

**IMPLEMENTASI METODE PENDIDIKAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA REMAJA SMU 8 DAN SMU 14
DI KOTA MAKASSAR**

*The Implementation Of Method Of Reproduction Health
Education For Adolescent Of Smu 8 And Smu 14
In Makassar City*

DORTJE MARALINO



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2009**

**IMPLEMENTASI METODE PENDIDIKAN KESEHATAN
REPRODUKSI PADA REMAJA SMU 8 DAN SMU 14
DI KOTA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister

Program studi
Kesehatan masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

DORTJE MARALINO

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2009**

TESIS

**IMPLEMENTASI METODE PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI
PADA REMAJA SMU 8 DAN SMU 14 DI KOTA MAKASSAR**

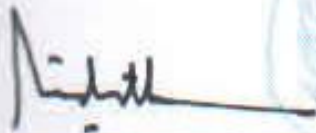
Disusun dan diajukan oleh :

DORTJE MARALINO
Nomor pokok P1805207004

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 28 Agustus 2009
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASEHAT,




Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc
Ketua



Dr. dr. Muh. Syafar, MS
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. drg. A. Zulkifli Abdullah, M.Kes



Direktor Program Pascasarjana
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha, M.Sc

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dortje Maralino

Nomor Pokok Mahasiswa : P1805207004

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 28 Agustus 2009

Yang menyatakan

Dortje Maralino

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan karunianya yang telah dilimpahkan sehingga penelitian dan tesis ini dapat terselesaikan sebagaimana mestinya. Melalui kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada berbagai pihak.

Kepada Bapak Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Idrus Paturusi yang telah memberikan kesempatan mengikuti pendidikan Program Magister di Universitas Hasanuddin.

Kepada Bapak Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. A. Razak Thaha, M. Sc yang telah memberikan kesempatan dan dorongan moril serta fasilitas pendidikan.

Kepada Bapak Dekan FKM Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. dr. Veny Hadju, M.Sc yang selalu memberikan arahan serta peluang pengembangan wawasan dan ilmu pengetahuan.

Kepada Bapak selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan nasehat, bimbingan teknis dan pencerahan ilmu dalam rangka mengembangkan arah penelitian.

Kepada Bapak selaku pembimbing II yang telah memberikan orientasi metodologi, teknik pengkajian serta pengembangan ilmu pengetahuan tanpa henti.

Kepada Bapak penguji 1, penguji 2, penguji 3, yang telah banyak memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat untuk perbaikan dan pengembangan konsep ilmu.

Kepada Pemerintah Kota Makassar dan segenap jajarannya mulai Bagian Kesatuan Bangsa, Kepala Sekolah SMAN 14 dan 8 yang telah memberikan izin penelitian.

Tesis ini juga penulis persembahkan kepada seluruh keluarga kami yang telah banyak memberikan inspirasi.

Demikianlah pengantar tesis ini sebagai esensi kemanusiaan dalam rangka pemberian ucapan terimakasih dan penghargaan kepada pihak-pihak yang berkontribusi dan mendukung penyelesaian tesis ini. Semoga Allah, SWT memberikan balasan yang setimpal kepadanya. Amin.

ABSTRAK

DORTJE MARALINO, *Implementasi Metode Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar* (dibimbing oleh Ridwan M. Thaha dan Muh. Syafar)

Penelitian ini bertujuan mengetahui perbedaan poster dan lembar balik terhadap perilaku remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar.

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan pendekatan Quasi eksperimen, dengan desain rangkaian waktu pada kelompok pembanding (control time series design), yaitu mengukur kemampuan media konseling sebaya pada siswa SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan penggunaan poster terhadap pengetahuan pada responden di SMU 8 dan leaflet/lembar balik pada SMU 14 Kota Makassar, tidak ada perbedaan penggunaan poster terhadap persepsi pada responden di SMU 8 dan leaflet/lembar balik pada SMU 14 Kota Makassar, ada perbedaan penggunaan poster terhadap pengetahuan pada responden di SMU 8 dan leaflet/lembar balik pada SMU 14 Kota Makassar.

Kata Kunci : pengetahuan, persepsi, sikap reproduksi, dan remaja.



ABSTRACT

DORTJE MARALINO. *The Implementation of Method of Reproduction Health Education for Adolescent of SMU 8 and SMU 14 in Makassar City* (supervised by Ridwan M. Thaha and Muh. Syafar)

This research aims to find out the difference between the use poster and return sheet for adolescent behavior of SMU 8 and SMU 14 in Makassar City.

This research was a quantitative study using Quasi experiment approach with control time series design by measuring the ability of coeval counseling media for the students of SMU 8 and SMU 14 in Makassar City.

The results show that there is no difference between the use of poster for the students' knowledge of SMU 8 and the use leaflet/return sheet for the students of SMU 14 in Makassar City. There is no difference between the use of poster for students' perception of SMU 8 and the use of leaflet/return sheet for the students' perception of SMU 14 in Makassar City. There is a difference between the use of poster for the students' knowledge of SMU 8 and the use leaflet/return sheet for the students of SMU 14 in Makassar City.

Key words : knowledge, perception, attitude, reproduction, adolescent



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	7
C. Tujuan penelitian.....	9
D. Manfaat penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Komunikasi Perubahan Perilaku	11
B. Tinjauan Pengetahuan.....	16
C. Tinjauan Presepsi dan Sikap	18
D. Tinjauan Keterampilan dan Komunikasi.....	19
E. Tinjauan Kesehatan Reproduksi	27
F. Tinjauan Pendidikan Kesehatan Reproduksi.....	50
G. Tinjauan Seks Pranikah	54
H. Tinjauan Perkembangan Remaja.....	56
I. Kerangka Konsep.....	57
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	66
B. Lokasi Penelitian.....	67

C.	Populasi dan Sampel	67
D.	Metode Pengumpulan Data	67
E.	Jalannya Penelitian	68
F.	Analisis Data	69
G.	Penyajian, Penapsiran, Penyimpulan.....	69
BAB IV	HASIL DANPEMBAHASAN	
A.	Hasil Penelitian	70
B.	Pembahasan.....	77
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
A.	Kesimpulan	104
B.	Saran	104
	DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
Tabel 1	Distribusi responden menurut Umur Pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	71
Tabel 2	Distribusi responden menurut Jenis Kelamin SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	72
Tabel 3	Distribusi Responden Menurut Sekolah SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	72
Tabel 4	Distribusi Responden Menurut Pengetahuan pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	73
Tabel 5	Distribusi responden menurut persepsi pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	73
Tabel 6	Distribusi responden menurut Sikap pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	74
Tabel 7	Distribusi responden menurut Pengetahuan pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	74
Tabel 8	Distribusi responden menurut persepsi pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	75
Tabel 9	Distribusi responden menurut Sikap pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar	75
Tabel 10	Hasil Uji Kolmogorov-Smirnov dan Mann Whitney pada Pengetahuan, Persepsi, Sikap Menggunakan Poster dan Lembar Balik/Leaflet Pada SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar, 2009	76

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
1	Pedoman Wawancara	107
2	Hasil FGD Pada Informan.....	115
3	Hasil SPSS	119
4	Hasil Uji	147
5	Foto	148
6	Daftar Riwayat Hidup.....	151

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan sosial paling mendasar dikalangan remaja adalah hubungan seks di kalangan remaja. Seks bagi kalangan remaja banyak didorong oleh hasrat mencoba-coba. Dengan pengetahuan yang rendah terhadap kesehatan reproduksi dan juga didukung oleh lingkungan keluarga dan pergaulan yang tidak lagi memberikan tatanan dan rambu-rambu sosial yang terkait dengan interaksi remaja.

Seks bebas bermula di negara-negara maju seperti Inggris, Swedia, Amerika Serikat, Italia dan Jerman karena pada negara-negara tersebut seks diposisikan sebagai ikatan afeksi, manifestasi cinta dan persiapan nikah. Selain itu, seks ditempatkan sebagai stimuli belajar. Hal ini kemudian aktifitas berciuman pada berbagai tempat menjadi hal yang biasa saja. Bahkan dalam suatu berita yang ditampilkan dalam *The Daily Mirror.com* menggambarkan bahwa tahun 2008 pada kota-kota besar di Inggris telah terjadi hubungan di luar nikah pada usia 17 tahun sekitar 50%. ([www. The Daily Mirror.com](http://www.TheDailyMirror.com), diakses 2 Maret 2009).

Dengan semakin derasnya pengaruh budaya asing pada pergaulan remaja di Indonesia memberikan akibat yang significant terhadap munculnya kehamilan di luar nikah pada remaja terutama pada

pelajar SLTA. Pada suatu survey pada kota-kota besar di Indonesia seperti Jakarta, Surabaya, Bandung, Medan dan Makassar tahun 2008 menggambarkan bahwa rata-rata remaja Siswa SLTA yang telah melakukan hubungan seksual anatar 5,9 – 7,1 %. (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

Secara normatif wanita mempunyai hak dan kewajiban serta kesempatan yang sama dengan pria dalam segala bidang kehidupan dan bidang pembangunan, tetapi secara factual persamaan tersebut saat ini belum terwujud, diantaranya di bidang kesehatan. Masih banyak wanita yang mengalami diskriminasi dalam bidang kesehatan, umpamanya: perbedaan pemberian makanan bergizi pada anak laki-laki dan wanita, akses informasi, dan akses pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Untuk menghilangkan hambatan-hambatan ini salah satu usaha pemerintah berusaha untuk meningkatkan pelayanan terhadap wanita usia produktif dengan menyediakan puskesmas dan rumah sakit dengan berbagai fasilitasnya. Tetapi di Indonesia, usaha dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi ini masih belum mencapai tujuan yang

diinginkan. Hal ini masih terbukti masih tingginya angka kematian ibu bersalin yaitu 375/100.000 kelahiran hidup, tertinggi di Asia Tenggara. (www. The Daily Mirror.com, diakses 2 Maret 2009)

Tingginya angka kematian ibu, disinyalir penyebab utamanya adalah perdarahan, infeksi, dan toksemia dan penyebab tak langsung adalah kemiskinan, tradisi sosial budaya, status gizi yang tidak memadai dan kurangnya akses pemanfaatan dan fasilitas kesehatan serta rendahnya status wanita.

Masalah kesehatan reproduksi wanita ini tidak terlepas dari faktor sosial, budaya dan ekonomi secara keseluruhan. Oleh sebab itu diperlukan usaha-usaha yang lebih sederhana, lebih mudah terjangkau, lebih sesuai dengan kondisi sosial ekonomi dan budaya setempat, dan juga mengikut sertakan masyarakat secara umum dan terpadu.

Hal yang lebih penting dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi ini adalah kesadaran dan motivasi masyarakat sendiri (terutama pihak wanita) yang menjaga kesehatan reproduksinya. Artinya hal ini membawa pemikiran baru untuk mengefektifkan serta mengintensifkan pelaksanaan berdasarkan kesadaran masyarakat dan kebutuhannya sendiri.

Masa remaja adalah masa transisi antara masa kanak-kanak dengan dewasa dan relatif belum mencapai tahap kematangan mental dan sosial sehingga mereka harus menghadapi tekanan-tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Banyak sekali *life events* yang akan

terjadi yang tidak saja akan menentukan kehidupan masa dewasa tetapi juga kualitas hidup generasi berikutnya sehingga menempatkan masa ini sebagai masa kritis.

Di negara-negara berkembang masa transisi ini berlangsung sangat cepat. Bahkan usia saat berhubungan seks pertama ternyata selalu lebih muda daripada usia ideal menikah.

Pengaruh informasi global (paparan media audio-visual) yang semakin mudah diakses justru memancing anak dan remaja untuk mengadaptasi kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan obat dan suntikan terlarang, perkelahan antar-remaja atau tawuran.

Pada akhirnya, secara kumulatif kebiasaan-kebiasaan tersebut akan mempercepat usia awal seksual aktif serta mengantarkan mereka pada kebiasaan berperilaku seksual yang berisiko tinggi, karena kebanyakan remaja tidak memiliki pengetahuan yang akurat mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas serta tidak memiliki akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi.

Kebutuhan dan jenis risiko kesehatan reproduksi yang dihadapi remaja mempunyai ciri yang berbeda dari anak-anak ataupun orang dewasa. Jenis risiko kesehatan reproduksi yang harus dihadapi remaja antara lain adalah kehamilan, aborsi, penyakit menular seksual (PMS), ke-kerasan seksual, serta masalah keterbatasan akses terhadap informasi dan pelayanan kesehatan. Risiko ini dipengaruhi oleh berbagai

faktor yang saling berhubungan, yaitu tuntutan untuk kawin muda dan hubungan seksual, akses terhadap pendidikan dan pekerjaan, ketidaksetaraan jender, kekerasan seksual dan pengaruh media massa maupun gaya hidup.

Khusus bagi remaja putri, mereka kekurangan informasi dasar mengenai keterampilan menegosiasikan hubungan seksual dengan pasangannya. Mereka juga memiliki kesempatan yang lebih kecil untuk mendapatkan pendidikan formal dan pekerjaan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kemampuan pengambilan keputusan dan pemberdayaan mereka untuk menunda perkawinan dan kehamilan serta mencegah kehamilan yang tidak dikehendaki. Bahkan pada remaja putri di pedesaan, haid pertama biasanya akan segera diikuti dengan perkawinan yang menempatkan mereka pada risiko kehamilan dan persalinan dini.

Kadangkala pencetus perilaku atau kebiasaan tidak sehat pada remaja justru adalah akibat ketidak-harmonisan hubungan ayah-ibu, sikap orangtua yang menabukan pertanyaan anak/remaja tentang fungsi/proses reproduksi dan penyebab rangsangan seksualitas (libido), serta frekuensi tindak kekerasan anak (*child physical abuse*).

Mereka cenderung merasa risih dan tidak mampu untuk memberikan informasi yang memadai mengenai alat reproduksi dan proses reproduksi tersebut. Karenanya, mudah timbul rasa takut di kalangan orangtua dan guru, bahwa pendidikan yang menyentuh isu

perkembangan organ reproduksi dan fungsinya justru malah mendorong remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah.

Kondisi lingkungan sekolah, pengaruh teman, ketidaksiapan guru untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, dan kondisi tindak kekerasan sekitar rumah tempat tinggal juga berpengaruh. Remaja yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap dan tidak mendapatkan perlindungan dan kasih sayang orang tua, memiliki lebih banyak lagi faktor-faktor yang berkontribusi, seperti: rasa kekuatiran dan ketakutan yang terus menerus, paparan ancaman sesama remaja jalanan, pemerasan, penganiayaan serta tindak kekerasan lainnya, pelecehan seksual dan perkosaan. Para remaja ini berisiko terpapar pengaruh lingkungan yang tidak sehat, termasuk penyalahgunaan obat, minuman beralkohol, tindakan kriminalitas, serta prostitusi.

Saat ini terdapat 70% penderita HIV/AIDS di Indonesia berasal dari kalangan remaja. Selain itu, remaja juga banyak terlibat dalam pergaulan bebas dan narkoba (Depkes R.I., 2007).

Di Sulawesi Selatan sekitar 80% remaja yang terlibat pergaulan bebas dan narkoba terkena HIV/AIDS (Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan, 2007).

Remaja di Kota Makassar berada pada tingkat yang sangat mengkhawatirkan karena jumlah penderita HIV/AIDS di kalangan remaja mengalami peningkatan yang signifikan hingga 90% setiap tahunnya (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2008).

Terobosan dan strategi bagaimana memasyarakatkan program kesehatan reproduksi khususnya reproduksi wanita tanpa arahan atau paksaan. Idealnya pendidikan kesehatan reproduksi sudah dipersiapkan secara dini, yaitu sejak remaja. Untuk itu dibutuhkan suatu media pendidikan yang lebih memberikan agregasi pada sasaran. Saat ini banyak digunakan lembar balik (leaflet) dan poster untuk merubah pengetahuan dan sikap sasaran. Namun sejauhmana perbedaan dari kedua media tersebut perlu diketahui agar dapat memberikan pilihan yang tepat.

Untuk itu penulis ingin mengetahui lebih dalam bagaimana perbedaan poster dan lembar balik terhadap pembentukan perilaku kesehatan reproduksi pada remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini adalah: lemahnya kemampuan transformasi dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Hal ini banyak dipengaruhi oleh efektifitas media yang digunakan.

Informasi perkembangan seksual, penyakit menular seksual, kehamilan yang diharapkan dan yang tidak diharapkan merupakan sesuatu hal yang penting untuk dijelaskan oleh media untuk meneguhkan pemahaman pada sasaran.

Penggunaan media poster dan lembar balik sangat penting diketahui perbedaanya dalam kemampuannya membentuk perilaku remaja. Remaja memiliki kecenderungan yang sangat tinggi terpengaruh dengan pergaulan bebas. Apalagi dengan pilihan lokasi penelitian di Kota Makassar yang memiliki banyak faktor pemicu pada remaja untuk terpengaruh dalam pergaulan yang tidak sehat. Sebagaimana yang diketahui bersama bahwa dengan pandangan remaja yang salah atau distorsi terhadap pola hubungan dalam pergaulan akan sangat mempengaruhi keputusannya dalam menjalin hubungan dalam proses kehidupannya.

Hal inilah yang penting dilakukan penelitian agar para pelaku pendidikan dapat membuat pilihan media yang tepat. Bila tidak, tentu saja akan semakin memperparah laju peningkatan masalah kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh remaja.

Dalam survei yang dilaksanakan Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia tahun 2008 pada kota-kota besar di Indonesia (Jakarta, Surabaya, Bandung, Medan dan Makassar) bahwa remaja putri 14 – 27 tahun yang mengalami kehamilan di luar nikah melakukan aborsi karena tidak dikehendaki. Diantara mereka 40% adalah siswa SLTA dan 60% mahasiswa perguruan tinggi. Hasil survey yang dilaksanakan oleh Pusat Penelitian Kesehatan UI (universitas Indonesia) di Jakarta menyatakan bahwa 23,5% remaja putri dan 76,5% remaja putra

melakukan seksual di rumah mereka pada saat orang tua mereka tidak di rumah. (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

Berdasarkan hal tersaebut, maka rumusan masalahnya adalah bagaimana perbedaan poster dan lembar balik terhadap perilaku kesehatan reproduksi pada remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar. Perilaku yang dimaksud adalah perilaku tertutup, yaitu pengetahuan, persepsi dan sikap. Perilaku tertutup merupakan rujukan utama dalam tindakan seseorang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuainya perbedaan poster dan lembar balik terhadap perilaku kesehatan reproduksi pada remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya perbedaan poster dan lembar balik terhadap pembentukan pengetahuan kesehatan reproduksi pada Remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar
- b. Diketahuinya perbedaan poster dan lembar balik terhadap pembentukan persepsi kesehatan reproduksi pada Remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar
- c. Diketahuinya perbedaan poster dan lembar balik terhadap pembentukan sikap kesehatan reproduksi pada remaja SMU 8 dan SMU 14 di Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian adalah :

1. Manfaat ilmiah adalah diketahuinya model pengembangan media pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja
2. Manfaat praktis adalah dapat menjadi pedoman pembuatan instrumen khususnya pengembangan media pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja
3. Manfaat pribadi adalah dapat memberikan pengalaman bagi peneliti untuk melaksanakan evaluasi media pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Komunikasi Perubahan Perilaku

1. Model Kepercayaan Kesehatan

Model kepercayaan kesehatan (Rosenstock, 1974) sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku-perilaku kesehatannya.

Menurut model kepercayaan kesehatan (Becker, 1974) perilaku ditentukan oleh apakah seseorang itu memiliki: (1). Percaya bahwa mereka rentan terhadap masalah kesehatan tertentu; (2). Menganggap masalah itu serius; (3). Meyakini efektifitas tujuan pengobatan dan pencegahan; (4). Tidak mahal; (5). Menerima anjuran untuk mengambil tindakan kesehatan.

2. Model Komunikasi

Model komunikasi menurut McGuire (1964) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan

perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dengan rantai kausal yang sama.

Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan bergantung pada berbagai input (atau stimulus) serta output (tanggapan terhadap stimulus). Menurut model komunikasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku lain.

Variabel-variabel input meliputi sumber, pesan, saluran penyampai dan karakteristik penerima serta tujuan pesan-pesan tersebut. Variabel output merujuk pada perubahan dalam faktor-faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan dan juga perilaku-perilaku yang dapat diobservasi.

Proses komunikasi terbagi atas proses yang sifatnya primer dan sekunder. Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (*symbol*) sebagai media. Lambang sebagai media dalam proses komunikasi adalah bahasa, isyarat, gambar, warna dan sebagainya yang secara langsung mampu menerjemahkan pikiran atau perasaan tersebut. Bahasa yang paling banyak dipergunakan karena bahasalah yang memiliki kemampuan tinggi dalam menerjemahkan pikiran orang lain. Bahasa dapat berbentuk ide, informasi atau opini; baik mengenai hal konkret maupun hal yang abstrak. Berkat kemampuan bahasa kita

mempelajari ilmu pengetahuan sejak ditampilkan oleh Aristoteles, Plato, dan Socrates; dapat menjadi manusia yang beradab dan berbudaya; dan dapat memperkirakan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang.

Bahasa umum dipergunakan, namun tidak semua orang pandai mencari kata-kata yang tepat dan lengkap yang dapat mencerminkan pikiran dan perasaan sesungguhnya. Selain itu, sebuah perkataan belum tentu mengandung makna yang sama bagi semua orang.

Kata-kata mengandung dua jenis pengertian, yaitu pengertian konotatif dan pengertian denotatif. Sebuah pengertian dalam arti denotatif adalah yang mengandung arti sebagaimana tercantum dalam kamus (*dictionary meaning*) dan diterima secara umum oleh kebanyakan orang dengan bahasa dan kebudayaan yang sama. Perkataan dalam pengertian konotatif adalah yang mengandung pengertian emosional atau mengandung penilaian tertentu (*emotional or evaluatif meaning*).

Kata-kata dapat menjadi dinamit, kata Scott M. Cutlip dan Allen H. Center dalam bukunya *effective public relation*. Ditegaskan oleh kedua ahli hubungan masyarakat itu, terdapat bukti bahwa kesalahan dalam menerjemahkan sebuah pesan oleh Pemerintah Jepang sewaktu Perang Dunia II telah menyebabkan Hiroshima telah dijatuhi bom atom. Perkataan *Mokasatsu* yang dipergunakan oleh

Pemerintah Jepang agar menyerah, diterjemahkan oleh kantor berita Domei menjadi *ignore*, padahal maksudnya adalah *withholding comment untill a decision has been made*. Demikianlah sebuah ilustrasi yang menunjukkan bahwa betapa pentingnya bahasa dalam proses komunikasi.

Komunikasi berlangsung apabila terjadi kesamaan makna dalam pesan yang diterima oleh komunikan. Komunikator menyandi (encode) pesan yang akan disampaikan oleh komunikan. Ini berarti ia menformulasikan pikiran dan atau perasaannya kedalam lambang (bahasa) yang diperkirakan akan dimengerti oleh komunikan. Kemudian menjadi giliran komunikan untuk mengawasa-sandi (decode). Ini berarti ia menafsirkan lambang yang mengandung pikiran dan atau perasaan komunikator tadi kedalam konteks pengertiannya.

Dalam proses itu, komunikator berfungsi sebagai penyandi (encoder) dan komunikan berfungsi sebagai pengawasa-sandi (decoder). Yang penting dalam proses penyandian (coding) itu ialah komunikator dapat menyandi dan komunikan dapat mengawasa-sandi hanya kedalam kata bermakna yang pernah diketahui dalam pengalamannya masing-masing.

Willbur Schramm, seorang ahli komunikasi kenamaan dalam karyanya *Communication Research in United State* menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan kerangka acuan (*frame*

of reference), yakni paduan pengalaman dan pengertian (*collection and experience meaning*) yang pernah diperoleh komunikan. Menurut Schramm, bidang pengalaman (*field of experience*) merupakan faktor yang penting dalam komunikasi. Jika bidang pengalaman komunikator sama dengan bidang pengalaman komunikan, komunikasi akan berlangsung lancar. Sebaliknya, bila pengalaman komunikan tidak sama dengan bidang pengalaman komunikator, akan timbul kesukaran untuk mengerti satu sama lain.

Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang atau media pertama. Pentingnya peranan media yaitu media sekunder, dalam proses komunikasi disebabkan oleh efisiensinya dalam mencapai komunikan. Surat kabar, radio, dan televisi, misalnya, merupakan media yang efisien dalam mencapai komunikan dalam jumlah yang banyak. Jelas efisien karena dengan menyiarkan sebuah pesan satu kali saja, sudah dapat tersebar luas kepada khalayak yang begitu banyak jumlahnya; bukan saja jutaan, bahkan puluhan juta khalayak dapat terjangkau dengan pesan tersebut.

Akan tetapi, oleh para ahli komunikasi diakui bahwa keefektifan dan efisiensi komunikasi bermedia hanya dalam pesan-pesan yang bersifat informatif. Menurut mereka, yang efektif dan efisien dalam menyampaikan pesan persuasif adalah komunikasi tatap

muka karena kerangka acuan (frame of reference) komunikan dapat diketahui oleh komunikator, sedangkan dalam proses komunikasinya, umpan balik berlangsung seketika, tanggapan dan respon dapat diketahui saat itu juga.

B. Tinjauan Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Pengetahuan yang dicakup dalam ranah *kognitif* mempunyai enam tingkatan, yaitu :

(1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai melihat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*)

(2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui yang dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

(3) Aplikasi (*Application*)

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

(4) Analisis (*Analysis*)

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

(5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

(6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

C. Tinjauan Persepsi dan Sikap

Persepsi adalah Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan tindakan tingkat pertama.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu.

Sikap belum merupakan suatu tindakan/aktifitas, akan tetapi merupakan *predisposisi* tindakan suatu perilaku. Pada banyak masyarakat di Indonesia, keadaan “sehat” umumnya secara budaya dipersepsikan sebagai “tidak terdapatnya gangguan atau rasa tidak nyaman pada tubuh” bukan hilangnya penyakit dari tubuh.

Adakalanya orang mampu menjelaskan dengan mudah arti “sehat” dari segi budaya. Salah satu contoh adalah anggapan pada orang Sunda di desa Lembahsari, Kecamatan Cikalongkulon, Kabupaten Cianjur di Jawa Barat yang menghubungkan keadaan sehat dengan kerja. Menurut mereka, cirri utama orang sehat adalah

(yang menyiratkan dimilikinya kesehatan fisik dan mental) adalah meraka yang “bisa bekerja, enak makan, normal ingatan, punya agama, rajin mandi, berwajah ceria dan tidak punya hutanga”. Sebaliknya, orang yang sakit (*gering*) adalah orang yang “*ngaringkuk* (meringkuk ditempat tidur), tidak bisa bekerja, tidak enak makan dan punya hutang”. Namun pada umumnya orang lebih mudah untuk menjelaskan tentang arti sakit daripada sehat, yakni tentang suatu kondisi tertentu yang dinilai memberikan indikasi akan adanya penyakit, atau sebaliknya, kondisi yang bukan dianggap penyakit karena keberadaannya dianggap wajar.

D. Tinjauan Keterampilan dan Komunikasi

Keterampilan sangat terkait dengan persepsi seseorang untuk mengenali dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil, dan selanjutnya dilakukan secara sistematis berdasarkan mekanisme tertentu (Notoatmodjo, 1993).

Keterampilan seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman terhadap sesuatu. Pengetahuan dapat dipelajari melalui metode tertentu berdasarkan pendidikan formal atau informal. Sedangkan pengalaman merupakan sesuatu yang diperoleh berdasarkan keterlibatan seseorang dalam menjalankan suatu pekerjaan atau aktifitas. (Graef & Elder, 1996)

Karena itu, keterampilan juga dapat diartikan sebagai akumulasi dari berbagai sumber pengetahuan dan pengalaman. Apabila seseorang memiliki keterampilan dalam pendidikan kesehatan reproduksi tentu saja memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Tetapi pengetahuan saja tidak cukup, juga perlu dibarengi dengan pengalaman dalam melakukan transformasi pengetahuan terhadap sasaran didik. Karena proses pendidikan, bukan sekedar memiliki pengetahuan yang terkait dengan kapasitas pendidik. Namun yang terpenting adalah memberikan pencitraan pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap sasaran didik. (Graef & Elder, 1996)

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin communication, dan bersumber dari kata *communis* yang berarti sama. Sama maksudnya penangkapan makna secara sama. Jadi, kalau dua orang terlibat dalam komunikasi, misalnya dalam bentuk percakapan, maka komunikasi akan berlangsung selama ada kesamaan makna mengenai apa yang dipercakapkan. Kesamaan bahasa yang dipergunakan dalam percakapan itu, belum tentu mempunyai kesamaan makna. Dengan kata lain, mengerti bahasa belum tentu mengerti makna yang terkandung dalam bahasa itu. Percakapan dapat dikatakan komunikatif apabila kedua-duanya, mengerti bahasa yang dipergunakan dan mengerti makna yang dikandungnya.

Akan tetapi, pengertian komunikasi di atas, sifatnya sangat dasariah, karena minimal hanya mengandung kesamaan makna diantara dua orang yang terlibat. Dikatakan minimal, karena kegiatan komunikasi tidak hanya informatif, yakni agar orang lain mengerti dan tahu, akan tetapi juga bersifat persuatif, yaitu agar orang lain bersedia menerima suatu paham atau keyakinan untuk melakukan suatu perbuatan atau tindakan tertentu yang biasanya disebut efek komunikasi.

Menurut Carl I. Hovland, ilmu komunikasi adalah upaya yang sistematis untuk merumuskan secara tegas azas-azas penyampaian informasi serta pembentukan pendapat dan sikap. Definisi ini menunjukkan bahwa yang dijadikan obyek studi komunikasi bukan saja penyampaian informasi, melainkan juga pembentukan pendapat umum dan sikap publik yang dalam kehidupan sosial memainkan peranan yang sangat penting. Bahkan dalam definisinya secara khusus, Hovland mengatakan bahwa komunikasi adalah proses mengubah perilaku orang lain (communication is the process to modify the behavior of other individuals).

Untuk memahami pengertian komunikasi sehingga dapat diterapkan secara efektif, para peminat komunikasi seringkali mengutip paradigma yang dikemukakan oleh Harold Lasswell dalam karyanya, *The Structure of Function of Communication in Society*.

Paradigma Lasswell diatas menunjukkan bahwa komunikasi meliputi lima unsur sebagai awaban yang diajukan itu, yakni : Komunikator (*communicator, source, sender*), Pesan (*message*), Media (*channel, media*), Komunikan (*communican, receiver, resipient*), Efek (*effect, impact, influence*).

Jadi berdasarkan paradigma Lasswell maka komunikasi dapat diartikan sebagai proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan melalui media yang menimbulkan efek tertentu.

Proses komunikasi pada hakikatnya adalah proses penyampaian pikiran atau perasaan leh seseorang kepada orang lain. Pikiran bisa merupakan gagasan, informasi, opini, dan lainnya. Perasaan bisa berupa keyakinan, keragu-raguan, kepastian, kekhawatiran, kemarahan, keberanian, kegairahan, dan lainnya.

Adakalanya seseorang menyampaikan buah pikirannya kepada orang lain tanpa menampakkan perasaan tertentu. Pada saat tertentu seseorang menyampaikan perasaan kepada orang lain tanpa pemikiran. Tidak jarang seseorang menyampaikan pikirannya disertai perasaan tertentu. Disadari atau tidak disadari. Komunikasi akan berhasil, apabila pikiran disampaikan disertai perasaan yang disadari; sebaliknya komunikasi gagal, jika menyampaikan pikiran dengan perasaan tanpa kontrol.

Pikiran bersama perasaan yang akan disampaikan kepada orang lain itu, oleh Walter Lippman dinamakan *picture in our head*

(gambaran dalam benak). Yang menjadi permasalahan, bagaimana caranya agar gambaran dalam benak dan isi kesadaran pada komunikasi itu dapat dimengerti, diterima dan bahkan dilakukan oleh komunikan. Permasalahan ini dapat dijelaskan pada proses komunikasi.

Proses komunikasi terbagi atas proses yang sifatnya primer dan sekunder. Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (symbol) sebagai media. Lambang sebagai media dalam proses komunikasi adalah bahasa, isyarat, gambar, warna dan sebagainya yang secara langsung mampu menerjemahkan pikiran atau perasaan tersebut. Bahasa yang paling banyak dipergunakan karena bahasalah yang memiliki kemampuan tinggi dalam menerjemahkan pikiran orang lain. Bahasa dapat berbentuk ide, informasi atau opini; baik mengenai hal konkret maupun hal yang abstrak. Berkat kemampuan bahasa kita mempelajari ilmu pengetahuan sejak ditampilkan oleh Aristoteles, Plato, dan Socrates; dapat menjadi manusia yang beradab dan berbudaya; dan dapat memperkirakan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang (Kriyantono, Rachmat, 2006).

Bahasa umum dipergunakan, namun tidak semua orang pandai mencari kata-kata yang tepat dan lengkap yang dapat mencerminkan pikiran dan perasaan sesungguhnya. Selain itu,

sebuah perkataan belum tentu mengandung makna yang sama bagi semua orang.

Kata-kata mengandung dua jenis pengertian, yaitu pengertian konotatif dan pengertian denotatif. Sebuah pengertian dalam arti denotatif adalah yang mengandung arti sebagaimana tercantum dalam kamus (*dictionary meaning*) dan diterima secara umum oleh kebanyakan orang dengan bahasa dan kebudayaan yang sama. Perkataan dalam pengertian konotatif adalah yang mengandung pengertian emosional atau mengandung penilaian tertentu (*emotional or evaluatif meaning*).

Kata-kata dapat menjadi dinamit, kata Scott M. Cutlip dan Allen H. Center dalam bukunya *effective public relation*. Ditegaskan oleh kedua ahli hubungan masyarakat itu, terdapat bukti bahwa kesalahan dalam menerjemahkan sebuah pesan oleh Pemerintah Jepang sewaktu Perang Dunia III telah menyebabkan Hiroshima telah dijatuhi bom atom. Perkataan *mokasatsu* yang dipergunakan oleh Pemerintah Jepang agar menyerah, diterjemahkan oleh kantor berita Domei menjadi *ignore*, padahal maksudnya adalah *withholding comment until a decision has been made*. Demikianlah sebuah ilustrasi yang menunjukkan bahwa betapa pentingnya bahasa dalam proses komunikasi (Kriyantono, Rachmat, 2006).

Seperti telah disinggung, bahwa komunikasi berlangsung apabila terjadi kesamaan makna dalam pesan yang diterima oleh

komunikasikan. Komunikator menyandi (*encode*) pesan yang akan disampaikan oleh komunikasikan. Ini berarti ia menformulasikan pikiran dan atau perasaannya kedalam lambang (bahasa) yang diperkirakan akan dimengerti oleh komunikasikan. Kemudian menjadi giliran komunikasikan untuk mengawasa-sandi (*decode*). Ini berarti ia menafsirkan lambang yang mengandung pikiran dan atau perasaan komunikator tadi kedalam konteks pengertiannya. Dalam proses itu, komunikator berfungsi sebagai penyandi (*encoder*) dan komunikasikan berfungsi sebagai pengawasa-sandi (*decoder*). Yang penting dalam proses penyandian (*coding*) itu ialah komunikator dapat menyandi dan komunikasikan dapat mengawasa-sandi hanya kedalam kata bermakna yang pernah diketahui dalam pengalamannya masing-masing.

Willbur Schramm, seorang ahli komunikasi kenamaan dalam karyanya *Communication Research in United State* menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan kerangka acuan (*frame of reference*), yakni paduan pengalaman dan pengertian (*collection and experience meaning*) yang pernah diperoleh komunikasikan. Menurut Schramm, bidang pengalaman (*field of experience*) merupakan faktor yang penting dalam komunikasi. Jika bidang pengalaman komunikator sama dengan bidang pengalaman komunikasikan, komunikasi akan berlangsung lancar. Sebaliknya, bila pengalaman komunikasikan tidak

sama dengan bidang pengalaman komunikator, akan timbul kesukaran untuk mengerti satu sama lain (Cangara, Hafied, 2002).

Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang atau media pertama. Pentingnya peranan media yaitu media sekunder, dalam proses komunikasi disebabkan oleh efisiensinya dalam mencapai komunikasi. Surat kabar, radio, dan televisi, misalnya, merupakan media yang efisien dalam mencapai komunikasi dalam jumlah yang banyak. Jelas efisien karena dengan menyiarkan sebuah pesan satu kali saja, sudah dapat tersebar luas kepada khalayak yang begitu banyak jumlahnya; bukan saja jutaan, bahkan puluhan juta khalayak dapat terjangkau dengan pesan tersebut (Kriyantono, Rachmat, 2006).

Akan tetapi, oleh para ahli komunikasi diakui bahwa keefektifan dan efisiensi komunikasi bermedia hanya dalam pesan-pesan yang bersifat informatif. Menurut mereka, yang efektif dan efisien dalam menyampaikan pesan persuasif adalah komunikasi tatap muka karena kerangka acuan (*frame of reference*) komunikasi dapat diketahui oleh komunikator, sedangkan dalam proses komunikasinya, umpan balik berlangsung seketika, tanggapan dan respon dapat diketahui saat itu juga.

Umpan balik dalam komunikasi bermedia, terutama media massa biasanya dinamakan umpan balik tertunda (*delayed feedback*) karena respon yang ditimbulkan biasanya memerlukan tenggang waktu. Karena proses komunikasi sekunder merupakan sambungan dari proses komunikasi primer untuk menembus dimensi ruang dan waktu, maka dalam menata lambang-lambang untuk menformulasikan isi pesan komunikasi, komunikator harus memperhitungkan ciri-ciri atau sifat-sifat media yang akan dipergunakan. Penentuan media yang digunakan sebagai hasil pilihan dari sekian banyak alternatif perlu didasari pertimbangan mengenai siapa komunikan yang dituju (Graef & Elder, 1996).

E. Tinjauan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsinya serta prosesprosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi berarti orang dapat mempunyai kehidupan seks yang memuaskan dan aman, dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan apakah mereka ingin melakukannya, bilamana dan seberapa seringkah.

Termasuk terakhir ini adalah hak pria dan wanita untuk memperoleh informasi dan mempunyai akses terhadap cara - cara keluarga berencana yang aman, efektif dan terjangkau, pengaturan fertilitas yang tidak melawan hukum, hak memperoleh pelayanan pemeliharaan kesehatan yang memungkinkan para wanita dengan selamat menjalani kehamilan dan melahirkan anak, dan memberikan kesempatan untuk memiliki bayi yang sehat (Mediaindo.co.id., diakses 21 Februari 2009).

Sejalan dengan itu pemeliharaan kesehatan reproduksi merupakan suatu kumpulan metode, teknik dan pelayanan yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan reproduksi melalui pencegahan dan penyelesaian masalah kesehatan reproduksi. Ini juga mencakup kesehatan seksual, yang bertujuan meningkatkan status kehidupan dan hubungan-perorangan, dan bukan semata-mata konseling dan perawatan yang bertalian dengan reproduksi dan penyakit yang ditularkan melalui hubungan seks.

1. Pengertian

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau Suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupannya seksualnya serta

mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecatatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. *Reproductive health is a state of complete physical, mental and social wellingand not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to reproductive system and to its funtctions processes (WHO)*. Agar dapat melaksanakan fungsi reproduksi secara sehat, dalam pengertian fisik, mental maupun sosial, diperlukan beberapa prasyarat : Pertama, agar tidak ada kelainan anatomis dan fisiologis baik pada pere mpuan maupun laki-laki. Antara lain seorang perempuan harus memiliki rongga pinggul yang cukup besar untuk mempermudah kelahiran bayinya kelak. Ia jugaharus memiliki kelenjar-kelenjar penghasil hormon yang mampu memproduksi hormon-horman yang diperlukan untuk memfasilitasi pertumbuhan fisik dan fungsi sistem dan organ reproduksinya.

Perkembangan-perkembangan tersebut sudah berlangsung sejak usia yang sangat muda. Tulang pinggul berkembang sejak anak belum menginjak remaja dan berhenti ketika anak itu mencapai usia 18 tahun. Agar semua pertumbuhan itu berlangsung dengan baik, ia memerlukan makanan dengan mutu gizi yang baik dan seimbang. Hal

ini juga berlaku bagi laki-laki. Seorang laki-laki memerlukan gizi yang baik agar dapat berkembang menjadi laki-laki dewasa yang sehat. Kedua, baik laki-laki maupun perempuan memerlukan landasan psikis yang memadai agar perkembangan emosinya berlangsung dengan baik.

Hal ini harus dimulai sejak sejak anak-anak, bahkan sejak bayi. Sentuhan pada kulitnya melalui rabaan dan usapan yang hangat, terutama sewaktu menyusui ibunya, akan memberikan rasa terima kasih, tenang, aman dan kepuasan yang tidak akan dilupakan sampai ia besar kelak. Perasaan semacam itu akan menjadi dasar kematangan emosinya di masa yang akan datang. Ketiga, setiap orang hendaknya terbebas dari kelainan atau penyakit yang baik langsung maupun tidak langsung mengenai organ reproduksinya.

Setiap kelainan atau penyakit pada organ reproduksi, akan dapat pula mengganggu kemampuan seseorang dalam menjalankan tugas reproduksinya. Termasuk di sini adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual-misalnya AIDS dan Hepatitis B, infeksi lain pada organ reproduksi, infeksi lain yang mempengaruhi perkembangan janin, dampak pencemaran lingkungan, tumor atau kanker pada organ reproduksi, dan gangguan hormonal terutama hormon seksual. Keempat, seorang perempuan hamil memerlukan jaminan bahwa ia akan dapat melewati masa tersebut dengan aman. Kehamilan bukanlah penyakit atau kelainan. Kehamilan adalah

sebuah proses fisiologis. Meskipun demikian, kehamilandapat pula mencelakai atau mengganggu kesehatan perempuan yang mengalaminya. Kehamilan dapat menimbulkan kenaikan tekanan darah tinggi, pendarahan, dan bahkan kematian. (Soedarmadi, 1988)

Meskipun ia menginginkan datangnya kehamilan tersebut, tetap saja pikirannya penuh dengan kecemasan apakah kehamilan itu akan mengubah penampilan tubuhnya dan dapat menimbulkan perasaan bahwa dirinya tidak menarik lagi bagi suaminya. Ia juga merasa cemas akan menghadapi rasa sakit ketika melahirkan, dan cemas tentang apa yang terjadi pada bayinya. Adakah bayinya akan lahir cacat, atau lahir dengan selamat atau hidup. Perawatan kehamilan yang baik seharusnya dilengkapi dengan konseling yang dapat menjawab berbagai kecemasan tersebut.

Isu-isu yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi kadang merupakan isu yang pelik dan sensitif, seperti hak-hak reproduksi, kesehatan seksual, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, kebutuhan khusus remaja, dan perluasan jangkauan pelayanan kelapisan masyarakat kurang manpu atau meraka yang tersisih. (Soedarmadi, 1988)

Karena proses reproduksi nyatanya terjadi melalui hubungan seksual, defenisi kesehatan reproduksi mencakup kesehatan seksual yang mengarah pada peningkatan kualitas hidup

dan hubungan antar individu, jadi bukan hanya konseling dan pelayanan untuk proses reproduksi dan PMS. (Soedarmadi, 1988)

Dalam wawasan pengembangan kemanusiaan. Merumuskan pelayanan kesehatan reproduksi yang sangat penting mengingat dampaknya juga terasa pada kualitas hidup generasi berikutnya. Sejauh mana seseorang dapat menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara aman dan sehat sesungguhnya tercermin dari kondisi kesehatan selama siklus kehidupannya, mulai dari saat konsepsi, masa anak, remaja, dewasa, hingga masa pasca usia reproduksi.

Menurut program kerja WHO ke IX (1996-2001), masalah kesehatan reproduksi ditinjau dari pendekatan siklus kehidupan keluarga, meliputi :Praktek tradisional yang berakibat buruk semasa anak-anak (seperti mutilasi,genital, deskri minasi nilai anak, dsb); Masalah kesehatan reproduksi remaja (kemungkinan besar dimulai sejak masa kanak-kanak yang seringkali muncul dalam bentuk kehamilan remaja,kekerasan/pelecehan seksual dan tindakan seksual yang tidak aman); Tidak terpenuhinya kebutuhan ber-KB, biasanya terkait dengan isu aborsi tidak aman; Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (sebagai kesatuan) selama kehamilan, persalian dan masa nifas, yang diikuti dengan malnutrisi, anemia, berat bayi lahir rendah; Infeksi saluran reproduksi, yang berkaitan dengan penyakit menular seksual; Kemandulan, yang berkaitan erat dengan infeksi saluran

reproduksi dan penyakit menular seksual; Sindrom pre dan post menopause dan peningkatan resiko kanker organ reproduksi; Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah ketunaan lainnya. (www. The Daily Mirror.com, diakses 2 Maret 2009)

Masalah kesehatan reproduksi mencakup area yang jauh lebih luas, dimana masalah tersebut dapat kita kelompokkan sebagai berikut: www. (Mediaindo.co.id., diakses 21 Februari 2009)

Masalah reproduksi

- a) Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan;
- b) Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil;
- c) Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya;
- d) Tersediannya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak;

- e) Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun;
- f) Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

Masalah gender dan seksualitas

- a) Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas;
- b) Pengendalian sosio -budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana normanorma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian;
- c) Seksualitas dikalangan remaja;
- d) Status dan peran perempuan;
- e) Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

- a) Kencenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban;
- b) Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan;
- c) Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur;
- d) Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual

- a) Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorhea;
- b) Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes;
- c) Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome);
- d) Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual;
- e) Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/pekerja seks komersial);
- f) Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

Masalah pelacuran

- a) Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran;
- b) Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadapnya;
- c) Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya

Masalah sekitar teknologi

- a) Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung);
- b) Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening);
- c) Pelapisan genetik (genetic screening);

- d) Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan;
- e) Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

Secara garis besar dapat dikelompokkan empat golongan faktor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi:

- a) Faktor sosial-ekonomi dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil);
- b) Faktor budaya dan lingkungan (misalnya, praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, dsb);
- c) Faktor psikologis (dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasannya secara materi, dsb);
- d) Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, dsb).

Pengaruh dari semua faktor diatas dapat dikurangi dengan strategi intervensi yang tepat guna, terfokus pada penerapan hak reproduksi wanita dan pria dengan dukungan disemua tingkat

administrasi, sehingga dapat diintegrasikan kedalam berbagai program kesehatan, pendidikan, sosial dan pelayanan non kesehatan lain yang terkait dalam pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

Berdasarkan Konferensi Wanita sedunia ke IV di Beijing pada tahun 1995 dan Koperensi Kependudukan dan Pembangunan di Cairo tahun 1994 sudah disepakati perihal hak-hak reproduksi tersebut. Dalam hal ini (Cholil,1996) menyimpulkan bahwa terkandung empat hal pokok dalam reproduksi wanita yaitu : (1). Kesehatan reproduksi dan seksual (*reproductive and sexual health*); (2). Penentuan dalam keputusan reproduksi (*reproductive decision making*); (3). Kesetaraan pria dan wanita (*equality and equity for men and women*); (4). Keamanan reproduksi dan seksual (*sexual and reproductive security*). (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

Adapun definisi tentang arti kesehatan reproduksi yang telah diterima secara internasional yaitu : sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistim, fungsi-fungsi dan proses reproduksi.

Selain itu juga disinggung hak produksi yang didasarkan pada pengakuan hak asasi manusia bagi setiap pasangan atau individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab

mengenai jumlah anak, penjarakan anak, dan menentukan kelahiran anak mereka (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

2. Tujuan dan Sasaran Kesehatan Reproduksi

Tujuan Utama

Sehubungan dengan fakta bahwa fungsi dan proses reproduksi harus didahului oleh hubungan seksual, tujuan utama program kesehatan reproduksi adalah meningkatkan kesadaran kemandirian wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, termasuk kehidupan seksualitasnya, sehingga hak-hak reproduksinya dapat terpenuhi, yang pada akhirnya menuju peningkatan kualitas hidupnya.

Tujuan Khusus

Dari tujuan umum tersebut dapat dijabarkan empat tujuan khusus yaitu :

- a) Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya;
- b) meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan;
- c) meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya;

- d) dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal.

Tujuan diatas ditunjang oleh undang-undang No. 23/1992, bab II pasal 3 yang menyatakan: “Penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat”, dalam bab III pasal 4 “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut : (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

- a) Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak Peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi resikonya karena dapat membawa kematian, dan makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga sulit digantikan.

Untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukaun pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yangcepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat.

Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan/partus dan pelayanan postnatal atau masa nifas. Informasi yang akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi. Dengan demikian tidak perlu dilakukan pengguguran yang dapat mengancam jiwa.

b) Komponen Keluarga Berencana

Promosi KB dapat ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu sekaligus kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka serta masyarakat. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan jarak dan jumlah kelahiran. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien atau pengguna pelayanan.

c) Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada

penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS. Seperti Tuberculosis, Malaria, Filariasis, dsb; maupun penyakit infeksi yang tergolong PMS (penyakit menular seksual), seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, dsb; ataupun kondisi infeksi yang berakibat infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/ PID) seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), yang dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, misalnya kemandulan, hal mana akan menurunkan kualitas hidupnya. Salah satu yang juga sangat mendesak saat ini adalah upaya pencegahan PMS yang fatal yaitu infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) (Sumitro H, 1988).

d) Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadidewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggungjawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan

pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini.

e) Komponen Usia Lanjut

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/adropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kan ker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

Hasil akhir yang diharapkan dai pelaksanaan kesehatan reproduksi yang dimodifikasikan dari rekomendasi WHO tersebut adalah peningkatan akses :

- a) Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan.
- b) Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria.
- c) Kontrasepsi (termasuk strerilisasi) yang aman dan efektif
- d) Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman

- e) Pencegahan dan penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman.
- f) Pencegahan dan penanganan sebab-sebab kemandulan (ISR/PMS).
- g) Informasi secara menyeluruh termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining keganasan (kanker) organ reproduksi.

Pengukuran perubahan-perubahan yang positif terhadap hasil akhir diatas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan akhir; pelayanan kesehatan dasar yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga, hal mana menjadi dasar yang kokoh untuk mengatasi kesehatan reproduksi yang dihadapi seseorang dalam kurun siklus reproduksinya.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasi muda. Oleh sebab itu wanita, seyogyanya diberi perhatian sebab : (a). Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya; (b). Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan

dilahirkan; (c). Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatas namakan "pembangunan" seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk; (d). Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda Internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil Konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan.

Berdasarkan pemikiran tersebut kesehatan wanita merupakan aspek paling penting disebabkan pengaruhnya pada kesehatan anak-anak. Oleh sebab itu pada wanita diberi kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurut dirinya sesuai dengan kebutuhannya di mana ia sendiri yang memutuskan atas tubuhnya sendiri.

3. Indikator Permasalahan Kesehatan Reproduksi Wanita

Dalam pengertian kesehatan reproduksi secara lebih mendalam, bukan semata-mata sebagai pengertian klinis (kedokteran) saja tetapi juga mencakup pengertian sosial (masyarakat). Intinya goal kesehatan secara menyeluruh bahwa kualitas hidupnya sangat baik. Namun, kondisi sosial dan ekonomi terutama di negara-negara berkembang yang kualitas hidup dan kemiskinan memburuk, secara tidak langsung memperburuk pula kesehatan reproduksi wanita.

Indikator-indikator permasalahan kesehatan reproduksi wanita di Indonesia antara lain :

- a) Jender, adalah peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda. Jender sebagai suatu konstruksi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan, dan karena peran jender berbeda dalam konteks cross cultural berarti tingkat kesehatan wanita juga berbeda-beda.
- b) Kemiskinan, antara lain mengakibatkan: Makanan yang tidak cukup atau makanan yang kurang gizi; Persediaan air yang kurang, sanitasi yang jelek dan perumahan yang tidak layak; serta Tidak mendapatkan pelayanan yang baik.
- c) Pendidikan yang rendah, dimana kemiskinan mempengaruhi kesempatan untuk mendapatkan pendidikan. Kesempatan untuk sekolah tidak sama untuk semua tetapi tergantung dari kemampuan membiayai. Dalam situasi kesulitan biaya biasanya anak laki-laki lebih diutamakan karena laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga. Dalam hal ini bukan indikator kemiskinan saja yang berpengaruh tetapi juga jender berpengaruh pula terhadap pendidikan. Tingkat pendidikan ini mempengaruhi tingkat kesehatan. Orang yang berpendidikan biasanya mempunyai pengertian yang lebih besar terhadap masalah-masalah kesehatan dan pencegahannya. Minimal dengan mempunyai pendidikan yang memadai seseorang dapat mencari liang, merawat diri sendiri, dan ikut serta dalam mengambil keputusan dalam keluarga dan masyarakat.

d) Kawin muda

Di negara berkembang termasuk Indonesia kawin muda pada wanita masih banyak terjadi (biasanya di bawah usia 18 tahun). Hal ini banyak kebudayaan yang menganggap kalau belum menikah di usia tertentu dianggap tidak laku. Ada juga karena faktor kemiskinan, orang tua cepat-cepat mengawinkan anaknya agar lepas tanggung jawabnya dan diserahkan anak wanita tersebut kepada suaminya.

Ini berarti wanita muda hamil mempunyai resiko tinggi pada saat persalinan. Di samping itu resiko tingkat kematian dua kali lebih besar dari wanita yang menikah di usia 20 tahunan. Dampak lain, mereka putus sekolah, pada akhirnya akan bergantung kepada suami baik dalam ekonomi dan pengambilan keputusan.

e) Kekurangan gizi dan Kesehatan yang buruk

Menurut WHO di negara berkembang termasuk Indonesia diperkirakan 450 juta wanita tumbuh tidak sempurna karena kurang gizi pada masa kanak-kanak, akibat kemiskinan.

Jika pun berkecukupan, budaya menentukan bahwa suami dan anak laki-laki mendapat porsi yang banyak dan terbaik dan terakhir sang ibu memakan sisa yang ada. Wanita sejak ia mengalami menstruasi akan membutuhkan gizi yang lebih banyak dari pria untuk mengganti darah yang keluar. Zat yang sangat dibutuhkan adalah zat besi yaitu 3 kali lebih besar dari kebutuhan pria. Di samping itu wanita

juga membutuhkan zat yodium lebih banyak dari pria, kekurangan zat ini akan menyebabkan gondok yang membahayakan perkembangan janin baik fisik maupun mental. Wanita juga sangat rawan terhadap beberapa penyakit, termasuk penyakit menular seksual, karena pekerjaan mereka atau tubuh mereka yang berbeda dengan pria.

Salah-satu situasi yang rawan adalah, pekerjaan wanita yang selalu berhubungan dengan air, misalnya mencuci, memasak, dan sebagainya. Seperti diketahui air adalah media yang cukup berbahaya dalam penularan bakteri penyakit.

f) Beban Kerja yang berat

Wanita bekerja jauh lebih lama dari pada pria, berbagai penelitian yang telah dilakukan di seluruh dunia rata-rata wanita bekerja 3 jam lebih lama. Akibatnya wanita mempunyai sedikit waktu istirahat, lebih lanjut terjadinya kelelahan kronis, stress, dan sebagainya. Kesehatan wanita tidak hanya dipengaruhi oleh waktu kerja, tetapi juga jenis pekerjaan yang berat, kotor dan monoton bahkan membahayakan.

Di India banyak kasus keguguran atau kelahiran sebelum waktunya pada musim panen karena wanita terus-terusan bekerja keras. Di bidang pertanian baik pria maupun wanita dapat terserang efek dari zat kimia (pestisida), tetapi akan lebih berbahaya jika wanita dalam keadaan hamil, karena akan berpengaruh terhadap janin dalam kandungannya.

Resiko-resiko yang harus dialami bila wanita bekerja di industri-industri misalnya panas yang berlebih-lebihan, berisik, dan cahaya yang menyilaukan, bahan kimia, atau radiasi. Peran jender yang menganggap status wanita yang rendah berakumulasi dengan indikator-indikator lain seperti kemiskinan, pendidikan, kawin muda dan beban kerja yang berat mengakibatkan wanita juga kekurangan waktu, informasi, untuk memperhatikan kesehatan reproduksinya.

4. Kebijakan Pemerintah tentang Kesehatan Reproduksi.

Kebijakan Pemerintah berkaitan dengan Reproduksi Wanita Indonesia dalam usaha mengendalikan jumlah penduduknya, pemerintah membuat keluarga berencana (KB) sebagai salah satu solusinya. Untuk itu Indonesia pada tahun 1989 mendapat penghargaan dari PBB berupa United Nation Population Award atas prestasinya dalam mengendalikan jumlah penduduknya melalui KB. Ironisnya keberhasilan ini tidak diimbangi dengan kesehatan ibu dan anak ([www. Mediaindo.co.id.](http://www.Mediaindo.co.id), diakses 21 Februari 2009).

Hal ini masih ditandai dengan tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Tingginya kematian bayi menggambarkan rendahnya posisi ibu wanita dalam keluarga, kurangnya perhatian keluarga dan lingkungannya, serta kurangnya pengetahuan wanita untuk mendukung upaya peningkatan kesejahteraan bagi dirinya dan keluarganya.

Untuk mengantisipasi ini pemerintah telah mencanangkan gerakan nasional yang disebut Gerakan Sayang Ibu (GSI). Gerakan ini harus dapat mencegah tiga terlambat yaitu : (1). terlambat mengenali bahaya dan mengambil keputusan mencari rujukan ; (2). terlambat mencapai fasilitas rujukan (transportasi) ; dan (3). terlambat memperoleh pertolongan yang adikuat ditempat rujukan.

GSI diharapkan melakukan kordinasi yang kokoh dengan pemerintah, masyarakat, serta dengan dukungan kepedulian dan partisipasi kaum pria (suami). Selanjutnya melalui GSI masyarakat dan pemerintah melakukan upaya bersama yang terdiri : upaya peningkatan status dan peran wanita, upaya pemberdayaan bumil, keluarga dan masyarakat, upaya pelayanan KB bagi wanita subur yang membutuhkan, upaya pelayanan ante natal care yang universal, upaya pendataan dan pengembangan rujukan berbasis masyarakat, upaya pelayanan gawat darurat obstetrik bagi setiap bumil.

Adapun sasaran dalam hal kesehatan reproduksi dalam yang ditargetkan oleh pemerintah adalah : penurunan AKI dari 421/100.000 menjadi 225/100.000 kelahiran hidup ; peningkatan cakupan pemeriksaan ante natal care dari 81 % menjadi 90%, peningkatan cakupan pelayanan nifas termasuk penyuluhan ASI eksklusif, serta pemberian tablet besi dan vitamin A, peningkatan kesertaan KB dan kualitas pelayanan KB menuju angka idealisme dan fertilitas, jarak antar persalinan, dan usia ibu pada kehamilan pertama,

peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dari 50% menjadi 55,5%, peningkatan rujukan kasus resiko tinggi kehamilan dari 20% menjadi 50% (www. Mediaindo.co.id., diakses 21 Februari 2009).

F. Tinjauan Pendidikan Kesehatan Reproduksi

1. Pengenalan tentang Menstruasi atau Haid

Bila menstruasi baru mulai periodenya mungkin tidak teratur dan dapat terjadi sebulan dua kali menstruasi kemudian beberapa bulan tidak menstruasi lagi. Hal ini memakan waktu kira-kira 3 tahun sampai menstruasi mempunyai pola yang teratur dan akan berjalan terus secara teratur sampai usia 50 tahun.

Bila **seorang** wanita berhenti menstruasi disebut *menopause*. Siklus menstruasi meliputi : (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

- a. Indung telur mengeluarkan telur (ovulasi) kurang lebih 14 hari sebelum menstruasi yang akan datang.
- b. Telur berada dalam saluran telur, selaput lendir rahim menebal.
- c. Telur berada dalam rahim, selaput lendir rahim menebal dan siap menerima hasil pembuahan.
- d. Bila tidak ada pembuahan, selaput rahim akan lepas dari dinding rahim dan terjadi perdarahan. Telur akan keluar dari rahim bersama darah.

Panjang siklus menstruasi berbeda-beda setiap perempuan. Ada yang 26 hari, 28 hari, 30 hari, atau bahkan ada yang 40 hari. Lama menstruasi pada umumnya 5 hari, namun kadang-kadang ada yang lebih cepat 2 hari atau bahkan sampai 5 hari. Jumlah seluruh darah yang dikeluarkan biasanya antara 30 – 80 ml. Selama masa haid, yang perlu diperhatikan adalah kebersihan daerah kewanitaan dengan mengganti pembalut sesering mungkin.

2. Pengenalan tentang Mimpi Basah

Ketika seseorang laki-laki memasuki masa pubertas, terjadi pematangan sperma didalam testis. Sperma yang telah diproduksi ini akan dikeluarkan melalui *Vas Deferens* kemudian berada dalam cairan mani yang diproduksi oleh kelenjar prostat. Air mani yang telah mengandung sperma ini akan keluar yang disebut ejakulasi.

Ejakulasi yang tanpa rangsangan yang nyata disebut mimpi basah. Masturbasi adalah memberikan rangsangan pada penis dengan gerakan tangan sendiri sehingga timbul ereksi yang disusul dengan ejakulasi, atau disebut juga onani.

3. Pengenalan Kehamilan

Kehamilan merupakan akibat utama dari hubungan seksual. Kehamilan dapat terjadi bila dalam berhubungan seksual terjadi

pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel sperma. Proses kehamilan dapat diilustrasikan sebagai berikut :

- a. Sel telur yang keluar dari indung telur pada saat ovulasi akan masuk kedalam sel telur.
- b. Sperma yang tumpah didalam saluran vagina waktu senggama akan bergerak masuk kedalam rahim dan selanjutnya ke saluran telur.
- c. Di saluran telur ini, sperma akan bertemu dengan sel telur dan langsung membuahi.

Tanda-tanda kehamilan meliputi sebagai berikut:

(Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

- a. Sering mual-mual, muntah dan pusing pada saat bangun tidur (*morning sickness*) atau sepanjang hari.
- b. Mengantuk, lemas, letih dan lesu.
- c. *Amenorhea* (tidak mengalami haid).
- d. Nafsu makan menurun, namun pada saat tertentu menghendaki makanan tertentu (nyidam).
- e. Dibuktikan melalui tes laboratorium yaitu HCG Test dan USG.
- f. Perubahan fisik seperti payudara membesar dan sering mengeras, daerah sekitar *Aerola Mammae* (sekitar puting) membesar.

Bahwasanya secara normatif wanita mempunyai hak dan kewajiban serta kesempatan yang sama dengan pria dalam segala bidang kehidupan dan bidang pembangunan seperti yang tercantum

dalam kebijakan negara, tetapi secara factual persamaan tersebut saat ini belum terwujud, diantaranya di bidang kesehatan. Masih banyak wanita yang mengalami diskriminasi dalam bidang kesehatan, umpamanya: pembedaan pemberian makanan bergizi pada anak laki-laki dan wanita, akses informasi, dan akses pelayanan kesehatan dan sebagainya.

Untuk menghilangkan hambatan-hambatan ini salah satu usaha pemerintah berusaha untuk meningkatkan pelayanan terhadap wanita usia produktif dengan menyediakan puskesmas dan rumah sakit dengan berbagai fasilitasnya. Tetapi di Indonesia, usaha dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi ini masih belum mencapai tujuan yang diinginkan. Hal ini masih terbukti masih tingginya angka kematian ibu bersalin yaitu 375/100.000 kelahiran hidup, tertinggi di Asia Tenggara. (www. The Daily Mirror.com, diakses 2 Maret 2009)

Tingginya angka kematian ibu, disinyalir penyebab utamanya adalah perdarahan, infeksi, dan toksernia dan penyebab tak langsung adalah kemiskinan, tradisi sosial budaya, status gizi yang tidak memadai dan kurangnya akses pemanfaatan dan fasilitas kesehatan serta rendahnya status wanita. Masalah kesehatan reproduksi wanita ini tidak terlepas dari faktor sosial, budaya dan ekonomi secara keseluruhan. Oleh sebab itu diperlukan usaha-usaha yang lebih sederhana, lebih mudah terjangkau, lebih sesuai dengan kondisi

sosial ekonomi dan budaya setempat, dan juga mengikut sertakan masyarakat secara umum dan terpadu. Hal yang lebih penting dalam memasyarakatkan kesehatan reproduksi ini adalah kesadaran dan motivasi masyarakat sendiri (terutama pihak wanita) yang menjaga kesehatan reproduksinya.

Artinya hal ini membawa pemikiran baru untuk mengefektifkan serta mengintensitkan pelaksanaan berdasarkan kesadaran masyarakat dan kebutuhannya sendiri. Terobosan dan strategi bagaimana memasyarakatkan program kesehatan reproduksi khususnya reproduksi wanita tanpa arahan atau paksaan.

G. Tinjauan Seks Pranikah

Seks adalah perbedaan badani atau biologis perempuan dan laki-laki yang disebut sebagai jenis kelamin. Seksualitas merupakan suatu proses menjalankan fungsi sebagai makhluk sosial.

Hubungan seksual merupakan masuknya penis ke dalam vagina. Bila terjadi ejakulasi dengan posisi alat kelamin berada dalam vagina memudahkan pertemuan sperma dan sel telur yang menyebabkan terjadinya pembuahan dan kehamilan.

Banyak faktor yang menyebabkan terjadinya aktifitas seks pranikah diantaranya :

1. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar yang memberikan sensasi bagi seseorang. Misalnya dengan informasi dan gambar yang bisa merangsang birahi atau dorongan seks. Dengan semakin banyak dan bebasnya media menyiarkan hal-hal yang bersifat merangsang birahi tersebut akan memudahkan orang melakukan hal-hal di luar kendali seksnya. Karena itu sangat diharapkan tetap tumbuh nilai-nilai sosial dan agama dalam keluarga dan masyarakat. Peran orang tua sangat menjadi penting karena dia merupakan orang yang terdekat dengan anaknya.

2. Faktor internal

Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari diri seseorang karena secara alamiah yang disebut sebagai masa pubertas akan merangsang munculnya hormon-hormon seksual. Apabila dorongan seksual tidak mendapatkan penanganan dengan baik akan menciptakan kondisi yang sangat labil bagi remaja. Apalagi remaja juga memiliki kecenderungan untuk selalu ingin mencoba sesuatu yang belum dirasakannya.

Akibat-akibat yang ditimbulkan oleh hubungan di luar nikah sebagai berikut: Rasa bersalah, Takut mendapatkan cemooh dalam pergaulan, Sanksi sosial, Khawatir jika pasangan tidak mau

menikahnya, Kehilangan keperawanan, Kemungkinan mendapatkan kehamilan yang tidak diharapkan (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

H. Tinjauan Perkembangan Remaja

Masa remaja dibedakan dalam tiga masa yaitu (1). masa remaja awal, 10 – 13 tahun; (2). masa remaja tengah, 14 – 16 tahun; masa remaja akhir, 17 – 19 tahun. Pada setiap masa akan terjadi proses perubahan secara fisik dan psikologis pada remaja. (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

Pertumbuhan fisik pada remaja perempuan akan ditandai dengan adanya proses menstruasi, payudara dan pantat membesar, , Indung telur membesar, kulit dan rambut berminyak dan tumbuh jerawat, vagina mengeluarkan cairan, mulai tumbuh bulu di ketiak dan sekitar vagina, tubuh bertambah tinggi. Perubahan fisik yang terjadi pada remaja laki-laki meliputi : terjadi perubahan suara mejadi besar dan mantap, tumbuh bulu disekitar ketiak dan alat kelamin, tumbuh kumis, mengalami mimpi basah, tumbuh jakun, pundak dan dada bertambah besar dan bidang, penis dan buah zakar membesar.

Perubahan psikhis juga terjadi baik pada remaja perempuan maupun remaja laki-laki, mengalami perubahan emosi, pikiran, perasaan, lingkungan pergaulan dan tanggung jawab, yaitu : (1). Remaja lebih senang berkumpul diluar rumah dengan kelompoknya; (2). Remaja lebih

sering membantah atau melanggar aturan orang tua; (3). Remaja ingin menonjolkan diri atau bahkan menutup diri ; (4). Remaja kurang mempertimbangkan maupun menjadi sangat tergantung pada kelompoknya. Hal tersebut diatas menyebabkan remaja menjadi lebih mudah terpengaruh oleh hal-hal yang negatif dari lingkungan barunya. (Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, 2008).

Sheppard menemukan bahwa peran tekanan teman sebaya dalam eksperimentasi remaja terhadap rokok, miras, narkoba tidaklah significant peran persetujuan teman sebaya. Tetapi tidak bisa diabaikan bahwa dalam suatu kelompok selalu ada yang ikut bergabung karena sebuah tekanan atau hanya ingin mencari identitas diri dalam kelompok tersebut. Pada konteks ini, maka sepantasnyalah remaja diarahkan pada suatu proses membentuk kelompok sebaya pada hal-hal yang lebih membentuk kesadaran identitasnya.

E. Kerangka Konsep

1. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti

Jumlah fasilitas kesehatan reproduksi yang menyeluruh untuk remaja sangat terbatas. Kalaupun ada, pemanfaatannya relatif terbatas pada remaja dengan masalah kehamilan atau persalinan tidak direncanakan. Keprihatinan akan jaminan kerahasiaan (privacy) atau kemampuan membayar, dan kenyataan atau persepsi remaja terhadap sikap tidak senang yang ditunjukkan oleh pihak petugas kesehatan,

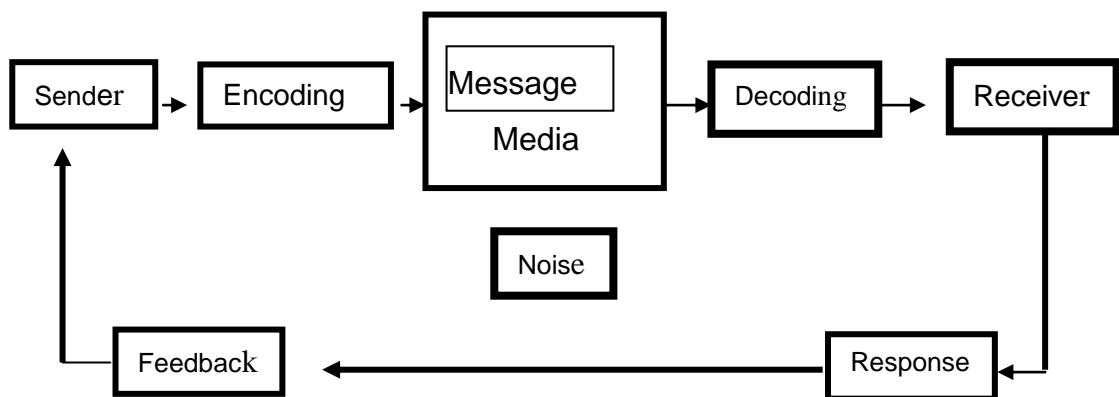
semakin membatasi akses pelayanan lebih jauh, meski pelayanan itu ada. Di samping itu, terdapat pula hambatan legal yang berkaitan dengan pemberian pelayanan dan informasi kepada kelompok remaja.

Karena kondisinya, remaja merupakan kelompok sasaran pelayanan yang mengutamakan *privacy* dan *confidentiality*. Hal ini menjadi penyulit, mengingat sistem pelayanan kesehatan dasar di Indonesia masih belum menempatkan kedua hal ini sebagai prioritas dalam upaya perbaikan kualitas pelayanan yang berorientasi pada klien. Pilihan dan keputusan yang diambil seorang remaja sangat tergantung kepada kualitas dan kuantitas informasi yang mereka miliki, serta ketersediaan pelayanan dan kebijakan yang spesifik untuk mereka, baik formal maupun informal.

Sebagai langkah awal pencegahan, peningkatan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi harus ditunjang dengan materi komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang tegas tentang penyebab dan konsekuensi perilaku seksual, apa yang harus dilakukan dan dilengkapi dengan informasi mengenai saranan pelayanan yang bersedia menolong seandainya telah terjadi kehamilan yang tidak diinginkan atau tertular ISR/PMS. Hingga saat ini, informasi tentang kesehatan reproduksi disebarluaskan dengan pesan-pesan yang samar dan tidak fokus, terutama bila mengarah pada perilaku seksual (Kriyantono, Rachmat, 2006).

Karena itu, kemudian dibutuhkan suatu upaya untuk melakukan riset tentang implementasi pendidikan kesehatan reproduksi remaja pada tingkat sekolah. Sejauh-mana berimplikasi pada perubahan pengetahuan, pembentukan persepsi, sikap, dan keterampilan. Karena dengan implementasi pendidikan yang tidak jelas justru akan menjadi program yang sia-sia dan bahkan akan memberikan citra buruk pada remaja tentang makna pendidikan itu sendiri. Tentu saja harapan dari proses pendidikan itu adalah bagaimana remaja dapat mengelola informasi yang diterimanya sehingga akan berdampak pada perilakunya.

Proses komunikasi baik secara primer maupun secara sekunder dapat dilihat dalam bagan dibawah ini : (Cangara, Hafied, 2002)



Unsur-unsur dalam proses komunikasi adalah *Sender* : Komunikator yang menyampaikan pesan kepada seseorang atau sejumlah orang ; *Encoding* : Penyandian, yakni proses pengalihan pikiran kedalam bentuk lambang (bahasa); *Message* : Pesan yang merupakan seperangkat lambang bermaknayang disampaikan oleh komunikator; *Media* : Saluran komunikasi tempat berlalunya pesan dari komunikator

kepada komunikan; *Decoding* : Pengawasan yaitu proses dimana komunikan menetapkan makna pada lambang.

- a) *Receiver* : Komunikan yang menerima pesan dari komunikator;
- b) *Response* : Tanggapan, seperangkat reaksi komunikan
- c) *Feedback* : Tanggapan komunikan yang disampaikan kepada komunikator
- d) *Noise* : Gangguan tak terencana yang terjadi dalam proses komunikasi sebagai akibat diterimanya pesan lain oleh komunikan yang berbeda dengan pesan yang disampaikan

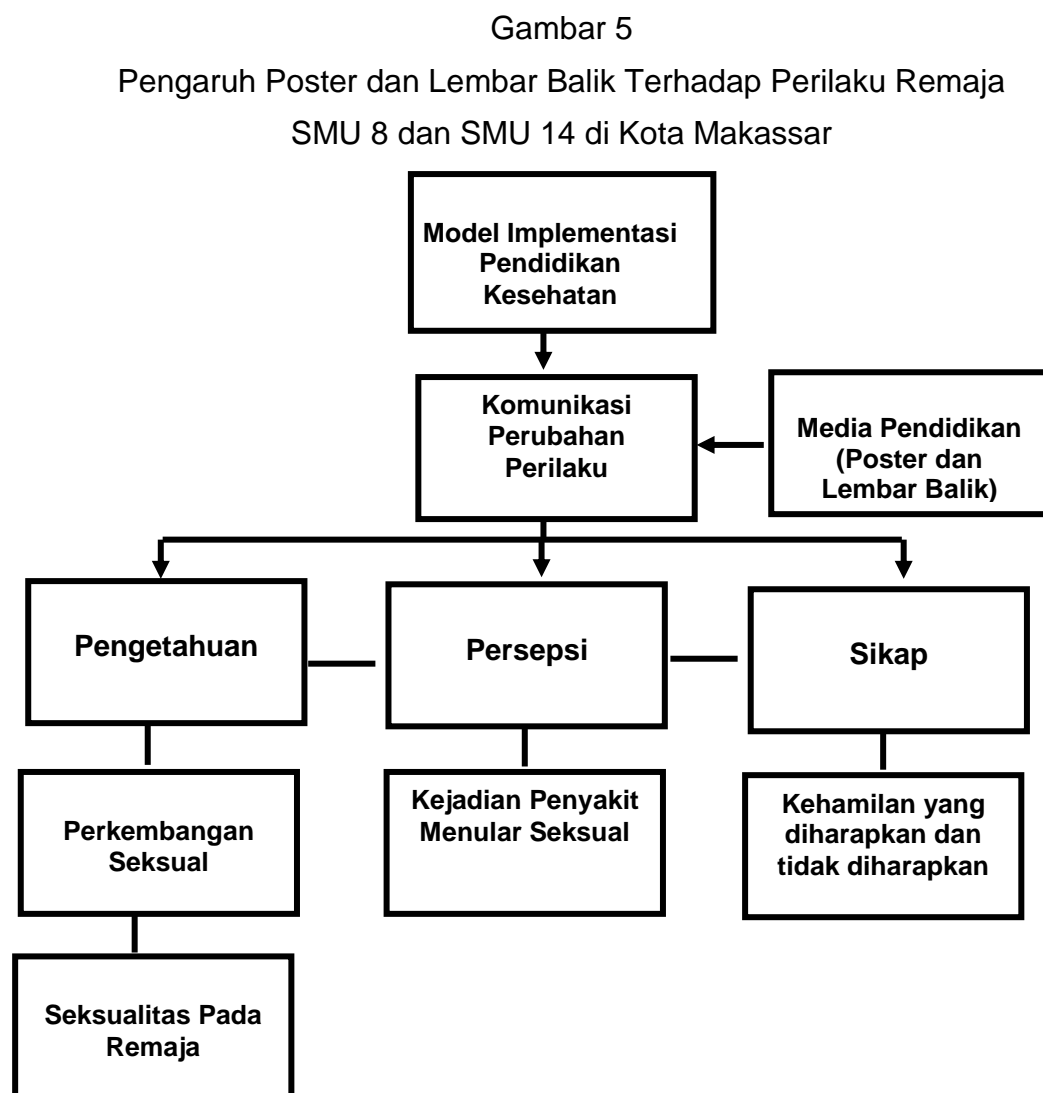
Paradigma Lasswell menunjukkan bahwa komunikasi meliputi lima unsur sebagai awaban yang diajukan itu, yakni :Komunikator (*communicator, source, sender*), Pesan (*message*), Media (*channel, media*), Komunikan (*communican, receiver, resipient*), Efek (*effect, impact, influence*). Dalam penelitian ini menggunakan intervensi media dalam melakukan pelatihan kelompok sebaya remaja dalam rangka pendidikan kesehatan reproduksi. Media yang digunakan adalah lembar balik dan buku ajar sebagai alat bantu pendidikan. (Cangara, Hafied, 2002)

Penelitian diarahkan untuk mengetahui sejauhmana pengaruh media lembar balik dan buku ajar sebagai alat bantu meningkatkan pengetahuan, persepsi, sikap dan keterampilan remaja dalam *pendidikan* kesehatan reproduksi. Lembar balik merupakan media yang digunakan oleh komunikator dalam mentrasformasi pesan secara langsung dan

menekankan lahirnya interaksi yang bersifat aktif. Sedangkan buku ajar lebih memberikan penguatan secara mendalam dari pesan-pesan yang telah disampaikan dengan penggunaan media lembar balik. Dengan demikian diharapkan semakin diperkecil kemungkinan kelemahan dalam transformasi pesan.

2. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut :



4. Defenisi Konsep

- a. Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi adalah sejauhmana remaja mengetahui tentang Kesehatan reproduksi, Pengakuan hak asasi manusia bagi setiap pasangan atau individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, penjarakan anak, dan menentukan kelahiran anak mereka, Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya, Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan, Masa pubertas, Lama menstruasi, Tanda kehamilan Perubahan fisik yang terjadi pada remaja.

Kriteria Obyektif :

Dalam menentukan kriteria digunakan Skala Guttman untuk mengetahui seberapa baik pengetahuan responden sebagai berikut:

Baik : Apabila responden menjawab Ya $>$ 50% pada instrumen yang telah disediakan

Kurang : Apabila responden menjawab Ya \leq 50% pada instrumen yang telah disediakan

- b. Persepsi remaja tentang kesehatan reproduksi adalah sejauhmana remaja merespon kejadian penyakit menular seksual

Kriteria Obyektif :

Dalam menentukan kriteria digunakan Skala Likert untuk mengetahui seberapa baik persepsi responden sebagai berikut:

Sangat Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor
84 – 100

Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor
68 – 83

Kurang Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor
52 – 67

Tidak Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor 36
– 51

Sangat Tidak Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor
skor < 36

- c. Sikap remaja tentang kesehatan reproduksi adalah sejauh-mana remaja bersikap terhadap kehamilan yang diharapkan dan yang tidak diharapkan.

Kriteria Obyektif:

Dalam menentukan kriteria digunakan Skala Likert untuk mengetahui seberapa positif sikap responden sebagai berikut :

Sangat Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor 84
– 100

Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor
68 – 83

Kurang Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor skor
52 – 67

Tidak Baik : apabila jawaban responden memiliki skor skor 36
– 51

Sangat Tidak Baik : Apabila jawaban responden memiliki skor
skor < 36

Keterangan cara penentuan skor:

Jumlah pertanyaan = 20; Jumlah kategori = 5

Skor tertinggi adalah $5 \times 20 = 100$

Skor terendah adalah $1 \times 20 = 20$

$$100 - 20 = 80/5 = 16$$

$$100 - 16 = 84;$$

$$84 - 16 = 68;$$

$$68 - 16 = 52;$$

$$52 - 16 = 36;$$

$$36 - 16 = 20$$

Jadi, Kategori Sangat Baik memiliki skor 84 – 100; Kategori Baik memiliki skor 68 – 83; Kategori Kurang Baik memiliki skor 52 – 67; Kategori Tidak Baik memiliki skor 36 – 51; dan Kategori Sangat Tidak Baik memiliki skor < 36.

5. Hipotesis

- a. Ada perbedaan poster dan lembar balik dalam pembentukan pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja di SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar
- b. Ada perbedaan poster dan lembar balik dalam pembentukan persepsi kesehatan reproduksi pada remaja di SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar
- c. Ada perbedaan poster dan lembar balik dalam pembentukan sikap kesehatan reproduksi pada remaja di SMU 8 dan SMU 14 Kota Makassar