapatkan informasi tersebut menyatakan mendapatkannya dari petugas kesehatan yaitu sejumlah 48% di perkotaan dan 42% di pedesaan (lampiran 2).

### 5.4.5 Informasi tentang Penyakit Menular Seksual

Semua (100%) remaja di perkotaan menyatakan pernah memperoleh informasi tentang penyakit menular seksual dan hanya 9% remaja di pedesaan yang menyatakan tidak pernah memperoleh informasi tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa informasi tentang penyakit menular seksual telah meluas di kalangan remaja pedesaan dan perkotaan.

Sumber informasi utama mengenai pengetahuan penyakit menular seksual di perkotaan adalah guru di sekolah 31%, seminar/pelatihan 19%, 18% masing-masing dari petugas kesehatan dan media cetak, 9% dari media elektronik, 4% teman, dan hanya 1% dari orang tua. Sedangkan sumber informasi utama di pedesaan diperoleh dari guru di sekolah 46%, petugas kesehatan 27%, media cetak 9%, orang tua 7%, dan 2% dari media elektronik (lampiran 2).

Berdasarkan gambaran sumber informasi masing-masing aspek kesehatan reproduksi, maka secara keseluruhan dapat digambarkan dalam tabel VI. Terlihat bahwa guru dan petugas kesehatan di perkotaan maupun di pedesaan mempunyai peranan yang paling besar. Hal ini sejalan dengan fungsi kedua unsur tersebut dalam pembinaan kesehatan remaja, khususnya kesehatan reproduksi remaja. Guru menjalankan perannya di sekolah, sedangkan petugas kesehatan dinilai telah memberikan informasi sesuai dengan tugasnya di lingkungan masyarakat.

**Tabel VI. Sebaran sumber informasi yang diperoleh berdasar urutan**

| Urutan | Tempat tinggal | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kota | | | Desa | | |
| | Sumber | n | % | Sumber | n | % |
| 1 | Guru | 204 | 40,8 | Guru | 215 | 43 |
| 2 | Petugas kesehatan | 99 | 19,8 | Petugas kesehatan | 101 | 20,2 |
| 3 | Media cetak | 63 | 12,6 | Teman | 29 | 5,8 |
| 4 | Teman | 37 | 7,4 | Media cetak | 21 | 4,2 |
| 5 | Seminar | 30 | 6 | Orang tua | 13 | 2,6 |
| 6 | Media elektronik | 23 | 4,6 | Media elektronik | 11 | 2,2 |
| 7 | Orang tua | 18 | 3,6 | Tidak menjawab | 110 | 22 |
| 8 | Tidak menjawab | 26 | 6,2 | | | |
| | | 500 | 100 | | 500 | 100 |

Hal yang menarik pada tabel VI adalah kurangnya peranan orang tua. Di perkotaan peran orang tua sebesar 3,6%, sedangkan di pedesaan 2,6%. Pada hakekatnya orang tua berperan memberikan informasi mengenai pendidikan seks yang baik di rumah. Namun banyak orang tua yang tidak melakukan tugas penting itu [20,22].

Sedangkan media cetak dan teman sebaya ternyata juga menduduki peringkat yang baik sebagai sumber informasi (media cetak sebesar 12,6% di perkotaan dan 4,2% di pedesaan, sedangkan teman sebesar 7,6% di perkotaan dan 5,8% di pedesaan).

Peranan seminar tidak dapat dibandingkan karena tidak didapatkan data remaja di pedesaan yang pernah mengikuti seminar.

Adapun gambaran sumber informasi kesehatan reproduksi yang diharapkan remaja adalah sebagai berikut :

**Tabel VII. Sebaran sumber informasi yang diharapkan berdasar urutan**

| Urutan | Tempat tinggal | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kota | | | Desa | | |
| | Sumber | n | % | Sumber | n | % |
| 1 | Petugas kesehatan | 152 | 30,4 | Petugas kesehatan | 172 | 34,4 |
| 2 | Guru | 121 | 24,2 | Guru | 147 | 29,4 |
| 3 | Seminar | 104 | 20,8 | Media elektronik | 56 | 11,23 |
| 4 | Orang tua | 46 | 9,2 | Media cetak | 55 | 11 |
| 5 | Media cetak | 37 | 7,4 | Orang tua | 38 | 7,6 |
| 6 | Media elektronik | 27 | 5,4 | Teman | 22 | 4,4 |
| 7 | Teman | 13 | 2,6 | Seminar | 6 | 1,2 |
| 8 | | | | Org. remaja | 4 | 0,8 |
| | | 500 | 100 | | 500 | 100 |

Pada tabel VII terlihat bahwa remaja di perkotaan dan di pedesaan mengharapkan petugas kesehatan dan guru sebagai sumber informasi utama mengenai kesehatan reproduksi.

### 5.5 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi

Dalam kaitan mengenai tingkatan pengetahuan seseorang dibedakan menjadi beberapa tahapan yang meliputi mengetahui, mengingat kembali, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan, dan mengevaluasi. Struktur dan sistem kognitif tergantung karakteristik dari stimuli yang diproses dan pengalaman masing-masing individu. Ciri pokok dalam tingkat pengetahuan ini adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahuinya, baik melalui pengalaman, belajar, atau informasi yang diterima dari orang lain [32,33].

Dalam penelitian ini untuk melihat tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi dilakukan dengan analisis skor yang didapatkan dari jumlah jawaban remaja mengenai aspek-aspek pengetahuan kesehatan reproduksi yang meliputi :

1. Anatomi dan fisiologi sistem reproduksi
2. Gender dan seksualitas
3. Kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja
4. Kontrasepsi untuk remaja
5. Penyakit menular seksual

Pembagian kategori tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi dinyatakan dalam kriteria berpengetahuan baik, sedang, dan kurang. Pembagian dilakukan setelah mendapatkan distribusi normal pada uji normalitas skor pengetahuan.

### 5.5.1 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi berdasarkan pengetahuan tiap aspek kesehatan reproduksi

#### 5.5.1.1 Tingkat pengetahuan anatomi dan fisiologi

**Tabel VIII. Tingkat pengetahuan anatomi dan fisiologi**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 12 | 12 | 59 | 59 | 29 | 29 |
| Kota | 32 | 32 | 59 | 59 | 9 | 9 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p = 0{,}001$

Dari tabel VIII terlihat bahwa tingkat pengetahuan remaja di perkotaan tentang anatomi dan fisiologi sistem reproduksi lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan, perbedaan tersebut bermakna ($p = 0{,}001$).

#### 5.5.1.2 Tingkat pengetahuan gender dan seksualitas

**Tabel IX. Tingkat pengetahuan gender dan seksualitas**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 12 | 12 | 47 | 47 | 41 | 41 |
| Kota | 50 | 50 | 40 | 40 | 10 | 10 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p = 0{,}001$

Dari tabel IX terdapat perbedaan bermakna ($p = 0{,}001$) di mana tingkat pengetahuan remaja tentang gender dan seksualitas remaja di perkotaan lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan.

#### 5.5.1.3 Tingkat pengetahuan kehamilan dan risiko kehamilan remaja

**Tabel X. Tingkat pengetahuan kehamilan dan risiko kehamilan remaja**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 7 | 7 | 41 | 41 | 52 | 52 |
| Kota | 17 | 17 | 69 | 69 | 14 | 14 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p = 0{,}001$

Dari tabel X terlihat bahwa tingkat pengetahuan remaja di perkotaan tentang kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan, perbedaan tersebut bermakna ($p = 0{,}001$)

### 5.5.1.4 Tingkat pengetahuan kontrasepsi

**Tabel XI. Tingkat pengetahuan kontrasepsi**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 10 | 10 | 50 | 50 | 40 | 40 |
| Kota | 17 | 17 | 66 | 66 | 17 | 17 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p$ = 0,001

Dari tabel XI terlihat bahwa tingkat pengetahuan remaja di perkotaan tentang kontrasepsi lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan, perbedaan tersebut bermakna ($p$ = 0,001).

### 5.5.1.5 Tingkat pengetahuan tentang penyakit menular seksual

**Tabel XII. Tingkat pengetahuan penyakit menular seksual**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 45 | 45 | 46 | 46 | 9 | 9 |
| Kota | 69 | 69 | 29 | 29 | 2 | 2 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p$ = 0,002

Dari tabel XII terlihat bahwa tingkat pengetahuan tentang penyakit menular seksual remaja di perkotaan lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan, perbedaan tersebut bermakna ($p$ = 0,002)

### 5.5.2 Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi berdasarkan pengetahuan seluruh aspek kesehatan reproduksi

**Tabel XIII. Tingkat pengetahuan seluruh aspek kesehatan reproduksi**

| | Baik | | Sedang | | Kurang | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desa | 7 | 7 | 85 | 85 | 8 | 8 |
| Kota | 41 | 41 | 59 | 59 | 0 | 0 |

* Uji $\chi^2$, df = 2, $p$ = 0,001

Dari tabel XIII terlihat bahwa tingkat pengetahuan seluruh aspek kesehatan reproduksi remaja di perkotaan lebih tinggi dari pada remaja di pedesaan, perbedaan tersebut bermakna ($p$ = 0,001).

UPT-PUSTAK-UNDIP

# BAB VI
# PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat perbedaan bermakna pada beberapa aspek yang terjadi dalam kehidupan remaja perkotaan dan pedesaan, yang meliputi :

## 1. Karakteristik remaja

Remaja perkotaan dan pedesaan mempunyai beberapa perbedaan karakteristik yang bermakna. Remaja perkotaan mempunyai kondisi yang lebih baik dalam hal aktivitas pada kegiatan ekstra kurikuler, sarana transportasi yang digunakan, pemanfaatan media informasi khususnya media cetak, tingkat pendidikan orang tua, serta sosial ekonomi keluarga. Kondisi tersebut mendukung untuk mendapatkan informasi, dengan asumsi bahwa bila seseorang semakin sering melakukan interaksi sosial, maka akan terjadi pertukaran informasi baik langsung maupun tidak langsung.

Sedangkan orang tua sebenarnya mempunyai peranan yang penting sebagai sumber informasi khususnya informasi kesehatan reproduksi dalam membentuk pandangan anak terhadap seksualitas. Pandangan anak mulai terbentuk sejak usia dini dengan dibekali pengertian dasar mengenai seksualitas [21,46].

Pada penelitian ini didapatkan hampir seluruh remaja (91% di perkotaan dan 88% di pedesaan) tinggal bersama dengan orang tua. Namun kenyataannya mereka tidak mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dari orang tuanya. Di perkotaan 18% yang mendapat informasi dari orang tuanya sedangkan di pedesaan hanya 2,6% yang memperoleh informasi kesehatan reproduksi dari orang tua.

Hal tersebut disebabkan tidak semua orang tua memiliki informasi yang memadai mengenai masalah seksualitas, sehingga komunikasi dalam masalah seks dengan putra-putri mereka menjadi terhalang [20,22].

## 2. Sumber informasi umum

Remaja di perkotaan cenderung lebih dapat memanfaatkan media massa khususnya media cetak. Hal ini ditunjukkan dari adanya perbedaan bermakna dalam kebiasaan

membaca. Pada penelitian ini didapatkan persentase yang rendah pada minat baca baik surat kabar maupun majalah (34% dan 17% di perkotaan, 8% dan 9% di pedesaan). Rendahnya minat baca ini sangat disayangkan, karena sebenarnya wawasan pengetahuan mereka dapat diperluas dengan meningkatnya kebiasaan membaca.

Data ini didukung dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pemanfaatan uang saku siswa sebagian besar hanya digunakan untuk transport dan jajan (63% di perkotaan dan 55% di pedesaan), tidak digunakan untuk membeli buku yang informatif.

Dalam memanfaatkan media, perlu dipahami bahwa apabila media massa itu kurang informatif, justru akan memberi dampak yang kurang baik dalam pengetahuan dan perilaku seseorang [7]. Pada kondisi tersebut sangat diperlukan peranan pendidik, baik dalam lingkungan keluarga, sekolah maupun masyarakat. Di lingkungan keluarga, tanggung jawab pendidikan dipegang sepenuhnya oleh orang tua (ayah dan ibu). Pendidikan di lingkungan sekolah merupakan tanggung jawab para guru di sekolah. Sedangkan pendidikan di masyarakat umum, dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi yang ada di masyarakat [32].

### 3. Sumber informasi kesehatan reproduksi

Telah dikemukakan sebelumnya bahwa orang tua, guru dan lembaga di masyarakat mempunyai peran yang penting sebagai sumber informasi. Pada penelitian ini guru dan petugas kesehatan dianggap sebagai sumber informasi utama oleh para remaja baik di perkotaan maupun di pedesaan dalam mendapatkan informasi kesehatan reproduksi. Sedangkan orang tua tidak dianggap sebagai sumber informasi utama oleh para remaja.

Beberapa alasan yang mendasari hal tersebut [20,22,30] :

a. Beberapa orang tua sangat sulit membicarakan tentang seks, atau mereka menerangkan dengan cara-cara yang negatif.

Banyak orang tua menyatakan bahwa seks adalah salah dan kotor. Beberapa mempunyai kelainan, takut terhadap seks tanpa alasan sehingga mereka menyampaikan kepada anak-anaknya hal-hal yang negatif saja. Beberapa remaja juga merasa malu berdiskusi mengenai seks dengan orang tuanya.

b. Beberapa orang tua tidak mempunyai informasi dan tidak mengetahui bagaimana menjelaskan pada anak-anaknya.
c. Beberapa orang tua takut bahwa pengetahuan akan menimbulkan eksperimen seksual. Kenyataannya bahwa anak-anak yang tidak mendapat informasi justru lebih banyak mendapat masalah, banyak bukti memperlihatkan bahwa ketidak tahuan menimbulkan banyak masalah.
d. Hal yang disampaikan orang tua terlalu sedikit dan terlambat. Sebagian besar orang tua baru mengerti bahwa menjelaskan fakta fisik dasar tentang reproduksi adalah sebelum pubertas.

Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa orang tua merupakan sumber penting penyebaran nilai-nilai dan sikap, dan mempengaruhi perilaku pada remaja terutama melalui suri tauladannya. Walaupun banyak orang tua yang tidak sempurna, hal ini dianggap baik sejauh mempunyai perhatian terhadap pendidikan seks formal yang diberikan [20,22].

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teman merupakan sumber informasi seks tertinggi. Hal ini dimungkinkan apabila informasi tersebut sulit didapatkan dari orang tua atau pihak lain [47]. Pada penelitian ini, survei dilakukan di lingkungan sekolah, sehingga peranan guru tampak lebih dominan. Teman mungkin lebih dipilih sebagai sumber informasi seks atas dasar kecilnya formalitas yang diperlukan, sehingga gurauan atau lelucon yang kotor dan cabul akan mudah diterima [47].

Pada penelitian ini juga dijumpai bahwa remaja baik di perkotaan maupun di pedesaan mengharapkan petugas kesehatan sebagai sumber informasi utama tentang kesehatan reproduksi (30,4% di perkotaan dan 34,4% di pedesaan). Sumber informasi yang juga diharapkan menurut remaja di perkotaan adalah guru, seminar, orang tua,

media cetak, media elektronik dan teman. Sedangkan di pedesaan, sumber informasi yang diharapkan remaja selain petugas kesehatan adalah dari guru, media elektronik, media cetak, orang tua, teman, organisasi remaja dan seminar. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa remaja benar-benar mengharapkan informasi dari pihak yang berkompeten. Hal yang menarik adalah penempatan seminar sebagai pilihan terakhir oleh remaja di pedesaan. Hal ini menarik untuk dikaji karena salah satu metode penyampaian informasi kesehatan reproduksi yang mungkin dapat diterima oleh para remaja, atas dasar validitas informasi dan sedikitnya formalitas adalah melalui seminar, kursus atau pelatihan [22]. Pada penelitian ini, terlibatnya remaja dalam kegiatan tersebut hanya tampak di perkotaan, itu pun hanya 6% yang memanfaatkannya. Kegiatan ini dapat ditingkatkan dengan memasyarakatkan seminar/pelatihan/kursus dan menambah frekuensi penyelenggaraannya.

**4. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi**

Persentase remaja di perkotaan yang mempunyai nilai pengetahuan baik lebih tinggi daripada persentase remaja di pedesaan untuk aspek anatomi dan fisiologi sistem reproduksi, gender dan seksualitas, kehamilan dan risiko kehamilan usia remaja, kontrasepsi serta penyakit menular seksual berbeda secara bermakna, demikian juga bila dilihat keseluruhan aspek terdapat perbedaan yang bermakna. Hal ini dapat diasumsikan bahwa tingkat pengetahuan remaja di perkotaan ditunjang oleh berbagai fasilitas termasuk sumber informasi yang ada serta didukung adanya karakteristik remaja perkotaan yang lebih baik, sehingga mempunyai peluang lebih banyak dalam mendapatkan informasi khususnya kesehatan reproduksi. Sejalan dengan hal tersebut, keterbatasan pengetahuan yang dialami remaja di pedesaan pada hakekatnya tidak perlu terjadi apabila arus informasi tidak terhambat sehingga mereka dapat menerima globalisasi informasi yang seimbang dengan remaja di perkotaan.

Usaha untuk mencapai keadaan tersebut akan bisa terwujud apabila ketersediaan sumber informasi memadai dan dapat dimanfaatkan seoptimal mungkin. Pada penelitian ini, sumber informasi kesehatan reproduksi yang dianggap memadai

adalah guru dan petugas kesehatan karena dianggap memiliki peran yang lebih baik oleh para remaja.

Remaja yang memiliki nilai cukup dan baik pada setiap aspek pengetahuan ternyata banyak yang menyatakan bahwa informasi tentang kesehatan reproduksi tersebut diperoleh dari guru dan petugas kesehatan (lampiran 3). Hal ini menunjukkan bahwa guru dan petugas kesehatan ada kepedulian yang cukup tinggi terhadap pembinaan kesehatan remaja khususnya kesehatan reproduksi. Guru dalam institusi sekolah dianggap sebagai sumber informasi yang dapat dipercaya dengan alasan [20,22,47] :

a. Kehidupan keluarga dan pendidikan seks merupakan bagian yang secara otomatis diterima remaja saat mengikuti pelajaran.
b. Mempersiapkan orang muda untuk menikah dan bertanggung jawab sebagai orang tua yang bahagia merupakan tujuan pendidikan yang penting.
c. Sekolah adalah sebuah institusi yang menjangkau semua pemuda, oleh karena itu mempunyai kesempatan yang unik untuk menjangkau pemuda yang memerlukan pendidikan seks dan kehidupan berkeluarga.
d. Sekolah sebagai institusi pendidikan profesional dapat digunakan untuk melakukan pekerjaan yang baik dengan cara melatih para guru, mengembangkan kurikulum dan menyediakan sumber yang diperlukan menurut prioritas dan kebutuhan.

Adapun petugas kesehatan sebagai pelayan kesehatan dinilai semakin penting peranannya dalam pembinaan kesehatan remaja, sesuai dengan tujuannya yaitu meningkatnya kemampuan hidup remaja guna membina kesehatan diri dan lingkungannya dalam rangka meningkatkan ketahanan diri, prestasi dan peran aktif remaja dalam pembangunan nasional [25]. Tujuannya secara khusus adalah meningkatnya kemampuan remaja untuk menolong dirinya sendiri melalui [25] :

a. Penajaman kepekaan terhadap masalah kesehatan pada diri remaja, keluarga dan lingkungannya.

b. Peningkatan kemampuan berpikir yang berorientasi pada pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi.
c. Peningkatan kemampuan untuk mengendalikan diri sehingga mampu mengatur dirinya untuk berperilaku hidup sehat.

Perbedaan tingkat pengetahuan yang terjadi dalam penelitian ini, sebenarnya dapat diminimalkan. Salah satu cara adalah mengupayakan terlaksananya program pembinaan kesehatan remaja secara holistik dengan memanfaatkan jalur formal maupun non formal. Kegiatan tersebut dapat dilaksanakan bersama-sama baik oleh orang tua, guru dan lembaga masyarakat termasuk petugas kesehatan serta LSM [22]. Keberhasilan kegiatan tersebut selain dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja, juga akan tercermin dalam sikap dan perilaku reproduksi sehat. Meskipun tidak selamanya pengetahuan mencerminkan sikap dan praktik seseorang. Kondisi perilaku reproduksi sehat para remaja akan mempunyai dampak menurunkan angka kehamilan usia remaja, menurunkan angka kematian ibu dan bayi sebagai akibat kehamilan usia remaja, meningkatnya status kesehatan remaja dengan menurunnya gangguan kesehatan reproduksi, gangguan kesehatan mental dan penyalah gunaan obat/zat aditif [25].

# BAB VII
# SIMPULAN

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil simpulan bahwa tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa sekolah menengah umum di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi siswa sekolah menengah umum di pedesaan wilayah Semarang. Hasil uji statistik menyatakan ada perbedaan bermakna tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi antara remaja perkotaan dan pedesaan.

# BAB VIII
# S A R A N

Dengan melihat gambaran dan perbedaan tingkat pengetahuan remaja di perkotaan dan pedesaan sebagaimana hasil analisis penelitian ini, kami menyarankan untuk dilaksanakan peningkatan dan pengembangan Komunikasi, Informasi dan Edukasi baik dalam hal media yang digunakan maupun sasarannya.

Dalam hal media yang digunakan untuk pengembangan KIE, kami menyarankan pengembangannya melalui : (lihat bagan 1)

1. Media massa yang terdiri dari media cetak dan media elektronik, antara lain : surat kabar, brosur, majalah, radio dan televisi.
2. Media pendidikan dan latihan, antara lain sekolah, seminar, pelatihan/ kursus/orientasi.
3. Media komunikasi sosial (kelompok), antara lain kelompok PKK, kelompok remaja/Karang Taruna, kelompok pengajian.

Penggunaan media dan cara penyampaian materi disesuaikan dengan situasi dan kondisi sasaran untuk di perkotaan dan perdesaan. .

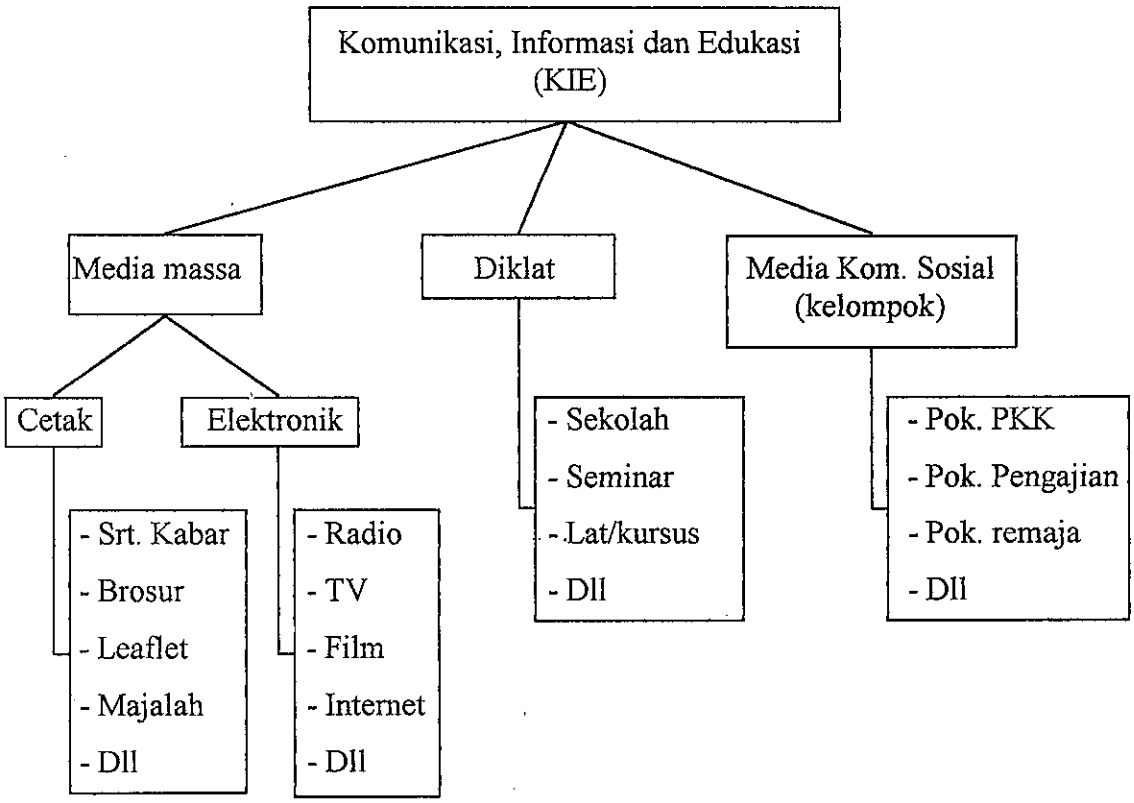
Sedangkan dalam hal sasaran kami menyarankan agar dikembangkan pula baik sasaran langsung maupun sasaran antara/tidak langsung, yaitu : (lihat bagan 2)

1. Sasaran langsung, yaitu remaja.
2. Sasaran tidak langsung, yaitu orang tua, kader, guru, petugas (kesehatan, KB, agama), panutan masyarakat yang terdiri dari tokoh masyarakat (Toma) dan tokoh agama.

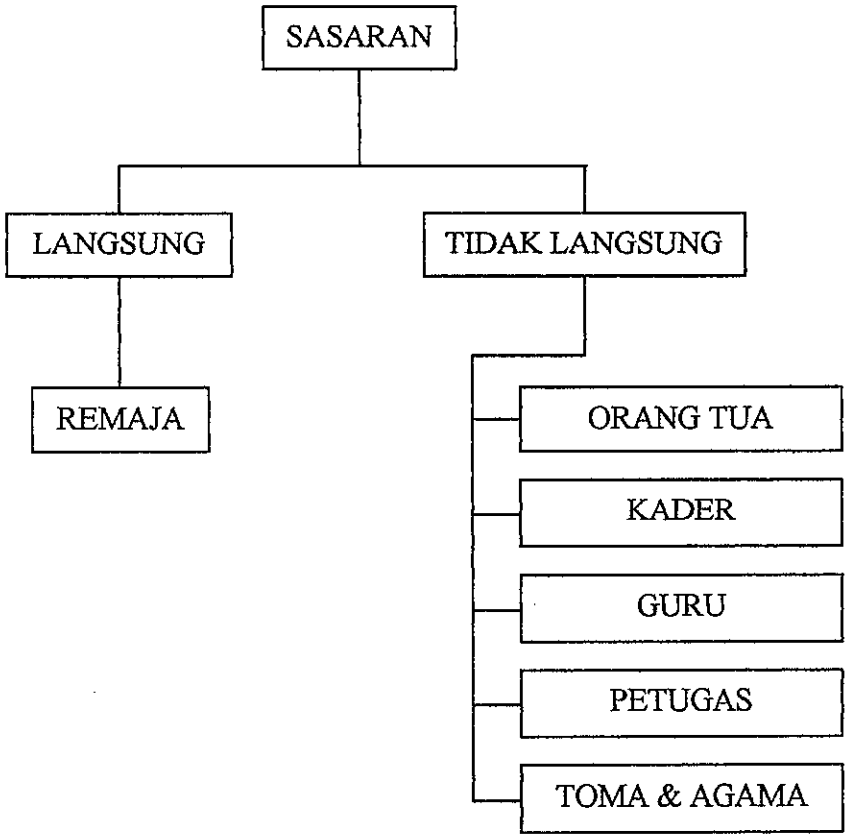
Peningkatan dan pengembangan media yang dimaksud, dapat berhasil bila didukung oleh Tiga Kunci Sukses. Pertama, adanya komitmen politis dari semua pimpinan daerah mulai dari Gubernur, Bupati/Walikota, Camat sampai Kepala Desa. Kedua, komitmen operasional dari semua instansi/lembaga baik pemerintah maupun LSM dalam melaksanakan kegiatan KIE secara terpadu. Ketiga, komitmen

masyarakat berupa kesepakatan segenap lapisan masyarakat termasuk tokoh-tokoh masyarakat informal dalam mendukung upaya peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi bagi remaja.

Bagan 1. Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi Kesehatan Reproduksi



Bagan 2. Sasaran Komunikasi, Informasi dan Edukasi Kesehatan Reproduksi



## DAFTAR PUSTAKA


1. World Health Organization. Programming for adolescent health and development. WHO Technical Report Series, Geneva, 1999.

2. Soejoenoes A. Remaja, reproduksi dan permasalahannya. Dalam : Kedokteran Remaja (Kumpulan Makalah PIB IKA X). Semarang, 1995.

3. BKKBN. Komposisi Penduduk Indonesia Menurut Umur Dan Jenis Kelamin. http://www.bkkbn.go.id/key2.htm

4. Biro Pusat Statistik Propinsi Jawa Tengah. Statistik sosial dan kependudukan Jawa Tengah. Hasil SUSENAS 1999.

5. Trastotenojo MS. Kedokteran remaja, perspektif dan prospek pengembangannya di Indonesia. Dalam : Kedokteran Remaja (Kumpulan Makalah PIB IKA X). Semarang, 1995.

6. Family health international. Reproductive health of young adult : Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases. USA, September 1997.

7. Agoes Achir YC. Dampak globalisasi informasi terhadap perilaku remaja. Disampaikan dalam acara diskusi panel "Pelayanan kesehatan remaja". IDAI. Semarang, 1 Mei 1996.

8. Khisbiyah Y, Murdijana D, Wijayanto. Kehamilan tak dikehendaki di kalangan remaja. Pusat Penelitian Kependudukan UGM. Yogyakarta 1996 : p.1 – 5.

9. Kantor Menteri Negara Kependudukan dan Lingkungan Hidup. Determinan pengetahuan, sikap dan praktik kesehatan reproduksi remaja di kota Manado. Laporan Penelitian. 1992.

10. Irawan PW dkk. Perilaku reproduksi anak jalanan di Kodya Semarang. Bina Pediatria, 1996; 3 : p. 27 – 34.

11. Sembodo T, Anggraini R, Rachmawati R, Handayani A, Asih ES. *Baseline survei* kesehatan reproduksi remaja di kota Semarang tahun 2000. Laporan Penelitian. 2000.

12. Anonymus. Sexual behaviour of young people. Progress in Human Reproduction Research. 1997, 41: p. 2.

13. IPAS. Adolescent sexual and reproductive health : Action Research. http://www.ipas.org/ipas/new/AdReproActEG.htm.

14. Biro Pusat Statistik Propinsi Jawa Tengah. Data wilayah : Pedoman ranking kriteria *rural/urban* Jawa Tengah, 1999.

15. Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi UI. Survei *baseline* reproduksi remaja sejahtera di Indonesia 1998/1999. Laporan penelitian. 1999.

16. Widiyanti W. Pengetahuan, sikap dan perilaku tentang kehamilan remaja pada remaja yang hamil. Tesis. Bagian Obstetri dan Ginekologi FK UI. 1998.

17. Mohammad K. Kontradiksi dalam kesehatan reproduksi. Pustaka Sinar Harapan. PT Citra Putra Bangsa. Jakarta , 1998 : p. 6 – 14.

18. Affandi B. Kesehatan reproduksi : ilmu pengetahuan dan kepemimpinan. Dalam : Pidato pengukuhan guru besar FKUI. Jakarta, 10 Juni 2000.

19. Zulkifli L. Psikologi perkembangan. Cetakan ke-5. Bandung. Remaja Roesdakarya, 1995.

20. Sarwono SW. Psikologi remaja. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta, 2000.

21. Hurlock EB. Psikologi perkembangan : suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan. (terjemahan). Edisi ke-5. Jakarta. Erlangga, 1991 ; p. 205 – 40.

22. Rice FP. The adolescence : development, relationship and culture. 6th edition. Boston : Allyn and Bacon, 1990 : p. 117 – 47.

23. Frieda NRH. Perkembangan remaja dan dewasa awal. Bina Pediatria, 1996 ; 3: p.2 – 7.

24. BKKBN. Reproduksi sehat sejahtera remaja. Materi panduan bagi fasilitator dengan sasaran remaja. BKKBN. Jakarta, 1998.

25. Departemen Kesehatan RI. Pola pembinaan kesehatan remaja. Dalam : Pembinaan Kesehatan Keluarga. Jakarta : Depkes RI, 1995.

26. Rahayu S. Psikologi perkembangan. Pengantar dalam bagian bagiannya. Gajah Mada University Press. Yogyakarta, 1988.

27. Affandi B. Kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja. Disampaikan pada Seminar Kesehatan Reproduksi. Badan Kerjasama Penelitian Fertilitas Indonesia. Jakarta, 25 Januari 1992.

28. Direktorat Kesehatan Keluarga. Makalah kebijaksanaan dan strategi operasional kesehatan reproduksi remaja. DepKes RI. Jakarta, 1998.

29. Ambaretnani P, Riawanti S. Upaya meningkatkan dan melindungi kesehatan reproduksi TKW. Pusat Penelitian Peranan Perempuan. Lembaga Penelitian UNPAD. Galang Press, 1999 : p. 8.

30. Nadeak W. Memahami anak remaja. Yogyakarta. Kanisius, 1995.

31. Notoatmodjo S. Komponen pendidikan pada penyuluhan kesehatan masyarakat. BPKM. FKM UI. Jakarta, 1981.

32. BKKBN dan IDI Jateng. Simposium seks remaja. Rimba Graha. Jakarta, 1986.

33. Notoatmodjo S. Beberapa model kerangka analisis perilaku kesehatan. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. 1985 ; 2 : p. 73-6.

34. Jalaluddin R. Psikologi komunikasi remaja. Rosdakarya Offset. Bandung, 1992.

35. Horton BP. Sosiologi. Jilid 2. Edisi ke-6. Erlangga. Jakarta, 1990.

36. Wijayanti E. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja di desa Bancak. Laporan penelitian. Semarang, 2000.

37. Sukadana AA. Antropo-ekologi. Surabaya : Airlangga University Press, 1983.

38. Leibo J. Sosiologi pedesaan. Edisi ke-2 cetakan pertama. Penerbit Andi Offset. Yogyakarta, 1995.

39. Daldjoeni N. Seluk beluk masyarakat kota. Penerbit Alumni. Bandung, 1997.

40. Madiyono B, Moeslichan S, Budiman I, Purwanto SH. Perkiraan besar sampel. Dalam : Sastroasmoro S, Ismail S. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta.: Binarupa Aksara, 1995.

41. Saing B, Sembiring L, Napitupulu L, Raid M, Siregar H. Scoring system of the socio-economic level. Paediatric Indonesia, 1987 ; 17 : p.299 – 304.

42. Effendi S. Prinsip-prinsip pengukuran dan penyusunan skala. Dalam: Singarimbun M, Effendi S. Metode penelitian survei. Edisi ke-1. Jakarta: LP3ES, 1989.

43. Wiersma W, Jurs SG. Educational measurement and testing. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon, 1990.

44. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

45. McDowell I, Newell C. Measuring health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1996.

46. Dusek JB. Adolescent development and behavior. 3rd ed. New Jersey. Prentice Hall Inc. 1996. 45-77.

47. Hadisumarto S. Peranan pendidikan kehidupan keluarga dalam rangka pembinaan generasi muda. Pidato pengukuhan guru besar tetap pada IKIP Jakarta. Jakarta, 21 Oktober 1992.