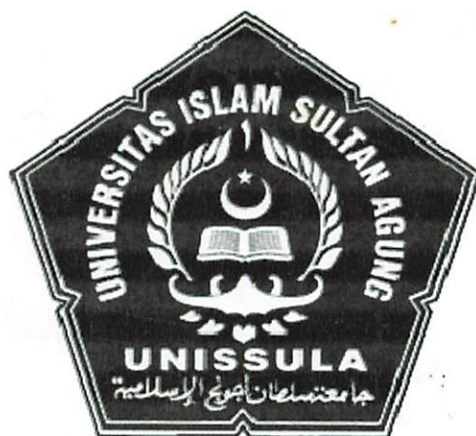


**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI
TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN MURID
SMA NEGERI 1 SALATIGA**

Karya Tulis Ilmiah

untuk memenuhi persyaratan
mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Disusun oleh :

RANI SARI QURNIAWATI

01.206.5258

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG SEMARANG
SEMARANG**

2010

PERP. UNISSULA

**KARYA TULIS ILMIAH
PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI TERHADAP
PENINGKATAN PENGETAHUAN MURID
SMA NEGERI 1 SALATIGA**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Rani Sari Qurniawati

01.206.5258

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 9 Maret 2010
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I



dr. Ophi Indria Desanti, MPH.

Anggota Tim Penguji



Drs. H. Purwito Soegeng P., M.Kes.

Pembimbing II



Ir. Titiek Sumarawati, M.Kes.



dr. Hj. Ken Wirastuti, Sp. S., M.Kes.

Semarang, Maret 2010

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan



Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes., Sp. And.



PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan sekalian alam yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Pengaruh Kesehatan Reproduksi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Murid SMA Negeri 1 Salatiga”, yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan kepada Nabi Muhammad SAW sebagai suri teladan utama bagi umat manusia di penjuru dunia.

Dalam penulisan Karya Ilmiah ini, penulis banyak mendapat bantuan, dorongan, saran, dan bimbingan yang sangat berharga dari berbagai pihak terutama pembimbing. Untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes., Sp. And., dekan fakultas kedokteran UNISSULA yang telah membantu dalam pembuatan ijin penelitian.
2. dr. Ophi Indria Desanti, MPH., selaku pembimbing pertama.
3. Ir. Titiek Sumarawati, M.Kes., selaku pembimbing kedua.
4. Drs. H. Purwito Soegeng P., M.Kes., selaku penguji.
5. dr. Hj. Ken Wirastuti, Sp. S., M.Kes., selaku penguji.

6. Kepala sekolah, dewan guru, dan adik-adik kelas XI-IPA di SMA Negeri 1 Salatiga, yang telah membantu kelancaran dalam perijinan dan pengambilan data kuesioner.
7. Bapak dan Ibu tercinta, Kakak dan Adik tersayang, Keluarga besar tersayang , atas segala bantuan moral, material, dan spiritual sehingga penulis dapat mewujudkan karya tulis ini.
8. Sahabat-sahabat, teman-teman angkatan 2006 yang selalu mendukung penulisan ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena keterbatasan penulis dalam hal pengetahuan dan kemampuan. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis akan menerima saran dan kritik terutama yang bersifat membangun.

Akhir kata penulis sangat berharap semoga karya tulis ini dapat memberikan wawasan dan manfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi mahasiswa kedokteran pada khususnya. Amin.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Prakata.....	iii
Daftar Isi.....	v
Daftar Tabel.....	viii
Daftar Lampiran.....	ix
Inti Sari.....	x
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan.....	4
1.4. Manfaat.....	5
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Pengetahuan.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Tingkatan Pengetahuan.....	6
2.1.3. Cara Memperoleh Pengetahuan.....	8
2.1.4. Proses Perubahan Perilaku.....	10
2.2. Penyuluhan Kesehatan Reproduksi.....	11
2.2.1. Definisi.....	11

2.2.2. Tujuan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi.....	12
2.2.3. Ruang Lingkup Masalah Kesehatan Reproduksi.....	12
2.2.4. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi.....	13
2.2.5. Materi Penyuluhan Kesehatan Reproduksi.....	15
2.3. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Terhadap Tingkat Pengetahuan Murid SMA Negeri 1 Salatiga.....	29
2.4. Kerangka Teori.....	34
2.5. Kerangka Konsep.....	35
2.6. Hipotesis.....	35
BAB III : METODE PENELITIAN.....	36
3.1. Jenis Penelitian.....	36
3.2. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	36
3.2.1. Variabel Penelitian.....	36
3.2.2. Definisi Operasional.....	36
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	38
3.4. Instrumen Penelitian.....	39
3.5. Cara penelitian.....	39
3.6. Tempat dan Waktu.....	40
3.7. Analisa Hasil.....	41
BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	42
4.1. Gambaran Umum Objek Penelitian.....	42
4.2. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Terhadap	

Peningkatan Pengetahuan.....	43
4.3. Pembahasan.....	45
BAB V : SIMPULAN DAN SARAN	
4.1. Simpulan.....	49
4.2. Saran.....	49
Daftar Pustaka.....	51
Lampiran-Lampiran.....	54



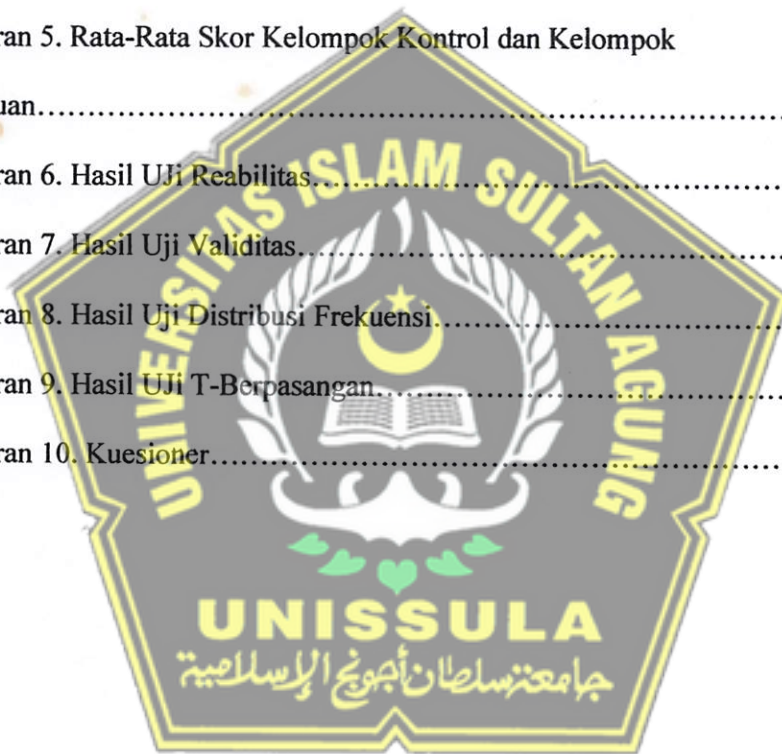
DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1. Karakteristik Responden.....	42
Tabel 2. Rata-Rata Skor Total Pengetahuan Responden.....	44



DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1. Karakteristik Responden.....	54
Lampiran 2. Rekap Data Penelitian KTI.....	58
Lampiran 3. Rekap Data Pengetahuan Responden.....	66
Lampiran 4. Frekuensi Responden.....	68
Lampiran 5. Rata-Rata Skor Kelompok Kontrol dan Kelompok Perlakuan.....	70
Lampiran 6. Hasil Uji Reabilitas.....	71
Lampiran 7. Hasil Uji Validitas.....	72
Lampiran 8. Hasil Uji Distribusi Frekuensi.....	73
Lampiran 9. Hasil Uji T-Berpasangan.....	74
Lampiran 10. Kuesioner.....	75



INTISARI

Dari penelitian yang dilakukan oleh Youth Center Pilar PKBI Jawa Tengah 2004 didapatkan data perilaku remaja yaitu berciuman bibir 60,9%, mencium leher 36,1%, saling meraba (payudara dan alat kelamin) 25%, dan yang telah melakukan hubungan seksual sebanyak 7,6%. Maka perlu dilakukan penyuluhan kesehatan reproduksi untuk remaja sehingga remaja tidak mencari informasi dari sumber yang salah sehingga menjerumuskan remaja kepada kehamilan dan terjangkitnya penyakit menular seksual. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengetahuan kesehatan reproduksi murid SMA Negeri 1 Salatiga sebelum dan setelah penyuluhan serta mengetahui perbedaan peningkatan pengetahuan antara kelompok yang diberi penyuluhan dan kelompok kontrol.

Jenis penelitian ini adalah eksperimental laboratorium dengan rancangan penelitian *Pretest-Posttest with Control Group Design*. Data yang dikumpulkan berupa data kuesioner dari murid SMA Negeri 1 Salatiga. Besar sampel yang ada adalah 160 orang. Untuk analisa data menggunakan uji T tidak berpasangan.

Hasil penelitian ini adalah rata-rata nilai total responden untuk kelompok kontrol sebelum penyuluhan adalah 52,9 dan setelah penyuluhan rata-rata skor total adalah 52,9. Sedangkan pada kelompok perlakuan rata-rata nilai total responden meningkat dari 54,4 menjadi 84,7. Hasil uji T-Tidak Berpasangan adalah 0,000 ($p < 0,005$).

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan siswa yang diberi penyuluhan.

Kata kunci : Pengetahuan, Penyuluhan, Kesehatan reproduksi



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Perilaku remaja dalam berpacaran semakin lama semakin mengkhawatirkan. Dari penelitian yang dilakukan oleh Youth Center Pilar PKBI Jawa Tengah 2004 didapatkan data perilaku remaja dalam berpacaran yaitu saling mengobrol 100%, berpegangan tangan 93,3%, mencium kening 84,6%, berciuman bibir 60,9%, mencium leher 36,1%, saling meraba (payudara dan alat kelamin) 25%, dan melakukan hubungan seks 7,6% (Husni, 2005).

Menurut data statistik, jumlah usia remaja penduduk di Jawa Tengah pada tahun 2004 mencapai 10.019.505 (30,93%) (BPS Jawa Tengah, 2004). Banyaknya usia remaja di Jawa Tengah tentu saja akan menambah permasalahan utamanya di area kesehatan reproduksi. Permasalahan utama adalah rendahnya pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Pada tahun 2004 Youth Center Pilar PKBI Jawa Tengah di Semarang melakukan survey yang menanyakan pernyataan-pernyataan tentang proses terjadinya bayi, keluarga berencana, cara-cara pencegahan HIV/AIDS, cara merawat organ reproduksi, pengetahuan fungsi organ reproduksi, dan diperoleh informasi bahwa remaja yang berpengetahuan rendah 43,22%, pengetahuan cukup 37,28% dan hanya 19,50% yang berpengetahuan memadai. Karena di sekolah mereka tidak mendapatkan pengetahuan tentang kesehatan

reproduksi, mereka belajar dengan cara yang salah misalnya dari VCD porno, internet, dan media masa dalam bentuk koran maupun tabloid (Husni, 2005). Para guru dan orang tua kebanyakan memandang tabu untuk membahas mengenai seks kepada anaknya. Padahal remaja akan berkembang menjadi dewasa, termasuk kepribadiannya yang selanjutnya akan menyadari bahwa banyak hal tentang pergaulan dan percintaan yang sehat yang tidak mereka ketahui (Nugraha, 2000).

Tanpa adanya pengetahuan yang cukup tentang PMS (Penyakit Menular Seksual), yang dapat menyebabkan berkembangnya isu-isu yang tidak benar mengenai penyakit kelamin, misalnya penyakit kelamin bisa menular lewat wc atau handuk atau bahkan hanya dengan berjabat tangan. Yang paling populer adalah bahwa penyakit kelamin bisa terjangkit karena masturbasi. Isu-isu yang tidak benar seperti ini membuat remaja mencemaskan hal-hal yang tidak perlu, sementara hal-hal yang benar berbahaya (hubungan kelamin) tetap dilakukan (Sarwono, 2001). Isu-isu yang tidak benar di atas malah meningkatkan angka kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk meluruskan pemikiran para remaja saat ini adalah memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi yang benar dan tepat, dan hal ini tercakup dalam pendidikan kesehatan reproduksi. Pendidikan seksualitas bukan sekedar memberi informasi yang lengkap mengenai seksualitas, misalnya dari sudut pandang biologis yaitu tentang organ reproduksi tetapi juga mengajarkan keterampilan untuk memilih dan mengkomunikasikan pilihannya, serta mengajarkan laki-laki untuk lebih menghormati perempuan

dengan demikian pendidikan kesehatan reproduksi justru melindungi remaja dari hubungan seks yang tidak terlindungi. Mengingat rasa keingin tahanan remaja yang besar maka memaparkan fakta dan strategi pengambilan keputusan merupakan hal yang penting dalam pendidikan kesehatan reproduksi (Utamadi, 2009).

Dari latar belakang tersebut perlu dilakukan penelitian pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga. Populasi yang diambil adalah siswa-siswi XI dengan pertimbangan beberapa faktor : Pertama, karena siswa-siswi kelas XI berumur rata-rata 16-18 tahun dimana merupakan masa transisi dimana terjadi perubahan fisik, emosional maupun seksual (Wibowo, 2000). Kedua, pemilihan sekolah ini karena SMA Negeri 1 Salatiga merupakan SMA Favorit yang para muridnya berasal bukan hanya dari Salatiga saja, tetapi juga banyak yang berasal dari luar daerah. Maka SMA Negeri 1 Salatiga merupakan gambaran dari berbagai macam karakteristik remaja di Salatiga.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Bagaimana pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa SMA Negeri 1 Salatiga?

1.3. TUJUAN

1.3.1. Umum

Mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga.

1.3.2. Khusus

1.3.2.1. Mengetahui distribusi pengetahuan siswa SMA Negeri 1 Salatiga tentang kesehatan reproduksi sebelum penyuluhan pada kelompok kontrol dan perlakuan.

1.3.2.2. Mengetahui distribusi pengetahuan siswa SMA Negeri 1 Salatiga tentang kesehatan reproduksi setelah penyuluhan pada kelompok kontrol dan perlakuan.

1.3.2.3. Mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga.

1.4. MANFAAT

1.4.1. Manfaat Teoritis

Sebagai perbandingan bagi mahasiswa dan peneliti lain dalam penelitian tentang pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA.

1.4.2. Manfaat Praktis

Menambah pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya penyuluhan kesehatan reproduksi dalam mencegah terjadinya

hubungan seksual sebelum menikah. Karena hubungan seksual sebelum menikah akan memicu terjadinya berbagai masalah seperti kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit seksual menular.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. PENGETAHUAN

Skinner (1938), Seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus), dan tanggapan, dan respon. Oleh Bloom, perilaku dibagi menjadi 3 domain, ranah, atau kawasan yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Selanjutnya oleh ahli pendidikan ketiga domain ini diukur dari pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*), dan tindakan (*practice*) (Notoatmodjo, 2003).

2.1.1. Definisi

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan manusia terjadi melalui pancaindra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

2.1.2. Tingkatan Pengetahuan

Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa pengetahuan mempunyai 6 tingkat domain kognitif yaitu :

– Tahu (*Know*)

Merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Yang termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah *recall* atau mengingat, karena itu tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari.

– Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar objek yang diketahui dan dapat menginterpretasi materi itu secara benar. Orang yang paham akan dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

– Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang akan dipelajari pada kondisi sebenarnya.

– Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang masih dalam suatu struktur organisasi dan saling terkait.

– Sintetis (*Synthesis*)

Sintetis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan bentuk baru.

– Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.1.3. Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu cara tradisional (non-ilmiah) maupun cara modern (ilmiah).

2.1.3.1. Cara Tradisional atau Non-Ilmiah

– Cara Coba-Salah (*Trial and Error*)

Cara *trial and error* merupakan cara memperoleh pengetahuan yang paling tradisional. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, apabila tidak berhasil, dicoba kemungkinan lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan (Notoatmodjo, 2005).

– Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan sehari-hari, banyak sekali kebiasaan atau tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan ini biasanya diturunkan dari generasi ke generasi dan sumbernya diterima sebagai suatu kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada

otoritas, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama maupun ahli pengetahuan (Notoatmodjo, 2005).

– Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang dihadapi, maka untuk memecahkan masalah lain yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut, tetapi bila gagal maka berusaha mencari cara lain yang dapat memecahkan masalah (Notoatmodjo, 2005).

– Melalui Jalan Pikiran

Induksi dan deduksi merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan-pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungan sehingga dapat dibuat satu kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus (Notoatmodjo, 2005).

2.1.3.2. Cara Modern atau Cara Ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan saat ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau metodologi penelitian (*research methodology*) yang memakai metode berpikir induktif. Selanjutnya dikembangkan metode penelitian yang lebih praktis yaitu penggabungan berpikir deduktif-induktif-verifikatif yang dikenal dengan metode penelitian ilmiah (*scientific research methodology*) (Notoatmodjo, 2005).

2.1.4. Proses Perubahan Perilaku

Beberapa cara perubahan perilaku, baik yang terjadi secara alamiah maupun direkayasa, dalam menghadapi kondisi lingkungan yang sesaat maupun berbentuk pola yang agak menetap antara lain adalah sebagai berikut :

2.1.4.1. Perubahan perilaku yang bersifat adaptif

Perilaku yang berkembang dalam upaya makhluk tadi untuk beradaptasi dengan lingkungannya agar bisa bertahan hidup. Manusia pada umumnya sudah mempunyai kemampuan lebih baik untuk merubah kondisi lingkungannya, di samping perubahan perilaku adaptif tadi mungkin juga berbaur dengan perubahan yang diakibatkan oleh proses sosialisasi.

2.1.4.2. Perubahan perilaku karena proses pendewasaan

Perilaku karena pendewasaan ini hakekatnya merupakan gabungan atau terjadi baik secara adaptif maupun naluriah juga. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa makhluk yang bersangkutan akan melakukan adaptasi perilaku hidupnya terhadap lingkungannya di samping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah.

2.1.4.3. Perubahan perilaku karena budaya

Proses yang hanya ada pada makhluk hidup ini akan terjadi baik secara disadari atau tidak, karena keberadaan seseorang dalam lingkungan budaya masyarakat tertentu.

2.1.4.4. Perubahan perilaku karena penyuluhan

Disini perilaku yang sudah sadar dan terencana melalui berbagai macam cara yang biasanya dikategorikan sebagai proses belajar-mengajar diupayakan untuk diubah menjadi bentuk perilaku yang kita inginkan (Budioro, 2002).

2.2. PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

2.2.1. Definisi

Penyuluhan kesehatan adalah suatu proses belajar untuk mengembangkan pengertian yang benar dan sikap yang positif dari pada individu atau kelompok terhadap kesehatan agar yang

bersangkutan menerapkan cara hidup sehat sebagaimana bagian dari cara hidupnya sehari-hari (Budioro, 2002).

Menurut WHO kesehatan reproduksi 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 (Harahap, 2003).

2.2.2. Tujuan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Tujuan yang ingin dicapai dengan adanya penyuluhan kesehatan reproduksi adalah:

- Agar baik orang perorang, keluarga maupun masyarakat memandang kesehatan reproduksi sebagai aset yang berharga dalam kehidupannya.
- Agar baik orang perorang, keluarga maupun masyarakat mempunyai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi sendiri melalui upaya dan kegiatan yang muncul dari mereka sendiri.
- Mendukung pengembangan pemakaian fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia sebagaimana mestinya (Budioro, 2002).

2.2.3. Ruang Lingkup Masalah Kesehatan 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. Misalnya praktek mutilasi genital dan deskriminasi nilai anak.
- Masalah kesehatan reproduksi remaja. Kemungkinan besar dimulai dari sejak masa kanak-kanak yang seringkali muncul dalam bentuk kehamilan remaja, kekerasan/pelecehan seksual dari tindakan seksual yang tidak aman.
- Tidak terpenuhinya program ber-KB, biasanya terkait dengan isu aborsi tidak aman.
- Mortalitas dan morbiditas ibu selama proses kehamilan, persalinan dan masa nifas yang diikuti dengan malnutrisi, anemia dan berat bayi lahir rendah.
- Infeksi saluran reproduksi yang berkaitan dengan penyakit menular seksual; kemandulan yang berkaitan dengan infeksi saluran reproduksi dan penyakit menular seksual.
- Sindrom pre dan post menopause dan peningkatan resiko kanker kanker organ reproduksi.
- Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah ketuaan lainnya (Harahap, 2003).

2.2.4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Secara garis besar dapat digolongkan menjadi empat faktor yang berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi :

- Faktor sosio ekonomi dan demografi

Terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi serta lokasi tempat tinggal yang terpencil.

– Faktor budaya dan lingkungan

Misalnya praktek tradisional yang berakibat buruk pada kesehatan, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain.

– Faktor psikologis

Dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap laki-laki yang membeli kebebasannya secara materi.

– Faktor biologis

Cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual (Harahap, 2003).

Pengaruh dari semua faktor diatas dapat dikurangi dengan strategi intervensi yang tepat guna, terfokus pada penerapan hak reproduksi wanita dan pria dengan dukungan di semua tingkat administrasi, sehingga dapat diintegrasikan ke dalam berbagai program kesehatan, pendidikan, sosial dan pelayanan non kesehatan lain yang terkait dalam pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Harahap, 2003).

2.2.5. Materi Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Wiknjosastro dan Hudono (2007) menuliskan bahwa dalam penyuluhan kesehatan reproduksi remaja perlu dibahas secara singkat fisiologi hubungan seksual. Juga variasi dan penyimpangannya yang masih dianggap dalam batas-batas normal perlu yang dikemukakan. Masturbasi, lesbianisme, homoseksual perlu dibahas lebih mendalam dan secara bijaksana, begitu pula halnya dengan hubungan seksual di luar pernikahan dengan segala konsekuensinya, seperti penyakit kelamin, kehamilan, pertentangan dengan orang tua, putusnya pendidikan dan pekerjaan dan sebagainya.

2.2.5.1. Perilaku Seksual

– Masturbasi

Masturbasi adalah menyentuh, menggosok dan meraba bagian tubuh sendiri yang peka sehingga menimbulkan rasa menyenangkan untuk mendapat kepuasan seksual (orgasme) baik tanpa menggunakan alat maupun menggunakan alat. Biasanya masturbasi dilakukan pada bagian tubuh yang sensitif, namun tidak sama pada masing-masing orang, misalnya: puting payudara, paha bagian dalam, alat kelamin (bagi wanita terletak pada klitoris dan sekitar vagina; sedangkan bagi laki-laki terletak pada sekitar kepala dan leher penis). Misalnya laki-laki melakukan masturbasi dengan meraba penisnya,

remaja perempuan menyentuh klitorisnya hingga dapat menimbulkan perasaan yang sangat menyenangkan atau bisa timbul ejakulasi pada remaja laki-laki (BKKBN, 2006).

Secara medis masturbasi tidak akan mengganggu kesehatan. Orang yang melakukannya tidak akan mengalami kerusakan pada otak atau bagian tubuh lainnya. Masturbasi juga tidak menimbulkan risiko fisik seperti mandul, impotensi, dan cacat asal dilakukan secara aman, steril, tidak menimbulkan luka dan infeksi. Risiko fisik biasanya berupa kelelahan. Pengaruh masturbasi biasanya bersifat psikologis seperti rasa bersalah, berdosa, dan rendah diri karena melakukan hal-hal yang tidak disetujui oleh agama dan nilai-nilai budaya sehingga jika sering dilakukan akan menyebabkan terganggunya konsentrasi pada remaja tertentu (BKKBN, 2006).

Petting

Bercumbu berat adalah melakukan hubungan seksual dengan atau tanpa pakaian tetapi tanpa melakukan penetrasi penis ke dalam vagina, jadi sebatas digesekkan saja ke alat kelamin perempuan. Ada pula yang mengatakan *petting* sebagai bercumbu berat. Biasanya dilakukan sebagai pemanasan sebelum melakukan

hubungan seks. Walaupun tanpa melepaskan pakaian, bercumbu berat tetap dapat menimbulkan kehamilan tidak diinginkan karena sperma tetap bisa masuk ke dalam rahim, karena ketika terangsang perempuan akan mengeluarkan cairan yang mempermudah masuknya sperma ke dalam rahim, sedangkan sperma itu sendiri memiliki kekuatan untuk berenang masuk ke dalam rahim jika tertumpah pada celana dalam yang dikenakan perempuan, apalagi jika langsung mengenai bibir kemaluan (BKKBN, 2006).

2.2.5.2. Orientasi Seks

– Orientasi yang Normal

Hubungan seks yang normal atau yang dalam bahasa latin disebut *coitus* adalah hubungan seksual pervaginam antara pria dan wanita (Dorlan, 2005).

Menurut BKKBN (2006) Hubungan seksual yaitu masuknya penis ke dalam vagina. Bila terjadi ejakulasi (pengeluaran cairan mani yang di dalamnya terdapat jutaan sperma) dengan posisi alat kelamin laki-laki berada dalam vagina memudahkan pertemuan sperma dan sel telur yang menyebabkan terjadinya pembuahan dan kehamilan.

– Orientasi Seks yang Abnormal

- Homoseksual

Homoseksualitas mengacu pada interaksi seksual dan/atau romantis antara pribadi yang berjenis kelamin sama. Pada penggunaan mutakhir, kata sifat homoseks digunakan untuk hubungan intim dan/atau hubungan seksual di antara orang-orang berjenis kelamin yang sama, yang bisa jadi tidak mengidentifikasi diri mereka sebagai gay atau lesbian. Homoseksualitas, sebagai suatu pengenal, pada umumnya dibandingkan dengan heteroseksualitas dan biseksualitas. Istilah gay digunakan sebagian besar untuk mengacu pada orang-orang yang mengidentifikasi dirinya sebagai homoseks, tanpa memandang jenis kelamin. Lesbian adalah suatu istilah tertentu yang hanya digunakan untuk merujuk kepada wanita homoseks (BKKBN, 2006)

Definisi tersebut bukan definisi mutlak mengingat hal ini diperumit dengan adanya beberapa komponen biologis dan psikologis dari seks dan gender, dan dengan itu seseorang mungkin tidak seratus persen pas dengan kategori di mana ia digolongkan. Beberapa orang bahkan menganggap ofensif perihal pembedaan

gender (dan perbedaan orientasi seksual) (BKKBN, 2006).

Homoseksualitas dapat mengacu kepada:

- ✓ Orientasi seksual yang ditandai dengan kesukaan seseorang dengan orang lain mempunyai kelamin sejenis secara biologis atau identitas gender yang sama.
- ✓ Perilaku seksual dengan seseorang dengan gender yang sama tidak peduli orientasi seksual atau identitas gender.
- ✓ Identitas seksual atau identifikasi diri, yang mungkin dapat mengacu kepada perilaku homoseksual atau orientasi homoseksual (BKKBN, 2006).

- **Biseksual**

Biseksual adalah kondisi tertentu yang membuat seseorang mampu menikmati stimulasi erotis-seksual, baik dari pasangan sejenis maupun lain jenis (BKKBN, 2006).

2.2.5.3. Dampak Perilaku Seksual Remaja

- **Kehamilan yang Tidak diinginkan**

Perilaku seksual remaja yang menjurus ke arah seks bebas, menimbulkan resiko yang harus diperhitungkan

seperti kehamilan remaja yang tidak diinginkan (Manuaba, 2001).

Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi oleh sperma dan pembuahan ovum akhirnya (Guyton, 2008). Dalam sebuah kehamilan harus ada spermatozoon, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi hasil konsepsi (Wiknjastro, 2007)

Diagnosis kehamilan dari anamnesis didapatkan terlambat haid, *morning sickness*, mual-muntah-pusing, dan mammae tegang. Tanda hamil tidak pasti adalah hiperpigmentasi (kloasma gravidarum, areola mammae, striae livide-alba), perut membesar dan tanda Hegar, Picaseks, Chadwik dan Braxton-Hicks yang positif. Sedangkan tanda hamil yang pasti adalah adanya gerak janin, teraba janin pada palpasi, pada auskultasi terdengar denyut jantung bayi dan pada pemeriksaan USG terlihat adanya *fetal phase*, *gestation sac*, kerangka janin dan jantung janin (Manuaba, 2001)

Remaja dengan kehamilan yang tidak diinginkan akan menghadapi masalah seperti aib karena hamil tanpa menikah, berdosa jika menggurkan kandungan dan berpacu dengan waktu karena hamil semakin besar. Remaja akan semakin tertekan karena ketakutan

menyampaikan kehamilannya kepada orang tua dan jika keadaan tersebut tidak diinginkan keluarga, remaja tersebut akan tersisih dari keluarga. Masyarakat juga akan menganggap tindakan tersebut amoral karena melanggar norma-norma masyarakat dan agama. Masalah akan semakin pelik jika kehamilan tersebut tidak diakui bahkan ditinggalkan oleh pacar (Manuaba, 2001).

Remaja yang seolah-olah tersisih cenderung menjadi agresif dengan perilaku cepat tersinggung dan marah, menyendiri merenungkan perbuatannya dan mencari informasi dari teman, guru, atau keluarga untuk menyelesaikan masalahnya (Manuaba, 2001).

Kehamilan remaja dibawah usia 20 tahun mempunyai resiko sering mendapat anemia, gangguan tumbuh kembang janin, keguguran, prematuritas, BBLR, gangguan persalinan, peningkatan pre eklamsia dan eklamsia serta perdarahan antepartum. Bayi yang dilahirkan juga beresiko mempunyai IQ rendah (Manuaba, 2001).

Upaya memecahkan masalah kehamilan remaja yang tidak diinginkan dapat dilakukan dengan cara menikahkan remaja atau menggugurkan kandungan. Resiko menikahkan remaja adalah pendidikan terputus, perekonomian tidak normal, terjadinya karena psikologis

belum mantap dan jaminan bayi-bayi tidak normal. Jika kehamilan digugurkan, biaya lebih ringan dibandingkan dengan memelihara bayi, menghilangkan aib hamil, pendidikan tetap berlangsung. Tetapi pengguguran kandungan harus merujuk pada UU kesehatan No. 231/1992 karena jika tidak ditangani secara *lege artis* bisa menimbulkan komplikasi seperti perdarahan, infeksi, dan trauma alat reproduksi. Bahkan bisa mengakibatkan infertilitas dan kemungkinan kehamilan ektopik (Manuaba, 2001).

– Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan tidak hanya terbatas secara genito-genital saja, tetapi dapat juga secara oro-genital, atau ano-genital, sehingga kelainan yang timbul akibat penyakit kelamin ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi juga pada daerah-daerah ekstra genital (Daili, 2007).

- Gonore

Gonore adalah penyakit yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*. Gonore pada umumnya ditularkan melalui hubungan kelamin yaitu secara genito-genital, oro-genital, dan ano-genital. Tetapi,

disamping itu dapat terjadi juga secara manual melalui alat-alat, pakaian, handuk, termometer dan sebagainya (Daili, 2007).

Gonore terutama ditemukan pada pekerja seks komersial (PSK). Di Indonesia mulai dilaporkan pada tahun 1980 di Jakarta. Di kota-kota besar di Indonesia galur *N. gonorrhoeae* penghasil penisilinase (NGPP) terdapat 40-60% (Daili, 2007)

Masa tunas sangat singkat, pada pria umumnya 2-5 hari, kadang lebih lama. Keluhan subyektif pada pria yaitu gatal, panas disekitar orifisium uretra eksternum, disuria dan nyeri pada saat ereksi. Pada pemeriksaan tampak orifisium uretra eksternum eritematosa, edematosa dan keluar duh tubuh yang mukopurulen (Daili, 2007).

Gambaran klinis dan perjalanan penyakit pada wanita berbeda dengan pria. Hal ini disebabkan oleh perbedaan anatomi dan fisiologi alat kelamin pria dan wanita. Pada wanita, baik penyakitnya akut maupun kronik, gejala subyektif jarang ditemukan dan hampir tidak pernah didapati kelainan obyektif. Pada umumnya wanita datang kalau sudah ada komplikasi (Daili, 2007).

- Sifilis

Sifilis ialah penyakit infeksi yang disebabkan *Treponema Pallidum*. Sifilis sering disebut lues atau raja singa. Sifilis stadium dini menular dibagi dalam empat kelompok yaitu sifilis primer, sifilis sekunder, sifilis stadium rekuren dan sifilis stadium laten dini (Natahusada dkk, 2007).

Gejala pada sifilis primer adalah adanya ulkus yang bulat, soliter dan dasarnya jaringan granulasi yang berwarna merah dan bersih. Dindingnya tidak bergaung, kulit disekitarnya tidak menunjukkan tanda-tanda radang akut. Yang khas ialah ulkus tersebut indolen dan teraba indurasi karena itu disebut ulkus durum (Natahusada dkk, 2007).

Ketika berada dalam stadium sekunder, gejala yang muncul adalah anoreksia, turun berat badan, malaese, nyeri kepala, demam yang tidak tinggi dan artralgia. Kelainan kulit yang membasah (eksudatif) yang berbentuk kondiloma lata dan *plaque muqueuses* sangat menular. Stadium laten dini berarti tidak ada gejala klinis dan kelainan, termasuk alat-alat dalam, tetapi infeksi masih ada dan aktif (Natahusada dkk, 2007).

Relaps pada stadium rekurens dapat terjadi secara klinis berupa kelainan kulit mirip stadium sifilis sekunder, maupun tes serologik yang telah negatif menjadi positif. Hal ini terjadi terutama pada sifilis yang tidak diobati atau yang mendapat pengobatan tidak cukup (Natahusada dkk, 2007).

- Herpes Genetalis

Herpes genetalis ialah infeksi akut yang disebabkan oleh virus herpes simpleks (HSV) tipe I dan II yang dapat berlangsung baik primer maupun sekunder (Handoko, 2007). Daili dkk (2007) menyebutkan bahwa antibodi terhadap HSV-2 rata-rata terbentuk setelah melakukan aktivitas seksual. Pada kelompok remaja didapatkan kurang dari 30%, pada kelompok wanita diatas umur 40 tahun naik sampai 60% dan pada pekerja seks komersil (PSK) 10 kali lebih tinggi daripada orang normal.

Infeksi primer berlangsung lebih lama dan lebih berat, kira-kira 3 minggu dan sering disertai gejala sistemik, misalnya demam, malaise, dan anoreksia dan dapat ditemukan pembengkakan kelenjar getah bening regional. Kelainan klinis yang dijumpai berupa vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab dan

eritematosa pada daerah mukokutan, berisi cairan jernih dan kemudian menjadi seropurulen, dan dapat menjadi krusta, ulserasi dangkal dan bisa sembuh tanpa sikatrik (Handoko, 2007).

- **Trikomoniasis**

Trikomoniasis merupakan infeksi saluran urogenital pada bagian bawah wanita maupun pria, dapat bersifat akut atau kronik, disebabkan oleh *Trichomonas vaginalis* dan penularannya melalui hubungan seksual. Penularan umumnya melalui hubungan kelamin, tetapi juga dapat melalui pakaian, handuk, atau karena berenang. Oleh karena itu trikomoniasis ini terutama ditemukan pada orang dengan aktivitas seksual tinggi, tetapi dapat juga ditemukan pada bayi dan penderita setelah menopause. Penderita wanita lebih banyak daripada pria (Daili, 2007).

Trikomoniasis akut pada wanita terlihat sekret vagina seropurulen berwarna kekuning-kuningan, kuning-hijau, berbau tidak enak dan berbusa. Dinding vagina tampak kemerahan dan sembab. Kadang terbentuk abses kecil pada dinding vagina dan serviks, yang tampak sebagai granulasi berwarna merah dan

dikenal sebagai *strawberry appearance* dan disertai dispareunia, perdarahan pascacoitus, dan perdarahan intramenstual. Pada kasus kronis gejala lebih ringan dan sekret vagina biasanya tidak berbusa (Daili, 2007).

Pada laki-laki umumnya gambaran klinis lebih ringan dibandingkan dengan wanita. Bentuk akut gejalanya adalah disuria, poliuria, dan sekret uretra mukoid atau mukopurulen. Urin berwarna jernih tapi kadang ada benang-benang halus. Pada bentuk kronik gejala tidak khas, gatal pada uretra, diuria dan urin keruh pada pagi hari (Daili, 2007).

- AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*)

AIDS adalah sekumpulan gejala penyakit yang menyerang tubuh manusia sesudah sistem kekebalannya dirusak oleh virus HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*). Akibat kehilangan kekebalan tubuh, penderita AIDS mudah kena berbagai jenis infeksi jamur, bakteri, parasit, dan virus tertentu yang bersifat oportunistik (Budimulja dkk, 2007).

Infeksi HIV memberikan gambaran klinik yang tidak spesifik yang tidak spesifik dengan spektrum yang lebar, mulai dari infeksi tanpa gejala (asimtomatik) pada stadium awal sampai pada gejala-

gejala yang berat pada stadium yang lebih lanjut. Perjalanan penyakit lamban dan gejala AIDS rata-rata timbul 10 tahun setelah infeksi (Duarsa, 2007).

Gejala infeksi akut biasanya timbul sesudah masa inkubasi selama 1-3 bulan. Gejala yang timbul umumnya seperti influenza (*flu like syndrome*; demam, artralgia, malaise, anoreksia), gejala kulit (bercak-bercak merah, urtikaria), gejala saraf (sakit kepala, nyeri retrobulber, gangguan kognitif dan afektif), gangguan gastrointestinal (nausea, vomitus, diare). Pada fase ini penyakit tersebut dapat menular karena terjadi viremia (Duarsa, 2007).

Setelah infeksi akut berlalu maka selama bertahun-tahun kemudian, umumnya sekitar 5 tahun, keadaan penderita tampak baik, meskipun sebenarnya terjadi replikasi virus secara lambat di dalam tubuh. Setelah 5 tahun terkena infeksi HIV, berbagai gejala akan timbul tergantung dengan tingkat imunitas penderita. Jika penurunan imunitas sedang (CD4 200-500) akan timbul penyakit kulit seperti dermatitis seboroik, veruka vulgaris maupun moluskum kontangiosum. pada keadaan ini bisa disebut AIDS jika sudah ditemukan sarkoma kaposi, limfoma non-

Hodgkin dll. Jika $CD4 < 200$ (Penurunan imunitas berat), akan terjadi infeksi oportunistik berat yang sering mengancam jiwa penderita, seperti *Pneumocystis carinii* (PCP), toksoplasma, *Cryptococcosis*, tuberkulosa dan lain-lain. Viremia akan terjadi untuk kedua kalinya dan boleh dikatakan tubuh sudah dalam keadaan kehilangan kekebalannya (Duarsa, 2007).

2.3. PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN MURID SMA NEGERI 1 SALATIGA

Masa remaja adalah suatu fase perkembangan yang dinamis dalam kehidupan seorang individu. Masa ini merupakan periode transisi dari masa anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial. Masalah yang biasanya muncul pada fase masa remaja antara lain kehamilan remaja dan penyakit seksual yang ditularkan (Soelaryo dkk, 2002).

Untuk menghasilkan generasi penerus bangsa yang berkualitas secara biopsikososial maka, penting diketahuinya kesehatan reproduksi sejak dini. Persiapan dini dapat dimulai sejak usia remaja yang merupakan masa peralihan dari masa anak ke masa dewasa. Pesatnya arus globalisasi dan pesatnya industri video dan buku pornografi serta kurangnya kontrol orang

tua dan tersedianya prasarana yang menunjang perilaku reproduksi yang menyimpang dapat menyebabkan remaja lepas kontrol dalam hal kesehatan reproduksi remaja (Mochsen, 2003).

Menurut *Sexuality Information and Education Council (SIECUS)* dalam Waspodo (2005), pendidikan kesehatan reproduksi harus dimulai secara dini di sekolah dasar ketika anak-anak berusia 5-8 tahun dan harus dilanjutkan hingga usia remaja (usia 15-18 tahun). Evaluasi yang dilakukan di antara para kawula muda di negara-negara berkembang dan negara-negara maju memperlihatkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi berbasis sekolah dapat membantu menunda hubungan seksual pertama para remaja yang belum aktif secara seksual. Untuk para remaja yang sudah aktif secara seksual, pendidikan kesehatan reproduksi dapat mendorong pemakaian kontrasepsi dan perlindungan PMS yang benar dan konsisten. Bukti dari survey WHO dan organisasi lain bahwa pendidikan kesehatan di sekolah tidak mengarah pada aktivitas seksual yang lebih awal atau peningkatan aktivitas seksual di kalangan remaja. Program-program yang mendorong penundaan aktivitas seks dan seks terlindung lebih efektif mencegah kehamilan daripada program-program yang hanya mendorong abstinensia (tidak melakukan hubungan seks) saja dan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi menjadi efektif ketika diberikan sebelum remaja menjadi aktif secara seksual. Meskipun demikian, peningkatan pengetahuan remaja mengenai seksualitas, kontrasepsi dan PMS tidak selalu menghasilkan perubahan perilaku mengambil resiko dalam hubungan seksual.

Menurut Budioro (2002), untuk menghasilkan perubahan perilaku bisa terjadi secara alamiah maupun yang direkayasa, dalam menghadapi kondisi lingkungan yang sesaat maupun yang berbentuk pola (*pattern*) yang agak menetap antara lain sebagai berikut :

- Perubahan perilaku yang bersifat naluriah (*instinctive*)

Perilaku disini timbul karena timbulnya “dorongan dari dalam” pada individu yang bersangkutan, sehingga bentuk perilaku yang muncul dan bisa diamati terutama berkaitan dengan timbulnya dan keberadaannya “dorongan dari dalam” pada waktu itu.

- Perubahan perilaku yang bersifat adaptif

Merupakan perilaku yang berkembang dalam upaya makhluk tadi untuk beradaptasi dengan lingkungannya agar bisa tetap bertahan hidup.

- Perubahan perilaku karena proses pendewasaan

Merupakan gabungan atau terjadi baik secara adaptif maupun naluriah. Melalui perjalanan umurnya yang semakin dewasa akan melakukan adaptasi terhadap lingkungan disamping secara alamiah juga berkembang perilaku yang sifatnya naluriah.

- Perubahan perilaku yang terbentuk dan berkembang melalui proses sosialisasi dan pembudayaan

Proses yang hanya ada pada makhluk manusia ini akan terjadi baik secara disadari atau tidak, karena keberadaan seseorang dalam lingkungan budaya tertentu. Bentuk perilakunya dapat diamati pada apa yang

biasanya disebut kebudayaan, adat istiadat, sopan-santun, etika, moral, dan lain-lain.

- Perubahan perilaku yang direayasa melalui proses pendidikan, penyuluhan, pelatihan dan bentuk proses belajar mengajar lainnya

Di sini perilaku yang sudah ada dengan sadar dan terencana melalui berbagai macam cara yang biasanya dikategorikan sebagai proses belajar-mengajar diupayakan untuk diubah menjadi bentuk perilaku yang kita inginkan.

Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri seseorang tersebut akan terjadi proses berurutan, yaitu :

- *Awareness*

Subjek menyadari atau mengetahui terlebih dahulu terhadap objek.

- *Interest*

Subjek sudah merasa tertarik terhadap objek.

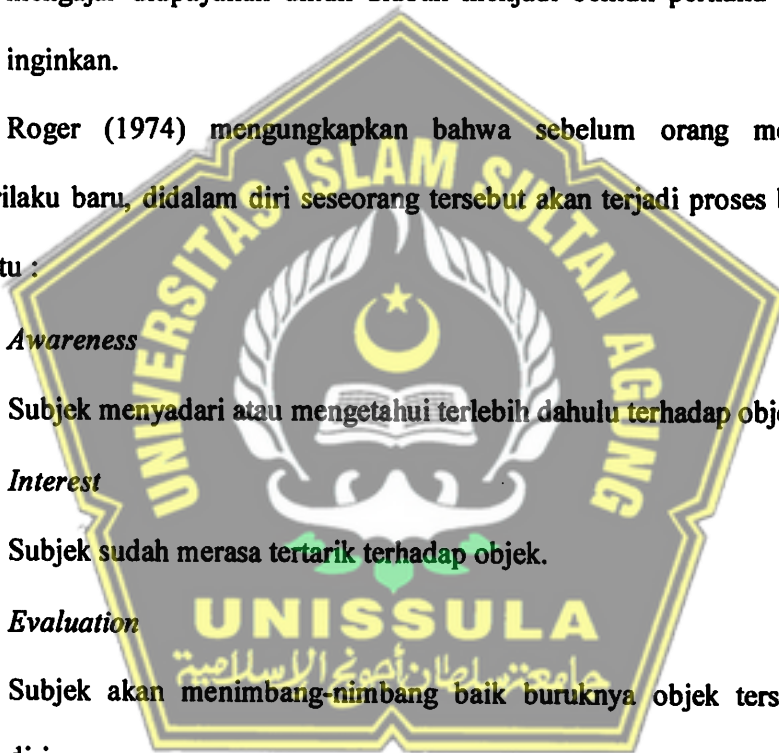
- *Evaluation*

Subjek akan menimbang-nimbang baik buruknya objek tersebut bagi dirinya.

- *Trial*

Subjek sudah mulai mencoba melakukan apa yang dikehendaki oleh objek.

- *Adoption*



Subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003).

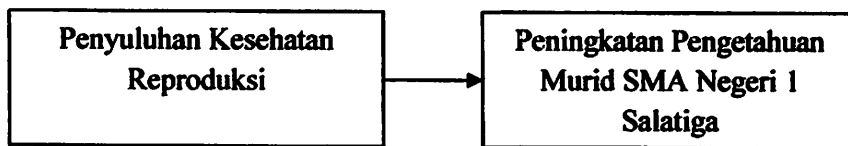
Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku sudah melalui proses berurutan seperti diatas, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku akan bersifat langgeng (*long lasting*) (Notoatmodjo, 2003).



2.4. Kerangka Teori



2.4. Kerangka Konsep



2.5. Hipotesis

Ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *eksperimental laboratorium* dengan menggunakan rancangan penelitian *Pretest-Posttest with Control Group Design* (Notoatmodjo, 2005).

3.2. VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.2.1. Variabel Penelitian

3.2.1.1. Variabel Bebas adalah penyuluhan kesehatan reproduksi

3.2.1.2. Variabel Terikat adalah peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Penyuluhan kesehatan reproduksi adalah suatu proses memberikan informasi mengenai perilaku seksual, orientasi seksual dan dampak dari perilaku seksual remaja. Penyuluhan ini diberikan oleh peneliti kepada sampel penelitian yang dikumpulkan dalam 1 ruang kelas. Penyuluhan dilakukan dua kali pertemuan, pertemuan pertama membahas tentang perilaku seksual dan orientasi seksual, pertemuan kedua membahas tentang kehamilan yang tidak diinginkan dan

penyakit menular seksual. Penyuluhan dilakukan dengan menggunakan media Power Point dan diberikan selama 30 menit dan setelah dilakukan penyuluhan diadakan diskusi selama 15 menit.

Dikategorikan menjadi diberi penyuluhan dan tidak diberi penyuluhan.

Skala data : nominal

3.2.2.2. Pengetahuan Kesehatan Reproduksi

Yaitu kemampuan siswa dalam memahami pendidikan mengenai perilaku seksual, orientasi seksual dan dampak dari perilaku seksual remaja yang diukur dengan kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan tentang perilaku seksual, orientasi seksual dan dampak dari perilaku seksual remaja yang berjumlah 25 soal. Kuesioner ini dibagikan kepada murid kelas XII.

Kriteria penilaian :

Skor 0 = jawaban salah

Skor 1 = jawaban benar.

Skor kumulatif variabel ini mempunyai rentang teoritis 0-100 yang didapat dari total skor yang diperoleh dibagi 25 dikali 100. Berdasarkan skor yang didapat, peningkatan

pengetahuan diukur dari selisih skor antara sebelum dan sesudah penyuluhan.

Skala : rasio

3.3. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.3.1. Populasi

Populasi ditentukan murid Sekolah Menengah Atas (SMA), yaitu murid SMA Negeri 1 Salatiga kelas XI-IA sebanyak 160 siswa.

3.3.2. Sampel

Sampel penelitian adalah total dari populasi yaitu murid SMA Negeri 1 Salatiga kelas XI-IA yang memenuhi kriteria inklusi yaitu :

- Murid kelas XI-IA yang bersedia sebagai responden.
- Murid kelas XI-IA yang hadir pada saat diberi penyuluhan.

Sedangkan untuk kriteria eksklusi yaitu

- Murid kelas XI-IA yang hadir tetapi tidak menjawab kuesioner secara lengkap (Sastroasmoro, 2002).

Cara menentukan sampel untuk kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dengan menggunakan *simple random sampling* (Notoatmodjo, 2005). Sampel berjumlah 160 siswa yang terbagi menjadi 80 siswa untuk kelompok kontrol dan 80 siswa untuk kelompok perlakuan.

3.4. INSTRUMEN PENELITIAN

Dalam pengumpulan data-data maka penulis menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian, yaitu cara untuk mengumpulkan data dengan menyampaikan sejumlah pertanyaan secara tertulis yaitu harus diisi oleh responden.

3.4.1. *Pre-Test* Kuesioner

Kuesioner ini mencakup pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan reproduksi yang diberikan sebelum murid diberi penyuluhan.

3.4.2. *Post-Test* Kuesioner

Kuesioner ini mencakup pertanyaan-pertanyaan tentang kesehatan reproduksi yang diberikan setelah murid diberi penyuluhan. Pertanyaan *post-test* kuesioner sama dengan pertanyaan *pre-test* kuesioner.

3.5. CARA PENELITIAN

3.5.1. Pengumpulan Data Mengenai Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Sebelum Diberikan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Pengumpulan data ini dengan menggunakan kuesioner yang akan diisi oleh sampel. Kuesioner ini berisi 25 pertanyaan yang meliputi 6 soal tentang perilaku seksual, 3 soal tentang orientasi seksual, 4 soal tentang kehamilan dan 12 soal tentang penyakit seks menular. Pengumpulan data ini dilakukan 1 jam sebelum dilakukan penyuluhan kepada kelompok perlakuan.

3.5.2. Melakukan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Penyuluhan kesehatan reproduksi adalah suatu proses memberikan informasi mengenai perilaku seksual, orientasi seksual dan dampak dari perilaku seksual remaja. Penyuluhan ini diberikan oleh peneliti kepada sampel penelitian yang dikumpulkan dalam 1 ruang kelas. Penyuluhan dilakukan dua kali pertemuan, pertemuan pertama membahas tentang perilaku seksual dan orientasi seksual, pertemuan kedua membahas tentang kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit menular seksual. Penyuluhan dilakukan dengan menggunakan media Power Point dan diberikan selama 30 menit dan setelah dilakukan penyuluhan diadakan diskusi selama 15 menit.

3.5.3. Pengumpulan Data Mengenai Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Setelah Diberikan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi

Pengumpulan data ini juga menggunakan kuesioner yang mempunyai 25 pertanyaan sama dengan kuesioner yang diberikan sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan reproduksi. Kuesioner ini diisi oleh sampel yang diberi penyuluhan maupun kelompok kontrol. Pengumpulan data sesudah penelitian dilakukan segera setelah dilakukan penyuluhan.

3.6. TEMPAT DAN WAKTU

3.6.1. Tempat : SMA Negeri 1 Salatiga

3.6.2. Waktu : 11-17 Januari 2010

3.7. ANALISA HASIL

- 3.7.1. Setelah dilakukan penelitian, kuesioner diuji reabilitas dan validitasnya. Reliabilitas diuji dengan *Alpha Cronbach* dan validitas diuji dengan KMO MSA (*Keiser-Meyer-Olkin Measurement of Sampling Adequency*).
- 3.7.2. Data yang telah dikumpulkan, diolah, dianalisa dan ditampilkan dalam bentuk tabel. Untuk kepentingan analisis, variabel bebas menggunakan skala nominal dan variabel terikat menggunakan skala interval. Kemudian data diuji normalitas dengan melihat rasio *skewness* dan rasio kurtosis. Varians data tidak perlu diuji karena kelompok data tidak berpasangan. Karena sebaran data normal maka diuji dengan uji T tidak berpasangan untuk mengetahui adanya perbedaan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Objek Penelitian

Penelitian ini diadakan di SMA Negeri 1 Salatiga dan sampel adalah total populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 160 murid. Data-data yang dikumpulkan meliputi data tentang pernah atau tidaknya responden mengikuti penyuluhan kesehatan reproduksi, pendapat responden tentang perlunya atau tidaknya penyuluhan kesehatan reproduksi, sumber pengetahuan kesehatan reproduksi responden dan tingkat pengetahuan responden.

Karakteristik	Kontrol		Perlakuan	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Usia				
16 Tahun	68	85	60	75
17 Tahun	12	15	20	25
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	29	36,3	29	36,3
Perempuan	51	63,7	51	63,7
Pernah atau Tidak Penyuluhan				
Pernah	71	88,8	61	76,3
Tidak	9	11,2	19	23,2
Perlu atau Tidak Penyuluhan				
Perlu	80	100	76	95
Tidak	0	0	4	5
Sumber Pengetahuan Responden				
Orang Tua	40	50	31	38,8
Saudara	20	25	13	16,3
Guru	53	66,3	66,3	67,5
Teman	56	70	56	60
Media	69	86,3	67	83,8

Dari Tabel 4.1. diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pernah mengikuti penyuluhan kesehatan reproduksi. Rata-rata responden telah mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi pada saat pelajaran Bimbingan Konseling (BK) di SMP mereka masing-masing.

Lebih dari 50% responden berpendapat bahwa penyuluhan kesehatan reproduksi perlu dilakukan. Media merupakan sumber yang paling banyak diakses responden untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi. Para responden juga lebih menyukai bertanya kepada teman dan guru daripada bertanya pada orang tua mereka.

4.2. Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Terhadap Peningkatan Pengetahuan

Setelah data dikumpulkan, kuesioner diuji reabilitas dan validitasnya. Uji reabilitas didapatkan hasil α cronbach = 0,830 sehingga dapat dikatakan cukup andal karena $> 0,60$ (Dahlan, 2004).

Uji validitas dengan uji confirmatory factor analysis. Pada pengujian interkorelasi antar variabel terlihat nilai KMO MSA (*Keiser-Meyer-Olkin Measurement of Sampling Adequency*) harus $> 0,50$. Dari hasil pengukuran validitas pada lampiran 7 (hal. 72) diperoleh nilai KMO MSA adalah 0,872, sehingga kuesioner dapat dikatakan valid (Ghozali, 2005).

Setelah menguji reabilitas dan validitas kuesioner, rata-rata skor total pengetahuan responden dapat kita lihat dari tabel dibawah ini :

Tabel 4.2. Rata-Rata Skor Total Pengetahuan Responden

Kelompok	Sebelum	Sesudah
Kontrol	52,90	52,90
Perlakuan	54,85	84,75

Dari tabel 4.2., dapat dilihat bahwa tidak ada perubahan rata-rata skor total pengetahuan responden pada kelompok kontrol. Sedangkan pada kelompok perlakuan ada peningkatan skor rata-rata antara sebelum dan sesudah penyuluhan yaitu sebesar 29,9 poin.

Sebelum data dianalisis untuk mengetahui perbedaan antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan maka dilakukan uji normalitas dengan statistik deskriptif. Uji statistik tersebut digunakan untuk melihat apakah sebaran data normal atau tidak (Dablan, 2004).

Berdasarkan lampiran 8 (hal. 73), uji normalitas dilakukan dengan melihat rasio *skewness* dan rasio kurtosis. Rasio *skewness* untuk kelompok kontrol sebelum penyuluhan adalah -0,565 dan rasio kurtosisnya -1,588 sedangkan untuk rasio *skewness* kelompok kontrol setelah penyuluhan adalah -0,219 dan rasio kurtosisnya -1,322. Kelompok perlakuan sebelum penyuluhan mempunyai rasio *skewness* sebesar -0,301 dan rasio kurtosis sebesar -1,015. Sedangkan kelompok perlakuan setelah penyuluhan mempunyai rasio *skewness* sebesar -1,899 dan rasio kurtosis sebesar -1,569. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebaran data normal karena berada di dalam rentang -2 dan +2 (Kuncoro, 2003).

Karena didapatkan sebaran data yang normal, maka data selanjutnya dianalisa menggunakan Uji T tidak Berpasangan untuk mengetahui

perbedaan antara 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Dalam Uji T tidak berpasangan tidak diperlukan uji homogenitas karena varians data tidak perlu sama (Dahlan, 2004).

Berdasarkan Lampiran 9 (hal. 74), dapat dilihat nilai signifikansi untuk melihat apakah H_0 diterima atau ditolak. Dengan menggunakan tingkat signifikansi atau α sebesar 5 % (0,05), maka H_0 ditolak dan hipotesis penelitian diterima karena nilai signifikansi dari kelompok yang diberi perlakuan sebesar 0,000 (Dahlan, 2004).

4.3. Pembahasan

Lebih dari 50% responden berpendapat bahwa penyuluhan kesehatan reproduksi perlu dilakukan. Mereka berpendapat sedemikian rupa karena mereka sadar bahwa mereka memerlukan informasi yang benar sehingga tidak terjerumus dalam pergaulan yang bebas yang dapat mengakibatkan kehamilan diluar nikah dan tertularnya penyakit seks menular.

Media merupakan sumber yang paling banyak di akses responden untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi. Hal ini terjadi karena sudah maraknya penggunaan internet. Selain dari internet, responden juga mendapatkan informasi dari televisi dan majalah porno. Di sekolah, responden mendapatkan informasi dari guru melalui pelajaran biologi dan bimbingan konseling. Banyak responden juga mengaku bahwa mereka mendapatkan informasi dari temannya karena mereka lebih bisa mengungkapkan hal yang dipandang tabu oleh orang tua dan saudara mereka.

Keengganan responden bertanya dan orang tua menjawab tentang kesehatan reproduksi membuat responden mencari jawaban yang belum tentu benar dari internet dan temannya.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan setelah siswa SMA diberikan penyuluhan kesehatan reproduksi. Sedangkan siswa yang tidak diberi penyuluhan kesehatan reproduksi, tingkat pengetahuannya tetap. Hal ini karena memang dari penyuluhan kesehatan reproduksilah para remaja mendapatkan informasi yang benar dan akurat (Dhesmarleni, 2009).

Walaupun sebelumnya sebanyak 97,5% murid pernah mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi, rata-rata skor pengetahuan mereka hanya 53,87. Hal ini terjadi karena ada persoalan pada masukan (input), proses atau keluaran (output). Persoalan pada input misalnya latar belakang pendidikan. Murid yang mendapat penyuluhan ketika di SMP, tingkat penerimaannya pasti lebih rendah daripada ketika di SMA. Kurang interaktifnya penyuluh dan kurang menariknya cara menyajikan materi mungkin menjadi permasalahan pada proses. Sedangkan permasalahan pada keluaran adalah kemampuan siswa itu sendiri untuk belajar dan merubah perilakunya (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan di SMA Negeri 6 Kupang, bimbingan kelompok meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi siswa. Dengan menggunakan uji t-berpasangan didapatkan perubahan bermakna dengan signifikansi sebesar 0,000 (Mochsen, 2004)

Adanya pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap tingkat pendidikan murid SMA menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan dapat memberikan informasi-informasi penting bagi remaja. Sehingga remaja tidak perlu lagi mencari informasi yang tidak bisa dipertanggungjawabkan kebenarannya karena informasi yang tidak benar justru akan menjerumuskan remaja kepada hal yang tidak dikehendaki seperti kehamilan dan terjangkitnya penyakit menular seksual (Dhesmarleni, 2009).

Penyuluhan kesehatan reproduksi di kalangan remaja perlu terus dilakukan karena itu sesuai dengan rekomendasi “ Bali Youth Forum” yaitu pencapaian optimalisasi partisipasi kaum muda dan remaja dalam setiap pengambilan keputusan yang berkaitan dengan remaja. Remaja diharapkan terlibat langsung dalam pendidikan kesehatan reproduksi sehingga yang yang mereka butuhkan dapat tersuarakan dan terpenuhi (Dhesmarleni, 2009).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2005 menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan di sekolah tidak mengarah pada aktivitas seksual yang lebih awal atau peningkatan aktivitas seksual di kalangan remaja bahkan mendorong penundaan aktivitas seks dan seks terlindung (Waspodo, 2005). Jadi yang perlu dilakukan sekarang adalah memahami dengan baik bagaimana cara yang paling efektif untuk memberikan tipe penyuluhan kesehatan reproduksi dalam rangka untuk memaksimalkan pemahaman murid dan penerimaan komunitas bahwa pendidikan seks penting dan bukan hal yang tabu (Kohler, 2008).

Kekurangan peneliti adalah penguasaan materi yang kurang komperhensif tentang kesehatan reproduksi. Ketika responden bertanya tentang kesehatan reproduksi yang tidak dijadikan bahan penyuluhan, peneliti tidak bisa memberikan jawaban yang memuaskan.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

1. Nilai total rata-rata pengetahuan responden sebelum penyuluhan pada kelompok kontrol adalah 52,9 sedangkan pada kelompok perlakuan adalah 54,85.
2. Tidak ada peningkatan rata-rata skor total pengetahuan responden sesudah penyuluhan pada kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok perlakuan ada peningkatan rata-rata skor total pengetahuan responden menjadi 84,75.
3. Ada pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan murid SMA Negeri 1 Salatiga yaitu dengan signifikansi sebesar 0,000.

5.2. Saran

1. Mengingat hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi terhadap peningkatan pengetahuan yang signifikan, maka diharapkan di setiap SMA diberikan penyuluhan kesehatan reproduksi sehingga para siswa mendapatkan informasi yang benar.
2. Mengajak para orang tua untuk memberikan pendidikan seks yang benar dan memberitahu bahwa hal tersebut bukanlah hal yang tabu, sehingga para murid berani bertanya dan mendapatkan jawaban yang benar dari orang tua.

3. Orang tua harus lebih mengawasi anak-anaknya ketika sedang mencari informasi di internet, majalah maupun televisi sehingga informasi yang didiapat lebih bisa dipertanggungjawabkan.
4. Penyuluhan sebaiknya dilakukan oleh penyuluh yang berkompeten di bidang kesehatan reproduksi seperti pegawai BKKBN atau dosen yang menguasai materi tersebut.



DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN, 2006, *Konsep Seksualitas*, www.creasoft.file.wordpress.com/2008/04/1seksualitas.pdf, 16 Juli 2009.
- BPS Jawa Tengah, 2004, *Statistik Sosial dan Kependudukan Jawa Tengah Hasil Susenas 2004*, 9.
- Budimulja, dkk, 2007, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Edisi 5, Cet 1, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 427.
- Budioro, B., 2002, *Pengantar Pendidikan (Penyuluhan) Kesehatan Masyarakat*, Cet 2, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang, 16-17, 22, 29-32.
- Dahlan, S., 2004, *Statistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan*, cet 1, Arkans, Jakarta, 78-92.
- Daili, S.F., Jubianto J., 2007, *Infeksi Menular Seksual*, Edisi 3, Cet 2, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 125.
- Daili, S. F., 2007, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Edisi 5, Cet 1, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 363, 369-372, 384-385.
- Deshmarleni, S., 2009, *Remaja Memerlukan Pendidikan Reproduksi yang Benar*, www.republika.co.id/node/70848, 6 Februari 2010.
- Dorlan, W. A., 2002, *Kamus Kedokteran Dorland*, Cet 1, EGC, Jakarta, 460.
- Duarsa, N. W., 2007, *Infeksi Menular Seksual*, Edisi 3, Cet 2, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 147-150.
- Ghozali, I., 2005, *Aplikasi Analisis Multi Variate dengan Program SPSS*, edisi 3, Universitas Diponegoro, Semarang, 41-51.
- Guyton, A. C., Hall, J. E., 2008, *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Edisi 2, Cet 1, EGC, Jakarta, 1080-1081.
- Handoko, R. P., 2007, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Edisi 5, Cet 1, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 381-382.
- Harahap, J., 2003, *Kesehatan Reproduksi*, www.library.usu.ac.id/index.php, 4 Juli 2009.

- Husni, F., 2005, *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja*, Koran Suara Merdeka, Semarang, 6.
- Kohler, P.K., Manhart L.E., Lavery W.E., 2008, *Comperhensive Sex Education Minght Reduce Teen Pregnancies, Study Suggest*, www.sciencedaily.com/releases/2008/03/080319151225.htm, 29 Januari 2010.
- Kuncoro, M., 2003, *Bagaimana meneliti dan Menulis Tesis?*, Edisi 1, Erlangga, Jakarta, 179.
- Manuaba, I. B., 2001, *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB*, EGC, Jakarta, 175-176, 193
- Mochsen, 2003, *Pengaruh Bimbingan Kelompok Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Remaja SMU Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja*, www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=ijiptunail-gdl-s2-2004-mochsenroh.html, 20 Juni 2009
- Natahusada, E.C., Adhi D., 2007, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Edisi 5, Cet 1, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 393-398.
- Notoatmodjo, S., 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*, Cetakan 2, Rineka Cipta, Jakarta, 126-130.
- Notoatmodjo, S., 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, Cet 2, Rineka Cipta, Jakarta, 10-22.
- Nugraha, B. D., 2000, *Problema Seks dan Cinta Remaja*, Cet 2, Bumi Aksara, Jakarta, 3-6
- Sarwono, W. S., 2001, *Psikologi Remaja*, Edisi 1, Cet 6, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 3-30, 110-119.
- Soelaryo, T. S, Suganda T., Rini S., 2002, *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*, Edisi 1, Sagung Seto, Jakarta, 171.
- Sugiyono, 2001, *Metode Penelitian*, Cet 3, Alfabeta, Bandung, 92-93
- Utamadi, G., 2009, *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Untuk Remaja Sebuah Kebutuhan Ataukah Malapetaka*, www.geocities.com/guntoroutamadi/artikel-pendidikan-seks-remaja.html, 15 Maret 2009.
- Waspodo, D., 2005, *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*, Edisi 1, Cet 1, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 327-328

- Wibowo, A, 2009, Permasalahan Reproduksi Remaja dan Alternatif Jalan Keluarnya, <http://ceria.bkkbn.go.id/referensi/substansi/detail/130>, 4 November 2009.
- Wiknjosastro, H., 2007, *Ilmu Kebidanan*, Edisi 3, Cet 6, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 55.
- Wiknjosastro, H., Hudono, S. T., 2007, *Ilmu Kandungan*, Cet 5, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 615.

