

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1. Konsep Remaja**

Remaja dalam ilmu psikologis diartikan dengan istilah asing seperti *puberteit*, *adolence*, dan *youth*. Remaja atau *adolence* dalam bahasa inggris, berasal dari bahasa latin “*adolescere*” yang artinya tumbuh ke arah kematangan. Kematangan yang dimaksud tidak hanya kematangan fisik melainkan kematangan sosial dan kematangan psikologi (Kumalasari, I., dkk., 2012).

Menurut WHO, masa remaja adalah masa peralihan dari anak-anak menjadi dewasa dimana terjadi kematangan baik secara fisik, psikologi, maupun sosial yang mengalami pertumbuhan dan perkembangan dengan pesat (Surjadi, dkk., 2002: 35 dalam Kumalasari, I., dkk., 2012).

Masa remaja merupakan salah satu periode dari perkembangan manusia. Masa ini merupakan masa perubahan atau peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologik, perubahan psikologik, dan perubahan sosial. Di sebagian besar masyarakat dan budaya masa remaja pada umumnya dimulai pada usia 10-13 tahun dan berakhir pada usia 18-22 tahun (Notoatmojo, 2007).

Dari segi program pelayanan, definisi remaja menurut Departemen Kesehatan adalah remaja yang berusia 10-19 tahun dan belum menikah.

Sementara menurut BKKBN (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak Reproduksi), batasan usia remaja yaitu 10-21 tahun (BKKBN, 2006 dalam Kumalasari, I., dkk., 2012).

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. Pengertian lain kesehatan reproduksi dalam Konferensi International Kependudukan dan Pembangunan, yaitu kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran & sistem reproduksi. Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata berarti bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial kultural (Fauzi, 2008).

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial (tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan) dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi sangat penting bagi remaja, meliputi 3 alasan sebagai berikut.

1. Masa remaja, yakni usia 10-19 tahun merupakan masa yang penting dimana terjadi kematangan pada organ reproduksi yang membuat terjadinya masa pubertas pada remaja.
2. Masa remaja mengalami perubahan fisik (organobiologis) secara cepat dan tidak seimbang dengan perubahan kejiwaan (mental-emosional). Perubahan yang cukup besar ini dapat membuat remaja yang mengalaminya bingung sehingga diperlukan pengertian, bimbingan, dan dukungan lingkungan di sekitarnya agar mereka dapat tumbuh dan berkembang menjadi manusia dewasa yang sehat, baik jasmani, mental maupun psikososial.
3. Dalam lingkungan sosial tertentu, sering terjadi perbedaan perlakuan terhadap remaja laki-laki dan wanita atau dikenal dengan ketidaksetaraan gender. Bagi laki-laki, masa remaja merupakan saat diperolehnya kebebasan, sedangkan bagi remaja wanita merupakan saat dimulainya segala bentuk pembatasan (pada zaman dulu gadis mulai dipingit ketika mereka mulai mengalami menstruasi). Walaupun sekarang praktik seperti itu sudah jarang dilakukan, namun perbedaan perlakuan antara laki-laki dan perempuan banyak membuat perempuan banyak dirugikan. Kesetaraan perlakuan terhadap remaja laki-laki dan perempuan diperlukan dalam upaya mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi remaja (Kumalasari, I., dkk., 2012).

Karakteristik remaja digolongkan berdasarkan umurnya, terbagi menjadi 3 kelompok umur sebagai berikut.

1. Masa remaja awal (10-12 tahun)
  - a. Lebih dekat dengan teman seangkatan

- b. Ingin mencari kebebasan
  - c. Lebih banyak memperhatikan penampilan
  - d. Mulai berfikir abstrak
2. Masa remaja pertengahan (13-25 tahun)
    - a. Mencari identitas/jati diri
    - b. Timbul keinginan untuk berkencan dengan lawan jenis
    - c. Mempunyai perasaan cinta yang dalam
    - d. Mengembangkan kemampuan berfikir abstrak
    - e. Berkhayal tentang aktivitas/perilaku seks
  3. Remaja Akhir (17-21 tahun)
    - a. Pengungkapan kebebasan/jati diri
    - b. Lebih selektif dalam mencari teman main
    - c. Mempunyai citra tubuh (*body image*) terhadap dirinya sendiri
    - d. Dapat mengungkapkan rasa cinta

(Kumalasari, I., dkk., 2012: 14).

Dalam proses penyesuaian diri menuju kedewasaan, ada 3 tahap

perkembangan remaja :

1. Remaja awal (*early adolescent*)
 

Seorang remaja pada tahap ini masih terheran-heran akan perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan-perubahan itu. Mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru, cepat tertarik pada lawan jenis, dan mudah terangsang secara erotis. Dengan dipegang bahunya saja oleh lawan jenis ia sudah berfantasi erotik. Kepekaan yang berlebih-lebihan ini ditambah dengan berkurangnya kendali terhadap ego menyebabkan para remaja awal ini sulit dimengerti dan dimengerti orang dewasa.
2. Remaja madya (*middle adolescent*)
 

Pada tahap ini remaja sangat membutuhkan kawan-kawan. Ia senang kalau banyak teman yang mengakuinya. Ada kecenderungan narsistis yaitu mencintai diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang sama dengan dirinya, selain itu, ia berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu memilih yang mana peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimistis atau pesimistis, idealis atau

materialis, dan sebagainya. Remaja pria harus membebaskan diri dari oedipus complex (perasaan cinta pada ibu sendiri pada masa anak-anak) dengan mempererat hubungan dengan kawan-kawan.

3. Remaja akhir (*late adolescent*)

Tahap ini adalah masa konsolidasi menuju periode dewasa dan

ditandai dengan pencapaian lima hal yaitu :

- a. Minat yang makin mantap terhadap fungsi-fungsi intelek.
- b. Egonya mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang-orang lain

dan dalam pengalaman- pengalaman baru.

- c. Terbentuk identitas seksual yang tidak akan berubah lagi.
- d. Egosentrisme (terlalu memusatkan perhatian pada diri sendiri)

diganti dengan keseimbangan antara kepentingan diri sendiri dengan orang lain.

- e. Tumbuh "dinding" yang memisahkan diri pribadinya (private self)

dan masyarakat umum (Sarwono, 2010).

Seiring dengan tumbuh dan berkembangnya seorang remaja, dari masa anak-anak sampai dewasa, remaja memiliki tugas perkembangan sesuai dengan tahap usianya. Tugas yang dimaksud adalah remaja mempunyai tujuan untuk memperoleh kepandaian, keterampilan, pengetahuan, sikap, dan fungsi tertentu sesuai dengan kebutuhan pribadi. Kebutuhan pribadi itu muncul dari dalam diri remaja yang dipengaruhi oleh lingkungan sekitar atau masyarakat. Tugas perkembangan remaja fokus kepada upaya meninggalkan sikap dan perilaku seperti anak kecil dan berusaha memperoleh keterampilan bersikap dan berperilaku dewasa. Tugas perkembangan remaja menurut

(Hurlock, 1991 dalam Kumalasari, 2012) adalah sebagai berikut.

1. Mampu menerima kondisi fisiknya.
2. Mampu menerima dan memahami peran seks pada usia dewasa.
3. Mampu menjaga hubungan baik dengan anggota kelompok yang

berlawanan jenis.

4. Mencapai kemandirian dari segi ekonomi. Remaja merasa sanggup untuk hidup berdasarkan usahanya sendiri. Hal ini sangat penting bagi laki-laki. Akan tetapi bagi kaum wanita pun tugas ini lama-lama juga menjadi semakin penting.
5. Mencapai kemandirian secara emosional.
6. Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat dibutuhkan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat.
7. Memahami dan menginternalisasi nilai-nilai orang dewasa dan orang tua.
8. Mengembangkan perilaku memiliki tanggung jawab sosial yang dibutuhkan untuk memasuki usia dewasa.
9. Mempersiapkan diri untuk memasuki usia perkawinan.
10. Memahami dan mempersiapkan segala macam tanggung jawab di dalam kehidupan keluarga.

## **2.2. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja**

Kesehatan reproduksi remaja tidak lepas dari kesehatan remaja secara keseluruhan. Gangguan kesehatan pada remaja dapat berpengaruh pada gangguan kesehatan sistem reproduksi. Berikut ini beberapa kondisi yang dapat berpengaruh buruk terhadap kesehatan remaja termasuk kesehatan reproduksi remaja.

1. Masalah gizi buruk.
  - a. Anemia dan KEK (Kurang Energi Kronis).
  - b. Pertumbuhan terhambat pada remaja putri mengakibatkan panggul sempit dan risiko untuk melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di masa mendatang.
2. Masalah pendidikan.
  - a. Buta huruf, yang menyebabkan remaja tidak mempunyai akses informasi yang dibutuhkannya dan tidak mampu mengambil keputusan yang terbaik untuk kesehatannya sendiri.

- b. Pendidikan rendah dapat menyebabkan remaja kurang mampu memenuhi kebutuhan fisik dasar ketika berkeluarga. Hal ini berpengaruh buruk terhadap derajat kesehatan diri dan keluarganya.
  - 3. Masalah lingkungan dan pekerjaan.
    - a. Lingkungan dan suasana kerja yang kurang mempedulikan kesehatan remaja yang bekerja mengakibatkan terganggunya kesehatan remaja.
    - b. Lingkungan sosial yang kurang baik dapat menghambat, merusak kesehatan fisik, mental, serta emosional remaja.
  - 4. Masalah seks dan seksualitas.
    - a. Pengetahuan yang tidak luas dan tidak tepat tentang masalah seksualitas, misalnya mitos yang tidak benar.
    - b. Kurangnya bimbingan untuk bersikap positif dalam urusan yang berkaitan dengan kesehatan seksualitas.
    - c. Penyalahgunaan dan ketergantungan napza yang menyebabkan penularan HIV/AIDS melalui jarum suntik dan hubungan seks bebas pada remaja semakin mengkhawatirkan.
    - d. Penyalahgunaan seksual.
    - e. Kehamilan pada remaja.
    - f. Kehamilan pranikah/hamil di luar ikatan pernikahan.
  - 5. Masalah pernikahan dan kehamilan dini.
    - a. Ketidakmatangan sistem reproduksi secara fisik dan mental.
    - b. Resiko komplikasi dan kematian ibu serta bayi lebih besar.
    - c. Kehilangan kesempatan untuk meningkatkan kualitas diri.
    - d. Risiko untuk melakukan aborsi yang membahayakan ibu dan janin.
- (Kumalasari, I., dkk., 2012: 20).

### **2.2.1. Perubahan Fisik Pada Masa Remaja**

Perubahan tubuh pada masa remaja adalah hal yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi, karena pada masa ini berlangsung pertumbuhan fisik yang sangat pesat untuk mencapai kematangan, termasuk organ-organ reproduksi sehingga mampu melaksanakan fungsi reproduksinya. Perubahan yang terjadi adalah sebagai berikut

(Kumalasari, I., dkk., 2012)

1. Tanda-tanda seks primer.

Tanda-tanda seks primer yang dimaksud adalah berhubungan langsung dengan mimpi basah. Dalam Modul Kesehatan Reproduksi Remaja (Depkes, 2002) disebutkan bahwa ciri-ciri seks primer pada remaja adalah beikut ini:

1) Remaja laki-laki.

Remaja laki-laki sudah dapat melakukan fungsi reproduksi bila telah mengalami mimpi basah. Mimpi basah umumnya terjadi pada remaja laki-laki yang berusia 10-15 tahun. Mimpi basah sebenarnya adalah salah satu cara tubuh laki-laki ejakulasi. Ejakulasi terjadi karena sperma yang terus menerus diproduksi perlu dikeluarkan. Ini adalah pengalaman yang normal bagi semua remaja laki-laki.

2) Remaja wanita.

Pada remaja wanita sebagai tanda kematangan organ reproduksi yakni ditandai dengan datangnya menstruasi (*menarche*). Menstruasi merupakan proses peluruhan lapisan dalam atau endometrium yang banyak mengandung pembuluh darah dari uterus melalui vagina. Hal ini berlangsung terus sampai menjelang masa menopause yaitu ketika seorang berumur sekitar 40-50 tahun.

2. Tanda-tanda seks sekunder.

Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja adalah sebagai berikut.

1) Remaja laki-laki.

- a. Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
- b. Bahu melebar, pundak serta dada bertambah besar dan membidang, pinggul menyempit.



- c. Pertumbuhan rambut di sekitar alat kelamin, ketiak, dada, tangan, dan kaki.
  - d. Tulang wajah memanjang dan membesar tidak tampak seperti anak kecil lagi.
  - e. Tumbuh jakun, suara menjadi besar.
  - f. Penis dan buah zakar membesar.
  - g. Kulit menjadi lebih besar dan tebal dan berminyak.
  - h. Rambut menjadi lebih berminyak.
  - i. Produksi keringat lebih banyak.
- 2) Remaja wanita.
- a. Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
  - b. Pinggul lebar, bulat, dan membesar.
  - c. Tumbuh bulu-bulu halus di sekitar ketiak dan vagina.
  - d. Tulang-tulang wajah mulai memanjang dan membesar.
  - e. Pertumbuhan payudara, puting susu membesar dan menonjol, serta kelenjar susu berkembang, payudara menjadi lebih besar dan lebih bulat.
  - f. Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, lubang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak, dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
  - g. Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan, dan tungkai.
  - h. Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu.

### **2.2.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Remaja**

Kesehatan Reproduksi Remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut.

1. Kebersihan organ-organ genital  
Kesehatan reproduksi remaja tergantung bagaimana remaja tersebut dalam merawat dan menjaga kebersihan alat-alat genitalnya. Bila alat reproduksi lembab dan basah, maka keasaman akan meningkat dan itu mempermudah pertumbuhan jamur. Remaja perempuan lebih mudah

terkena infeksi genital bila tidak menjaga kebersihan alat-alat

kemaluannya karena organ vagina yang letaknya dekat dengan anus.

2. Akses terhadap pendidikan kesehatan

Remaja memiliki hak untuk memperoleh informasi yang ebnar tentang

kesehatan reproduksi dan informasi tersebut harus berasal dari sumber

yang terpercaya. Informasi kesehatan reproduksi yang tepat,

hendaknya diajarkan di sekolah dan di dalam lingkungan keluarga.

Hal-hal yang perlu diajarkan di dalam kurikulum pendidikan

kesehatan reproduksi remaja meliputi tentang tumbuh kembang

remaja, organ-organ reproduksi, perilaku berisiko, Penyakit Menular

Seksual (PMS), dan abstinensia sebagai upaya pencegahan kehamilan.

3. Hubungan seksual pra nikah

Kehamilan dan persalinan membawa risiko morbiditas dan mortalitas

yang lebih besar pada remaja dibandingkan pada wanita yang berumur

lebih dari 20 tahun. remaja putri yang berusia kurang dari 18 tahun

memilki 2 sampai 5 kali risiko kematian dibandingkan dengan wanita

yang berumur 18-25 tahun akibat persalinan yang lama dan macet,

perdarahan, dan faktor lain. Kegawatdaruratan yang berhubungan

dengan kehamilan juga sering terjadi pada remaja yang sedang hamil

misalnya, hipertensi dan anemia yang berdampak buruk pada

kesehatan tubuhnya secara umum. Kehamilan yang tidak diinginkan

pada remaja seringkali berujung pada aborsi.

4. Penyalahgunaan napza

Penggunaan napza berisiko terhadap kesehatan reproduksi karena

berpengaruh terhadap meningkatnya perilaku seks bebas. Penggunaan

napza yang memakai jarum suntik dipakai bergantian, bisa meningkatkan risiko terjadinya penularan HIV/AIDS.

5. Pengaruh media sosial

Dengan adanya artikel-artikel yang dibuat dalam media massa, remaja akan mengetahui hal-hal yang harus dilakukan dan dihindari guna menjaga kesehatan reproduksinya.

6. Akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi

Dengan tersedianya akses pelayanan kesehatan memudahkan remaja untuk bisa melakukan konsultasi tentang kesehatan reproduksinya.

Remaja juga dapat melakukan tindakan pengobatan apabila remaja terlanjur mendapatkan masalah-masalah yang berhubungan dengan organ reproduksinya seperti penyakit menular seksual.

7. Hubungan harmonis dengan keluarga

Keluarga merupakan tempat pendidikan paling dini bagi seorang anak sebelum ia memperoleh pendidikan di tempat lain. Remaja juga bisa mendapatkan informasi yang benar dari kedua orang tuanya tentang perilaku yang benar dan moral yang baik dalam menjalani kehidupan.

8. Penyakit menular seksual

Penyakit menular seksual adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Cara penularannya tidak hanya terbatas pada genitalia saja, tetapi juga bisa secara oro-genital, atau ano-genital. Sehingga kelainan yang timbul akibat penyakit kelamin, tidak hanya terbatas pada daerah genital saja, namun juga pada daerah-daerah ekstra genital. Penyakit menular seksual juga bisa terjadi dengan cara lain yakni kontak langsung dengan alat-alat seperti handuk, pakaian, termometer, dan lain-lain. Penyakit menular seksual

bisa juga ditularkan melalui ibu kepada bayinya ketika di dalam kandungan.

### **2.2.3. Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja**

Pembinaan kesehatan reproduksi remaja dilaksanakan untuk memberikan informasi dan pengetahuan yang berhubungan dengan perilaku hidup sehat bagi remaja, di samping juga untuk menangani masalah yang ada. Dengan pengetahuan yang memadai dan adanya kemauan untuk menjalani masa remaja secara sehat, para remaja diharapkan dapat memelihara kesehatan dirinya sehingga mampu memahami masa kehidupan berkeluarga dengan sistem reproduksi yang sehat (Kumalasari, I., dkk., 2012: 21).

### **2.2.4. Pembekalan Pengetahuan Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi**

Beberapa hal yang harus diberikan sebagai bekal remaja berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja adalah sebagai berikut.

1. Perkembangan fisik, mental, dan kematangan seksual remaja  
Pembekalan pengetahuan tentang perubahan yang terjadi secara fisik, mental, dan kematangan seksual akan memudahkan remaja untuk mengerti serta mengatasi berbagai kondisi yang dihadapinya. Remaja laki-laki dan perempuan perlu mendapat informasi tentang menstruasi dan mimpi basah serta tentang alat-alat reproduksi. Pada umumnya orang menganggap bahwa pendidikan seks hanya berisi tentang pemberian informasi alat reproduksi dan berbagai macam posisi dalam berhubungan seks. Hal ini tentunya akan membuat para orang tua merasa khawatir. Karena itu berusaha menempatkan seks

pada perspektif yang baik dapat mengubah anggapan negatif tentang seks. Dengan pendidikan seks kita dapat memberitahu remaja bahwa remaja juga dapat diberikan informasi tentang berbagai perilaku seks beresiko sehingga mereka dapat menghindarinya.

2. Proses reproduksi yang bertanggungjawab.

Manusia secara biologis memiliki kebutuhan seksual. Remaja perlu mengontrol naluri seksualnya dan menyalurkannya melalui kegiatan-kegiatan positif seperti olahraga dan mengembangkan hobi yang positif. Penyaluran yang berupa hubungan seksual dapat dilakukan setelah berkeluarga untuk melanjutkan keturunan.

3. Pergaulan yang sehat antara remaja laki-laki dan wanita serta kewaspadaan terhadap masalah remaja yang banyak ditemukan.

Remaja membutuhkan informasi tersebut agar waspada dan berperilaku seksual secara sehat dalam bergaul dengan lawan jenisnya. Selain itu remaja memerlukan pembekalan tentang kiat-kiat untuk mempertahankan diri secara fisik maupun psikis serta mental dalam menghadapi godaan, seperti ajakan untuk berhubungan seksual dan menggunakan napza.

4. Persiapan pranikah

Informasi tentang persiapan pranikah diperlukan supaya calon pengantin lebih siap secara mental dan emosional dalam memasuki kehidupan keluarga.

5. Kehamilan dan persalinan serta cara pencegahannya.

Remaja perlu memperoleh informasi tentang hal ini sebagai persiapan bagi remaja laki-laki dan perempuan dalam memasuki kehidupan berkeluarga di masa depan.

(Kumalasari, I., dkk., 2012: 22).

### 2.3. Konsep Triad Kesehatan Reproduksi Remaja

Triad KRR atau Triad Kesehatan Reproduksi Remaja adalah tiga risiko dihadapi oleh remaja/mahasiswa, yaitu risiko-risiko yang berhubungan dengan Seksualitas, Napza, dan HIV AIDS (BKKBN, 2015).

#### 1. Seksualitas.

Seks mempunyai makna jenis kelamin. Segala sesuatu yang berkaitan dengan jenis kelamin disebut seksualitas (Kusmiran, E., 2014). Seksualitas adalah segala sesuatu yang berkaitan dengan hidup manusia sebagai makhluk seksual, yaitu emosi, perasaan, kepribadian, sikap yang berhubungan dengan perilaku seksual, hubungan seksual dan keinginan seksual (BKKBN, 2015).

Sejak masa remaja, pada diri seorang anak terlihat adanya perubahan-perubahan pada fisiologi tubuh yang meliputi perubahan struktur dan fungsi. Pematangan kelenjar pituari memiliki pengaruh pada proses pertumbuhan tubuh sehingga remaja mendapatkan ciri-cirinya sebagai perempuan atau laki-laki dewasa. Masa remaja dimulai dari masa pubertas, yaitu masa terjadinya perubahan-perubahan fisik (mencakup penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ seksual). Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan yang bertahap dari karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder (Kusmiran, E., 2014).

Karakteristik seksual primer yakni perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder meliputi perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin, contohnya pada remaja putri terjadi pembesaran payudara dan pinggul, sedangkan pada remaja

putra terjadi pembesaran suara, tumbuhnya bulu/rambut di dada, kaki, kumis maupun dagu serta timbulnya jakun. Karakteristik seksual sekunder tidak berhubungan langsung dengan fungsi reproduksi namun perannya dalam kehidupan seksual sama pentingnya karena berkaitan dengan *sex appeal* (daya tarik seksual) (Kusmiran, E., 2014).

Perubahan dan perkembangan perilaku seksual yang dialami oleh remaja dipengaruhi fungsi hormon-hormon seksual (testosteron yaitu hormon pada laki-laki dan progesteron yaitu hormon pada perempuan). Hormon-hormon tersebut berpengaruh terhadap dorongan seksual manusia. Perilaku sosial mempunyai definisi yang berbeda dengan aktivitas seksual dan hubungan seksual. Perilaku seksual sering dianggap negatif, padahal seksual memiliki sifat yang luas. Perilaku seksual adalah perilaku yang bertujuan untuk menarik perhatian lawan jenis. Misalnya mulai dari berdandan, mengedipkan mata, merayu, menggoda, dan bersiul. Aktivitas seksual merupakan kegiatan yang dilakukan sebagai upaya memenuhi dorongan seksual atau kegiatan memperoleh kesenangan organ kelamin atau seksual dengan berbagai perilaku. Perilaku tersebut contohnya yakni berfantasi, masturbasi, cium pipi, cium bibir, *petting*, serta berhubungan intim (*intercourse*). Hubungan seksual merupakan kontak seksual yang dilakukan secara berpasangan dengan lawan jenis. Misalnya: masturbasi, fantasi seksual, atau menonton dan membaca buku yang berisikan pornografi. Cara yang umum dilakukan orang untuk menyalurkan dorongan seksual adalah sebagai berikut.

- a. Menahan diri dengan segala cara.
- b. Membuat sibuk diri sendiri dengan segala aktivitas.

- c. Menghabiskan tenaga dengan melakukan olahraga.
  - d. Memperbanyak ibadah dan mendekati diri pada Tuhan.
  - e. Menyalurkannya melalui mimpi basah.
  - f. Mengkhayal atau berfantasi tentang seksual.
  - g. Masturbasi atau onani.
  - h. Melakukan kegiatan seksual non penetrasi (berpegangan tangan, berpelukan, cium pipi, cium bibir, cumbuan berat, *petting*).
  - i. Melakukan kegiatan seksual penetrasi (*intercourse*).
- (Kusmiran, E., 2014).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pada remaja yakni:

1. Perubahan biologis yang terjadi pada masa pubertas dan berfungsinya hormon yang dapat menimbulkan perilaku seksual.
2. Minimnya pengaruh orang tua dalam komunikasi dengan remaja terkait masalah seksual dapat memperkuat munculnya penyimpangan perilaku seksual (Oo., 1981).
3. Pengaruh teman sebaya sangat penting sehingga timbulnya penyimpangan perilaku seksual dihubungkan dengan norma kelompok sebaya.
4. Remaja dengan prestasi rendah dan tahap aspirasi rendah cenderung melakukan aktivitas seksual dibandingkan remaja yang berprestasi baik di sekolah (perspektif akademik).
5. Perspektif sosial kognitif diasosiasikan dengan pengambilan keputusan yang memfasilitasi pemahaman perilaku seksual kalangan remaja (Muss, 1990).

(Kusmiran, E., 2014).

Menurut pendapat Elizabeth B. Hurlock, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pada remaja meliputi faktor berikut.



1. Faktor perkembangan yang terjadi di dalam diri remaja, yaitu berasal dari keluarga ketika anak mulai tumbuh dan berkembang.
2. Faktor luar, meliputi kondisi sekolah/pendidikan formal yang cukup berperan terhadap perkembangan remaja untuk memperoleh kedewasaannya.
3. Faktor masyarakat yakni adat istiadat, pergaulan dan perkembangan di segala bidang khususnya teknologi yang dicapai manusia.

Dalam buku *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berupa hal-hal berikut.

1. Dorongan seksual
2. Kondisi kesehatan tubuh
3. Psikis/kejiwaan
4. Pengetahuan seksual
5. Pengalaman seksual sebelumnya

Pengetahuan seksual yang benar dapat membawa seseorang ke arah perilaku seksual yang rasional dan bertanggung jawab serta dapat membantu menentukan keputusan pribadi yang baik terkait seksualitas. Sebaliknya, pengetahuan seksual yang salah dapat menyebabkan persepsi negatif tentang seksualitas sehingga akan menimbulkan perilaku seksual yang salah dengan segala akibatnya. Informasi yang salah menyebabkan pengertian dan persepsi masyarakat, khususnya remaja, tentang seks menjadi salah juga. Hal ini diperburuk dengan adanya berbagai kepercayaan mengenai seks yang berkembang di masyarakat. Akhirnya, semua ini dituangkan dalam bentuk perilaku seksual yang

buruk pula, dengan segala akibat yang tidak diharapkan (Kumalasari, I., dkk., 2012: 19).

Beberapa ahli mengungkapkan bahwa penyimpangan perilaku seksual pada remaja dapat diatasi. Beberapa cara mengatasi perilaku seksual remaja dengan cara-cara berikut ini.

1. Menuntaskan kemiskinan, sebab kemiskinan membuat banyak orang tua membuat anaknya bekerja sebagai pelacur atau Pekerja Seks Komersial (PSK).
2. Menyediakan informasi tentang kesehatan reproduksi, karena tidak adanya informasi yang akurat dan benar tentang kesehatan reproduksi membuat remaja mencari informasi sendiri, baik melalui media informasi maupun dari teman sebaya.
3. Memperbanyak akses atau media penyalur informasi pelayanan kesehatan reproduksi dan sarana konseling.
4. Mengingatkan partisipasi/keikutsertaan remaja dengan mengembangkan pendidikan sebaya.
5. Meninjau ulang segala peraturan yang membuka peluang terjadinya pernikahan dini.
6. Meminimalkan informasi tentang kebebasan seks. Dalam hal ini media massa dan hiburan memegang peran penting.
7. Membentuk lingkungan keluarga yang kuat, kondusif, dan informatif. Pandangan bahwa seks adalah hal tabu sudah lama tertanam justru membuat remaja tidak mau bertanya tentang kesehatan reproduksinya bahkan dengan orang tuanya sendiri (Adiningsih, 2004: 2).

(Kumalasari, I., dkk., 2012).

## 2. Napza.

NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) merupakan zat-zat kimiawi yang dimasukkan ke dalam tubuh manusia secara oral (melalui mulut), dihirup (melalui hidung), dan disuntikkan (melalui pembuluh darah) (BKKBN, 2015).

Penyalahgunaan obat mampu memberikan efek jasmani, kejiwaan, dan sosial bagi pemakai ataupun bagi keluarga dan masyarakat. Efek obat pada tubuh tergantung dari jenis yang dipakai, banyak dan banyaknya penggunaan, cara penggunaan, serta apakah penggunaannya bersamaan dengan obat lain. Dampak psikologis tergantung dari kepribadian, harapan, dan perasaan saat memakai obat, serta faktor biologis yang tergantung dari berat badan dan potensi alergi. Organ tubuh dari segi fisiologis dipengaruhi yaitu sistem saraf (otak dan sumsum tulang belakang), organ vital (jantung, paru, hati, dan ginjal) juga pancaindera. Secara umum, pengaruh narkoba yakni mampu mempengaruhi organ tubuh secara sistemik (Kusmiran, E., 2014).

Dampak fisik dapat langsung maupun tidak langsung tergantung dari zat yang digunakan seperti pencampuran bahan, penggunaan tidak sesuai aturan, atau tidak sterilnya alat. Gangguan fisik yang bisa terjadi disebabkan penyalahgunaan obat antara lain :

1. Gangguan pada sistem saraf pusat, misal: kejang, halusinasi, kesadaran terganggu, dan kerusakan saraf perifer.
2. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah, misal: infeksi akut pada jantung dan gangguan peredaran darah.

3. Gangguan pada paru-paru, misal: penekanan fungsi saluran pernafasan, kesulitan bernapas, pengerasan jaringan paru-paru, serta penggumpalan benda asing yang terisap.
4. Gangguan pada hemopoetik, misal: gangguan pada pembentukan sel darah.
5. Gangguan pada saluran pencernaan, misal: diare, radang lambung, hepatitis, perlemakan hati, pengerasan, dan atropi hati.
6. Gangguan pada sistem endokrin, misal: penurunan fungsi hormon reproduksi (estrogen, progesteron, testosteron), penurunan kadar gula darah yang mengakibatkan gangguan sakit kepala dan badan gemetar.
7. Gangguan pada saluran kencing, misal: infeksi, gangguan fungsi seksual, gangguan fungsi reproduksi, dan kecacatan.
8. Gangguan pada otot dan tulang, misal: peradangan otot akut, penurunan fungsi otot disebabkan alkohol, ataupun patah tulang.
9. Resiko tertular penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.

(Kusmiran, E., 2014).

Gangguan kejiwaan bisa menimbulkan berbagai macam akibat, misalnya: gangguan psikotik (gangguan jiwa berat), depresi, tindak kekerasan, dan pengrusakan serta percobaan mengakhiri hidupnya. Depresi muncul sebagai mekanisme rasa bersalah dan putus asa karena gagal berhenti dari penyalahgunaan obat ditambah kurangnya motivasi dan tuduhan bersalah oleh lingkungan keluarga dan masyarakat (Kusmiran, E., 2014).

Terdapat faktor-faktor yang membuat seseorang menyalahgunakan narkoba yakni faktor individu, faktor zat, dan faktor lingkungan (Kusmiran, E., 2014).

1. Faktor individu.

Penyalahgunaan obat dipengaruhi oleh kondisi jiwa, fisik, dan psikologis seseorang. Kondisi kejiwaan seperti gangguan kepribadian, depresi, dan retardasi mental bisa menambah kecenderungan seseorang untuk menyalahgunakan narkotika. Faktor individu biasanya ditentukan oleh dua aspek.

a. Aspek biologis.

Schuchett menunjukkan bukti-bukti bahwa faktor genetik memiliki peran pada alkoholisme dan pada beberapa bentuk perilaku menyimpang dan antisosial, termasuk penyalahgunaan zat. Dole menyebutkan bahwa kelainan-kelainan biokimiawi yang spesifik diperoleh dari orang-orang yang mengalami ketergantungan obat atau alkohol.

b. Aspek psikologis.

Kebanyakan penyalahgunaan obat berawal dari masa remaja. beberapa ciri perkembangan remaja bisa mendorong seseorang untuk menyalahgunakan obat terlarang, yakni: kepercayaan diri kurang, tidak mampu mengatasi masalah/stres yang dihadapi, coba-coba dan berpetualang untuk mendapatkan pengalaman baru, dan depresi, yang semuanya itu bisa mengakibatkan seorang remaja menggunakan obat-obatan terlarang.

Pada beberapa remaja, penyalahgunaan zat adalah alat interaksi sosial, yakni agar diterima oleh teman-teman seumurannya.

Umunya, adalah perwujudan dari pertentangan terhadap otoritas orang tua, peraturan tata tertib yang dulunya ditaati, dalam rangka bereksplorasi mencari identitas diri, serta agar dianggap telah dewasa. Eksplorasi seksual dapat mendorong penyalahgunaan zat baik untuk mengurangi hambatan psikologis, meningkatkan fantasi, sensasi, dan mengatasi rasa bersalah. Seseorang pada usia remaja awal biasanya memiliki kepercayaan yang unik namun keliru, bahwa apa yang terjadi pada orang lain tidak akan terjadi padanya termasuk dampak-dampak penyalahgunaan obat/zat adaptif (Kusmiran, E., 2014).

Nurco mengemukakan enam faktor yang bisa berdiri sendiri atau bergabung satu sama lain guna menjelaskan mengapa seseorang dapat menyalahgunakan obat terlarang sementara orang lain tidak, yaitu sebagai berikut.

1. Kebutuhan untuk mengurangi frustrasi dan dorongan agresif.
2. Ketidakmampuan untuk menahan kepuasan.
3. Tidak ada identifikasi seksual secara jelas.
4. Kurangnya kesadaran dan usaha untuk menggapai tujuan-tujuan yang dapat diterima secara sosial.
5. Menggunakan perilaku yang mendekati bahaya untuk menunjukkan kemampuan diri.
6. Mengurangi rasa bosan.

(Kusmiran, E., 2014).

Pada masa anak-anak, terdapat ciri perilaku yang mungkin menunjukkan calon pengguna narkoba di kemudian hari, seperti gangguan tingkah laku di sekolah, gangguan perilaku ringan (*mild*

*conduct disorder*), kurang patuh pada hukum, dan kurang dekat dengan agamanya. Gambaran kepribadian seseorang dengan ketergantungan obat (walaupun tidak selalu demikian dan tak berarti hubungan sebab-akibat) merupakan kurangnya harga diri dan kebencian (*hostilitas*) pada ayah atau figur ayah (Kusmiran, E., 2014).

1. Faktor zat.

Di samping pengaruh dari pengalaman, harapan pemakai, dan dosis yang dipakai, hanya zat yang memiliki khasiat tertentu yang dapat mengakibatkan penyalahgunaan obat terlarang. Hal ini memperlihatkan bahwa suatu prasyarat keadaan psikopatologi tidak selalu harus ada, baik pada pengguna pertama dan lanjutan (Kusmiran, E., 2014).

2. Faktor lingkungan.

Beberapa faktor sosiologis yang dianggap bisa mengakibatkan penyalahgunaan zat yaitu sebagai berikut (Kusmiran, E., 2014).

3. Hubungan dalam keluarga.

Keluarga yang mempunyai masalah penyalahgunaan zat sering ditandai oleh ibu yang dominan, dan sifat overprotektif ayah yang memisahkan diri dan tidak ingin ikut campur dalam keluarga.

Disamping itu, didapat perubahan-perubahan antara membujuk dengan konflik antara perlindungan yang berlebihan dengan mengabaikan individualitas anak dan adanya paksaan orang tua untuk sukses dan prestis yang membuat anak melarikan diri ke alam mimpi lewat obat. Kualitas hubungan anggota keluarga yang tidak rukun bisa mengakibatkan penyalahgunaan obat/zat terlarang dan

menambah prevalensi depresi serta aktivitas seksual di antara remaja. Penyalahgunaan zat/obat terlarang juga dipengaruhi oleh kebiasaan anggota keluarga yang lain seperti orang tua dan kakak dalam memakai bahan tersebut.

1. Pengaruh teman.

Pengaruh teman sangat penting terhadap terjadinya penyalahgunaan zat/obat terlarang pada masa remaja. hukuman oleh kelompok teman sebaya (pemukulan dan terutama perundungan) bagi mereka yang berusaha menghentikan pemakaian zat/obat terlarang tertentu dirasakan lebih berat dari bahaya penyalahgunaan zat itu sendiri. Penning dan Bernes memperoleh bukti bahwa pengaruh teman sebaya sangat kuat pada awal pengguna mariyuana, sedangkan baron mengatakan bahwa pengaruh teman adalah alasan utama bagi pengguna pertama pada lebih dari 50% pemakai heroin.

2. Pengaruh lingkungan.

Penyalahgunaan zat/obat terlarang sudah lama diakui sebagai salah satu sumber bagi penerimaan keberadaan seseorang di lingkungan tertentu, dan kemudian akan diperkuat oleh budaya penggunaan (*drug culture*) yang ada di lingkungan tersebut. Deprivasi sosial dianggap sebagai pendorong penggunaan bahan-bahan terlarang khususnya halusinogen (pada mereka dari kalangan sosial ekonomi kalangan menengah ke atas). Beberapa pengamat menyimpulkan bahwa terdapat kecenderungan untuk menghindar dari kesulitan dan permasalahan hidup melalui



penggunaan obat-obatan dengan risiko mengalami ketergantungan.

### 3. HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala yang timbul akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh karena terinfeksi virus HIV (BKKBN, 2015).

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yakni sejenis virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Virus HIV akan masuk ke dalam sel darah putih dan merusaknya, sehingga sel darah putih yang berperan dalam pertahanan tubuh akan menurun jumlahnya. Akibatnya sistem kekebalan tubuh menurun dan penderita mudah terserang berbagai penyakit. Kondisi penderita yang telah diserang tersebut disebut dengan AIDS (Kumalasari, I., dkk., 2012).

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrom*, yakni kumpulan gejala penyakit (sindrom) yang didapat dari kekebalan tubuh yang menurun akibat HIV. Pada saat seseorang sudah tidak lagi memiliki sistem kekebalan tubuh, maka semua penyakit bisa mudah masuk ke dalam tubuh (infeksi oportunistik). Oleh karena itu sistem kekebalan tubuhnya menjadi semakin lemah dan penyakit yang awalnya tidak berbahaya menjadi sangat berbahaya (Kumalasari, I. dkk., 2012).

Beberapa hal yang perlu dipelajari tentang HIV/AIDS meliputi hal-hal berikut ini.

1. Sekali virus HIV masuk ke dalam tubuh, virus itu akan tinggal dalam tubuh selamanya.
2. Virus HIV dapat hidup dalam darah, air mani, cairan dalam jalan lahir, air liur, air mata, serta cairan tubuh lainnya.
3. Sebagian besar infeksi HIV ditularkan dengan hubungan seksual, melalui jarum suntik dan tranfusi darah serta penularan dari ibu ke janinnya.
4. HIV tidak hanya menular pada kelompok homoseksual.
5. Wanita lima kali lebih rentan tertular HIV/AIDS ketimbang laki-laki karena bentuk alat kelamin perempuan lebih luas permukaannya sehingga mudah terkena cairan mani yang tinggal lebih lama dalam tubuh.
6. Saluran kelamin yang terluka memudahkan masuknya virus HIV.
7. Hubungan seksual melalui anus lebih beresiko menular daripada cara hubungan seksual lainnya karena jaringan anus lebih lembut.
8. Kekerasan seksual atau hubungan seksual dengan remaja perempuan lebih mempermudah terjadinya penularan.
9. HIV tidak ditularkan melalui:
  - a. Kontak tangan dan sentuhan kulit.
  - b. Penggunaan kamar mandi yang sama.
  - c. Berciuman.
  - d. Berenang bersama.
  - e. Keringat.
  - f. Batuk/bersin.
  - g. Makan dan minum bersama.
  - h. Gigitan nyamuk.

(Kumalasari, I., dkk., 2012).

Seseorang yang telah terinfeksi HIV umumnya sulit dibedakan dengan orang yang sehat di masyarakat. Mereka masih bisa melakukan

aktivitas sehari-hari, badan tidak terlihat sakit, dan mampu bekerja dengan baik. Seseorang yang sudah terinfeksi HIV akan melalui beberapa tahap untuk sampai pada fase AIDS. Di bawah ini merupakan tahapan perubahan HIV/AIDS.

1. Fase pertama: masa jendela (*window period*).

Pada awal terinfeksi gejala belum dapat dilihat walaupun penderita melakukan tes darah, karena pada fase ini sistem kekebalan tubuh terhadap HIV belum terbentuk, namun penderita sudah bisa menularkan orang lain. Masa ini disebut dengan *window period*, biasanya berkisar 1-6 bulan.

2. Fase kedua.

Lama infeksi berkisar 2-10 tahun setelah terinfeksi HIV. Pada tahap ini penderita sudah positif HIV namun belum menampilkan gejala sakit. Penderita dapat menularkan orang lain. Kemungkinan menderita gejala-gejala ringan seperti flu selama dua sampai tiga hari dan akan sembuh sendiri.

3. Fase ketiga.

Mulai timbul gejala-gejala awal penyakit. Belum dikatakan sebagai gejala AIDS namun sistem antibodi mulai berkurang. Gejala yang berhubungan dengan HIV meliputi:

- a. Keringat yang berlebihan saat malam hari.
- b. Diare yang tak kunjung sembuh.
- c. Pembengkakan pada kelenjar getah bening.
- d. Flu terus menerus.
- e. Nafsu makan menurun dan lemah.
- f. Berat badan terus menurun.

4. Fase keempat.

Telah memasuki fase AIDS. AIDS baru bisa terdiagnosis setelah antibodi sangat berkurang dilihat dari jumlah sel T (di bawah 2.001

mikro liter) dan muncul penyakit tertentu yang disebut dengan

infeksi oportunistik, yakni:

- a. Kanker khususnya kanker kulit (*sarcoma kaposi*).
- b. Infeksi paru-paru yang mengakibatkan radang paru-paru dan kesulitan bernapas (TBC biasanya diderita oleh penderita AIDS).
- c. Infeksi usus yang mengakibatkan diare hebat selama berminggu-minggu.
- d. Infeksi otak yang mengakibatkan kerusakan mental, sakit kepala, dan sariawan.

(Kumalasari, I., dkk., 2012).

Pencegahan penularan HIV/AIDS sebenarnya sama dengan pencegahan PMS yaitu sebagai berikut.

1. Melakukan hubungan seksual hanya setia pada satu pasangan atau menghindari hubungan-hubungan seksual dengan yang suka berganti-ganti pasangan.
2. Memiliki perilaku seksual yang bertanggung jawab dan setia pada pasangan.
3. Setiap darah yang ditranfusi harus dites HIV dan donor darah kepada saudara lebih sehat dan aman ketimbang donor darah profesional.
4. Menghindari injeksi, periksa dalam, prosedur pembedahan yang tidak steril oleh petugas kesehatan yang tidak profesional

(Kumalasari, I., dkk., 2012).

#### **2.4. Konsep *Youth Bridge Card***

*Youth bridge card* adalah suatu produk pemberdayaan remaja yang bertujuan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan sikap tentang triad Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR). *Youth bridge card* berasal dari bahasa Inggris yang berarti “Kartu Jembatan Muda”. Hal ini dimaksudkan bahwa *youth bridge card* digunakan sebagai kartu jembatan anak-anak muda. *Youth bridge card* sendiri terinspirasi dari visual kartu bridge atau kartu remi. Kartu *bridge* telah banyak diketahui oleh masyarakat khususnya kaum remaja dan merupakan salah satu permainan yang digemari.

Kartu *bridge* terdiri dari 4 jenis kartu yang meliputi wajik, love, waru, dan keriting yang masing-masing memiliki simbol berbeda. Terdapat kartu As untuk setiap jenis kartu tersebut. Selain itu juga terdapat joker yang berperan sebagai kartu bebas bagi pemainnya. Bentuk kartu *bridge* adalah persegi panjang dan setiap kartunya memiliki poin berupa angka dimulai angka 2,3,4 dst hingga 10 lalu dilanjutkan dengan Jack, Queen, King, serta As. Total jumlah kartu sebanyak 52 kartu dan 13 kartu untuk setiap jenisnya (Tjakra, 2014).

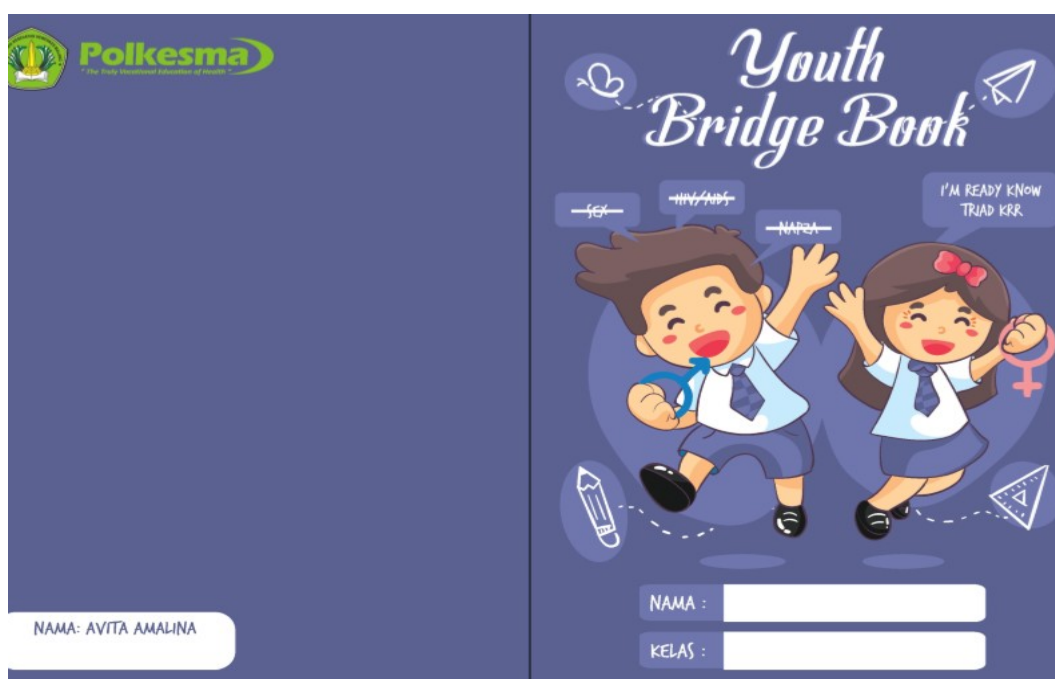
Di Indonesia, akrab dengan istilah permainan “41”, “capsa”, “cangkul”, dsb. Namun, yang populer di banyak negara misalnya poker, canasta, blackjack, casino, solitaire, bridge, dengan jumlah pemain yang berbeda-beda. Satu pak kartu remi dibagi menjadi 4 suit atau jenis kartu, yaitu sekop (spade), hati (heart), keriting (club) dan wajik (diamond). Setiap suit terdiri dari 13 kartu, terdiri dari As, dua, tiga, empat, lima, enam, tujuh, delapan, sembilan, sepuluh, Jack, Queen, King. Sehingga jumlah dari keempat suit adalah 52 kartu. Biasanya ditambah dengan 2 kartu joker, masing-masing berwarna hitam dan merah. Ada banyak

pendapat tentang asal usul kartu permainan ini. Ada yang berpendapat bahwa kartu permainan berasal dari evolusi dari sejenis permainan catur dari timur tengah. Namun diduga kuat kartu permainan ini berasal dari Cina. Kartu permainan muai berkembang sela zaman dinasti Tang (618-907 M). Dan saat pemerintahan dinasti Ming, kartu dengan figur manusia mulai dipakai. Kemudian kartu permainan menyebar keseluruh Asia, termasuk pemerintahan Islam, Mamluk di Mesir pada abad ke14. Dari sana mulai digunakan 52 kartu, 10 kartu mewakili angka satu sampai sepuluh. Lalu King, Deputy King, dan Thani na'ib (setingkat dibawah deputy). Kerajaan Islam pernah menaklukan Eropa, sehingga kartu permainan ikut menyebar. Prancis yang pertama membagi kartu mejadi sekop, hati, wajik dan keriting. Dan terus berkembang hingga menjadi seperti kartu remi yang kita kenal sekarang. Kartu remi adalah kertas tebal yang tidak besar, biasanya berbentuk persegi panjang (Tjakra, dkk., 2014).

Banyak sekali media yang telah diciptakan dan digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terkait kesehatan reproduksi. Ada penyuluhan-penyuluhan dengan metode yang bermacam-macam, menggunakan inovasi video, melalui poster, iklan, spanduk, maupun pembelajaran langsung di sekolah pada remaja. Namun sayangnya, media-media tersebut masih belum bisa meningkatkan pengetahuan dan sikap remaja terkait kesehatan reproduksi. Bahkan setelah BKKN membuat program triad kesehatan reproduksi remaja bahwa remaja perlu diberi materi tersebut yang sudah mencakup permasalahan yang dapat terjadi pada remaja tetap tidak memberikan dampak yang besar. Hal ini dibuktikan dengan tingkat pengetahuan yang rendah, dan berbagai permasalahan terkait

seksualitas seperti hubungan seks bebas, kehamilan tidak diinginkan, penyalahgunaan NAPZA, dan remaja yang terinfeksi HIV/AIDS. Dalam memberikan solusi permasalahan remaja perlu dilakukan upaya sejak dini dengan memberikan bekal kespro remaja pada siswa.

*Youth bridge card* memang terinspirasi dari kartu bridge namun memiliki desain yang berbeda. Pada *cover* depan kartu akan berisi pertanyaan atau



pernyataan dan jawaban pada kartu yang berbeda. Konsep kartu ini adalah kartu jodoh. Sehingga ada jumlah kartu yang sama yakni sebanyak 16 kartu yang memuat pertanyaan/pernyataan dan 16 kartu lainnya memuat jawaban dari pertanyaan/pernyataan tersebut. Total kartu yang akan dibuat sebanyak 32 kartu. *Youth bridge card* digunakan dengan buku yang diberi nama “*Youth Bridge Book*.” Jadi terdapat buku yang akan dibuat dan didesain sendiri sesuai dengan konsep triad kesehatan reproduksi remaja. Buku tersebut terdiri dari 8 halaman yang setiap halamannya ada 2 kartu yang sudah tertempel.

### **Gambar 2.1. Desain Cover Depan dan Cover Belakang *Youth Bridge Book***

*Youth bridge card* merupakan produk yang akan digunakan sebagai media pembelajaran yang langsung menekankan pada triad kesehatan reproduksi remaja sehingga produk ini akan bermanfaat bagi remaja yaitu siswa dan dijadikan produk pemberdayaan oleh guru bila sudah dikenalkan melalui prosedur yang sudah legal.

Adapun dalam membuat inovasi *youth bridge card* membutuhkan alat, bahan, dan prosedur pembuatan yang baik. Berikut adalah penjelasan terkait hal di atas :

#### 1. Alat

Alat yang digunakan untuk membuat *youth bridge card* adalah berikut ini.

- a. Spidol
  - b. Penggaris
  - c. Kertas HVS
  - d. Pensil
  - e. Bulpoin
  - f. Komputer/laptop
  - g. Dll
- #### 2. Bahan
- a. Aplikasi desain corel draw
  - b. Kertas (buku)
  - c. Sampul buku (depan dan belakang)
  - d. Kertas (kartu)
  - e. Dll
- #### 3. Prosedur Pembuatan

*Youth bridge card* dan *youth bridge book* dibuat dengan media percetakan.



Desain *youth bridge card* berbeda dengan kartu bridge. Kartu yang akan dibuat berbentuk persegi panjang seperti kartu bridge namun desain gambarnya berbeda. Bila kartu bridge berukuran tipis namun *youth bridge card* dibuat dengan ukuran panjang 9-10 cm, lebar  $\pm 6$  cm. Kartu ini memiliki desain *cover* depan dan belakang yang berbeda. *Cover* depan

didesain dengan *background* putih dan berisi tulisan berupa pertanyaan/pernyataan dan jawaban. Di atas pertanyaan terdapat tulisan “*Youth Bridge Card*” sebagai simbol produk. Tema untuk isi tulisan kasus tersebut adalah times new roman ukuran 12 dan jarak tulisan sebesar 1,5 cm.

Desain buku *youth bridge card* yaitu buku yang digunakan sebagai media untuk bermain kartu jodoh adalah berbentuk seperti buku catatan biasa yang terdiri dari 8 halaman dengan penjiilidan menggunakan ring. Desain *youth bridge book* untuk *cover* depan adalah gambar siswa dan siswi mengenakan seragam SMK. Terdapat tulisan *youth bridge book* sebagai simbol produk. Gambar siswa pada *cover* depan menggambarkan penolakan terhadap seks, NAPZA, dan HIV/AIDS. Sedangkan gambar siswi menggambarkan bahwa ia siap untuk menerima informasi terkait triad kesehatan reproduksi remaja. Pada bagian bawah buku terdapat keterangan nama dan kelas sebagai identitas buku yang akan diberikan pada remaja smk. Untuk *cover* belakang buku berisi logo polkesma di



**Gambar 2.2. Desain Youth Bridge Card**

sebelah kiri atas dan nama peneliti di kiri bawah.

### Gambar 2.3. Desain Halaman Pertama *Youth Bridge Book*

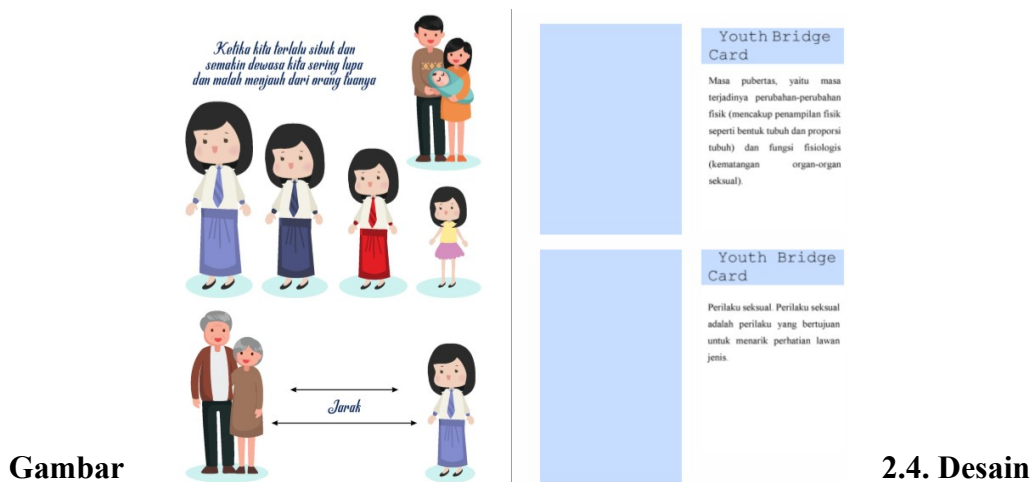
Desain halaman pertama berisi gambar siklus pertumbuhan anak laki-laki dari bayi, balita, SD, SMP, dan SMK. Dari setiap siklus terdapat gambar orang tua yang semakin lama akan semakin menjauh dari siklus kehidupan anak. Hal ini untuk

bahwa peran sangat penting umumnya pada hubungan antara orang tua bukan justru kian



menunjukkan orang tua karena pada usia remaja, remaja dan malah dekat memudar.

Untuk desain halaman disebelah gambar adalah halaman untuk menempelkan *youth bridge card* sehingga desain hanya akan menonjolkan kartu yang akan dipasang dan mampu membuat remaja fokus pada kartu pada saat membuka buku.

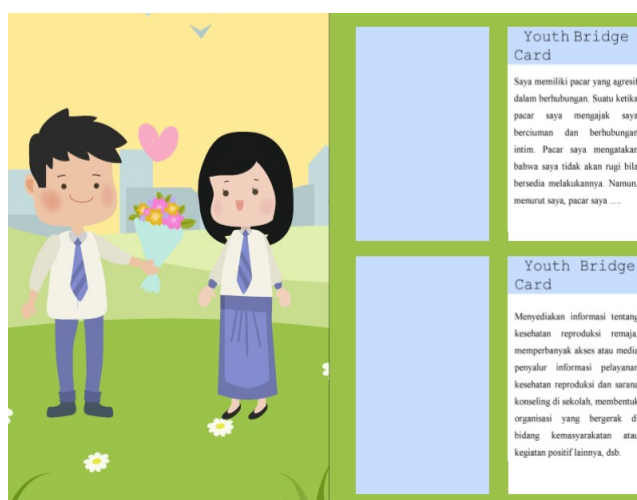


Gambar

## 2.4. Desain

Halaman Kedua *Youth Bridge Book*

Desain halaman kedua berisi gambar siklus pertumbuhan anak perempuan dari bayi, balita, SD, SMP, dan SMK. Dari setiap siklus terdapat gambar orang tua yang semakin lama akan semakin menjauh dari siklus kehidupan anak. Hal ini untuk menunjukkan bahwa peran orang tua sangat penting karena pada umumnya pada usia remaja, hubungan antara remaja dan orang tua bukan malah dekat justru kian memudar. Untuk desain halaman ketiga ini hampir sama dengan halaman pertama.



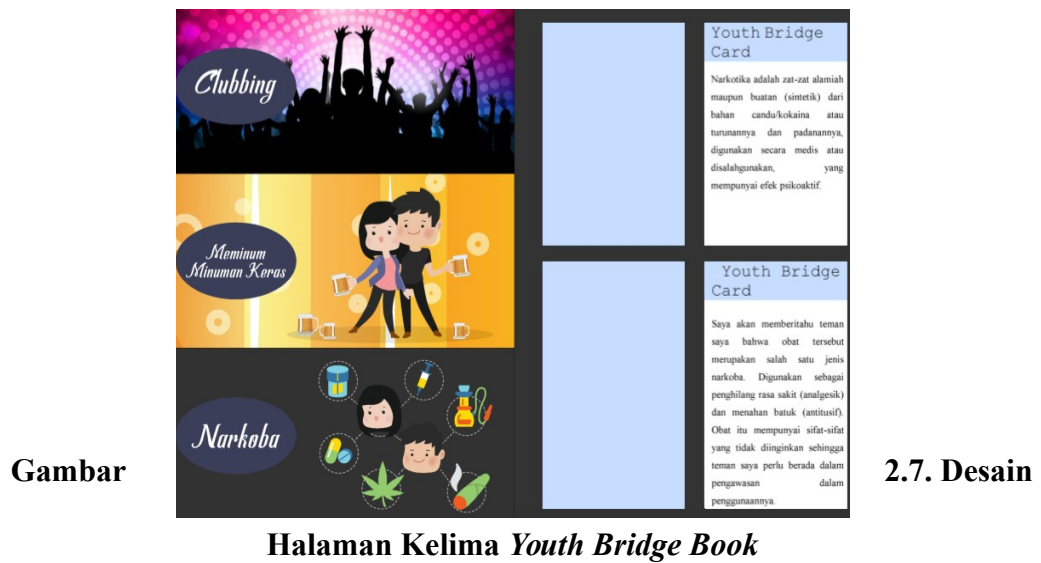
### Gambar 2.5. Desain Halaman Ketiga *Youth Bridge Book*

Desain halaman ketiga berisi gambar remaja laki-laki dan perempuan yang saling jatuh cinta. Tokoh ini adalah kelanjutan cerita dari gambar-gambar pada halaman sebelumnya. Pada halaman ini ingin diperlihatkan bahwa usia remaja adalah usia percintaan dimana hormon estrogen dan hormon progesteron menjadi tinggi.

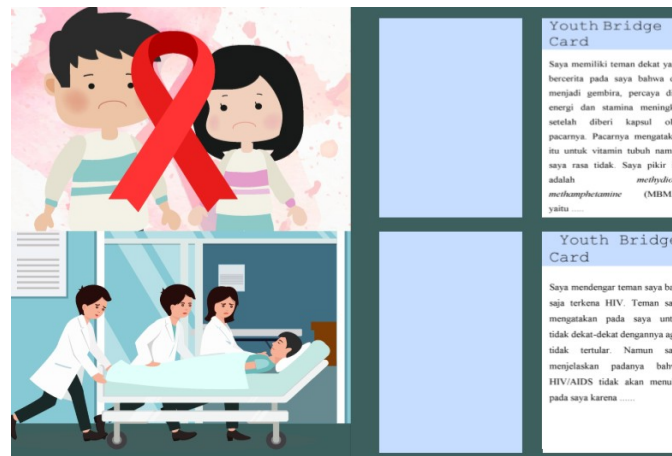


### Gambar 2.6. Desain Halaman Keempat *Youth Bridge Book*

Desain halaman keempat adalah gambar kedua lawan jenis tersebut yang telah menjadi pasangan dan melakukan kencan. Kencan pada remaja yang biasa dilakukan meliputi jalan-jalan dengan bergandengan tangan, duduk di taman sambil bersetuhan tangan, dan rebahan di rumput-rumputan berdua. Pada remaja laki-laki digambarkan sedang merokok saat sedang kencan dengan pasangannya.



Desain halaman kelima berisi gambaran pesta remaja di club malam, baik remaja laki-laki dan perempuan. Mereka melakukan pesta miras dan penyalahgunaan napza.



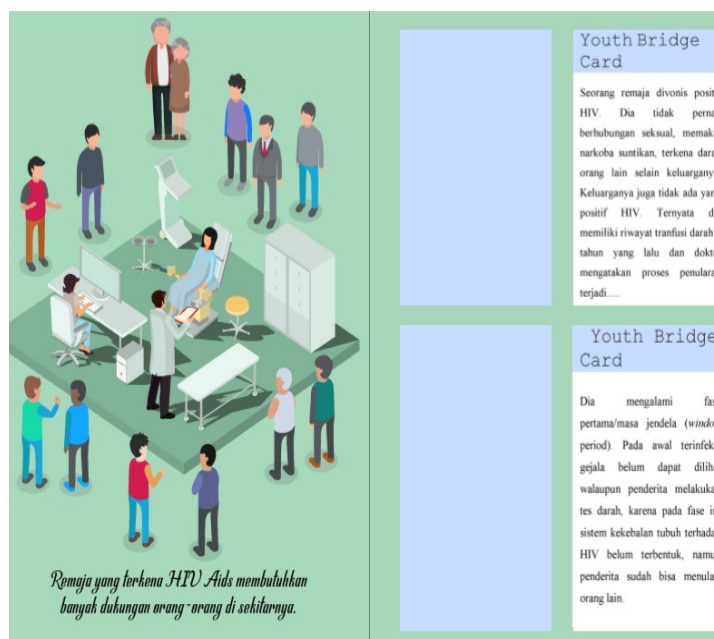
Gambar 2.8.

Desain

### Halaman Keenam *Youth Bridge Book*

Desain halaman keenam adalah gambaran remaja laki-laki dan perempuan yang telah terinfeksi HIV/AIDS akibat perbuatan mereka sebelumnya yaitu seks bebas, penyalahgunaan napza dan minuman terlarang/miras.

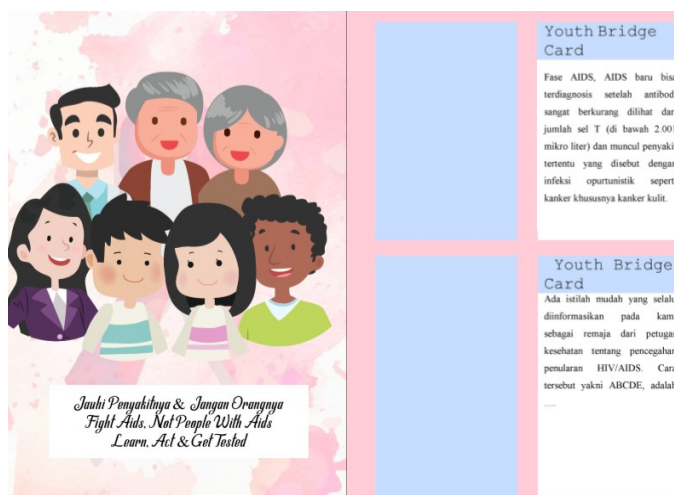
Desain halaman ketujuh berisi gambar lingkaran manusia yang di dalam lingkaran tersebut adalah remaja bermasalah (terinfeksi HIV/AIDS) dan di sekeliling di luar lingkaran tersebut ada beberapa orang yaitu orang tua, teman, guru, dan petugas kesehatan. Tujuan gambar tersebut adalah bahwa meskipun remaja sudah berbuat kesalahan dan mengakui kesalahannya banyak orang yang bersedia membantu remaja tersebut dari keterpurukannya.



Gambar

2.9.

### Desain Halaman Ketujuh *Youth Bridge Book*



**Gambar 2.10. Desain Halaman Kedelapan *Youth Bridge Book***

Desain halaman kedelapan menggambarkan remaja laki-laki dan perempuan di tengah saling bergandengan tangan dengan orang tua, guru, teman lainnya dan petugas kesehatan di samping mereka. Hal ini dimaksudkan bahwa remaja perlu bersama-sama dengan masyarakat membangun kehidupan yang sehat dengan peningkatan pengetahuan tentang Triad Kesehatan Reproduksi Remaja

(seksualitas, NAPZA, HIV/AIDS) sehingga dapat terhindar dari dampak yang ditimbulkan bila terjerumus dalam 3 hal tersebut.

#### 4. Prosedur

Prosedur permainan *youth bridge card* adalah menjodokan kartu ini pada kartu yang sudah ada dalam buku *youth bridge card*. Adapun prosedurnya diatur dalam bentuk modul pembelajaran permainan kartu ini.

*Youth bridge card* digunakan sebagai media pembelajaran tentang triad Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) pada siswa smk kelas x. Selama ini media pembelajaran tentang triad kesehatan reproduksi remaja yang meliputi seksualitas, NAPZA, dan HIV/AIDS masih berupa penyuluhan, pembelajaran di sekolah oleh guru dengan power point atau buku-buku. Pemanfaatan *youth bridge card* diharapkan mampu dijadikan media pembelajaran dengan cara bermain sesuai prosedur sehingga tujuan akhir yang dicapai yaitu peningkatan pengetahuan dan sikap siswa tentang triad kesehatan reproduksi remaja. Media pembelajaran berupa kartu sudah banyak dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2012) yang menggunakan kartu bilangan dalam pembelajaran matematika di kelas IV semester 1 SD Negeri Kawengen 02 Ungaran Timur. Selain itu, Hatmini (2011) dalam penelitian dengan judul “Upaya Meningkatkan Hasil Belajar Matematika Tentang KPK dan FPB Melalui Permainan Kartu Bilangan Bagi Siswa Kelas V SD Negeri Ngurensiti 02 Kecamatan Werdarijaksa Kabupaten Pati Semester I Tahun 2011/ 2012” menyimpulkan bahwa penggunaan media kartu bilangan dapat meningkatkan hasil belajar. Sejalan dengan penelitian tersebut, penelitian yang dilaksanakan Tahir (2012) dan Muin (2012) mengemukakan hal



yang sama yaitu melalui media permainan dapat meningkatkan hasil belajar siswa. Penelitian tersebut dapat meningkatkan pengetahuan siswa terkait dengan matematika. Namun *youth bridge card* dibuat sebagai media pembelajaran baru bagi siswa smk dalam meningkatkan pengetahuannya tentang program BKKBN yaitu triad kesehatan reproduksi remaja sehingga hasil akhir yang positif diharapkan dapat terbentuk dari permainan ini.

## **2.5. Konsep Teori Pengetahuan**

### **2.5.1. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap obyek terjadi melalui panca indra manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia didapatkan melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003 dalam Wawan., dkk., 2011).

### **2.5.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

#### **1. Faktor Internal**

##### **a. Pendidikan**

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk menggapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan dibutuhkan untuk mendapat informasi misalnya hal-

hal yang menunjang informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga bisa meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoadmojo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan dalam pembangunan (Nursalam, 2003) pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang maka mudah menerima informasi (Wawan., dkk., 2011).

b. Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip oleh Nursalam (2003), pekerjaan merupakan keburukan yang harus dikerjakan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan berkeluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, melainkan lebih banyak adalah cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja biasanya adalah kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan memiliki pengaruh terhadap kehidupan keluarga (Wawan., dkk., 2011).

c. Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip Nursalam (2003), usia merupakan umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. sedangkan menurut Hurlock (1998) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan

sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan., dkk., 2011).

## **2. Faktor Eksternal**

### **a. Faktor Lingkungan**

Menurut Ann.Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003), lingkungan adalah seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok (Wawan., dkk., 2011).

### **b. Sosial Budaya**

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi (Wawan., dkk., 2011).

### **2.5.3. Kriteria Tingkat Pengetahuan**

Kriteria tingkat pengetahuan adalah sebagai berikut (Wawan., dkk., 2011).

Baik : hasil presentase 76%-100%  
 Cukup : hasil presentase 56%-75%  
 Kurang : hasil presentase <56%

### **2.5.4. Pengukuran Pengetahuan**

Menurut Arikunto (2010), pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya.

Adapaun jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

#### **1. Pertanyaan Subjektif**

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis pertanyaan *essay* digunakan dengan penilaian yang melibatkan faktor subjektif dari penilai, sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilai dari waktu ke waktu.

#### **2. Pertanyaan Objektif**

Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choise*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat dinilai secara pasti oleh penilai.

Untuk mengukur pengetahuan hasil perolehan skor kemudian di presentasikan dengan menggunakan rumus;

$$P = \frac{\sum fx \cdot 100}{n}$$

Keterangan :

P : presentase skoring  
 $\sum f$  : jumlah frekuensi jawaban  
 n : jumlah responden total seluruhnya

Hasil presentase pengolahan kemudian diinterpretasikan dengan

menggunakan kategori :

- 1) Baik : dengan presentase 76-100%
- 2) Cukup : dengan presentase 56-75%
- 3) Kurang : dengan presentase <56%

### 2.5.5. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif adalah domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*ovent behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang dilandasi oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif memiliki 6 tingkat yaitu (Notoadmodjo, 2003 dalam Wawan., dkk., 2011).

#### 1. Tahu (*Know*)

Tahu didefinisikan sebagai penguasaan materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh

bahan yang dipelajari atau rancangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan dengan benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi lalu dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap suatu obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi didefinisikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis merupakan

suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

#### 6. Evaluasi (*Evaluation*)

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

### 2.6. Konsep Teori Sikap

#### 2.6.1. Definisi Sikap

Sikap manusia, atau disingkat dengan sikap, telah dikemukakan dalam berbagai pandangan oleh para ahli. Puluhan definisi dan pengertian itu pada umumnya bisa digolongkan ke dalam salah satu dari tiga kerangka pemikiran (Azwar, 2013).

Pertama, ahli psikologi seperti Louis Thurstone (1928, salah seorang tokoh terkenal di bidang pengukuran sikap), Rensis Likert (1932, seorang pionir di bidang pengukuran sikap), dan Charles Osgood. Menurut mereka, sikap merupakan bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) dan juga perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Berkowitz, 1972). Secara lebih spesifik, Thurstone sendiri memformulasikan sikap sebagai ‘derajat efek positif atau efek negatif terhadap suatu objek psikologis’ (Edwards, 1957). (Azwar, 2013).

Kelompok pemikiran ke dua diwakili oleh para ahli seperti Chave (1928), Bogardus (1931), LaPierre (1934), Mead (1934), dan Gordon Allport (1935, tokoh terkenal di bidang Psikologi Sosial dan Psikologi

Kepribadian) yang konsepsi mereka mengenai sikap lebih kompleks. Menurut kelompok pemikiran ini, sikap adalah semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon. LaPierre (1934 dalam Allen, Guy, Edgley, 1980) mendefinisikan sikap sebagai ‘suatu pola perilaku, teledensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimulasi sosial yang telah terkondisikan’ (Azwar, 2013).

Kelompok pemikiran ke tiga merupakan kelompok yang berorientasi pada skema triadik (*triadic scheme*). Menurut kerangka pemikiran ini suatu sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif, yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek. Secord dan Backman (1964), misalnya, mendefinisikan sikap sebagai ‘keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya’ (Azwar, 2013).

#### **2.6.2. Struktur Sikap**

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling melengkapi yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*), dan komponen konatif (*conative*). Komponen kognitif adalah representasi apa yang dipercayai individu pemilik sikap, komponen afektif adalah perasaan yang menyangkut aspek emosional, serta komponen konatif

adalah aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang (Azwar, 2013).

#### 1. Komponen Kognitif

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang tentang apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Untuk memperjelas, dapat dicontohkan isu tentang lokalisasi pelacur sebagai suatu objek sikap. Dalam hal ini, komponen kognitif sikap terhadap lokalisasi pelacur adalah apa saja yang dipercayai seseorang mengenai lokalisasi tersebut. Seringkali isu seperti ini, apa yang dipercayai seseorang itu adalah stereotipe atau sesuatu yang telah terpolakan dalam fikirannya. Apabila telah terpolakan dalam fikiran bahwa pelacuran adalah sesuatu yang negatif atau tidak baik maka lokalisasi pelacuran akan membawa asosiasi pola fikiran itu, lepas daripada maksud dan tujuan dibentuknya lokalisasi. Adapun juga menyangkut pelacuran akan membawa makna negatif dan orang menjadi percaya bahwa lokalisasi pelacuran pun membawa arti yang tidak baik itu (Azwar, 2013).

#### 2. Komponen Afektif

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Umumnya, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Akan tetapi, pengertian perasaan pribadi seringkali sangat berbeda perwujudannya bila dihubungkan dengan sikap. Contoh, dua orang yang mempunyai sikap negatif terhadap pelacuran misalnya, yang



seorang tidak menyukai pelacuran dan ketidaksukaannya ini berhubungan dengan ketakutan akan akibat perbuatan pelacuran sedangkan orang lain mewujudkan ketidaksukaannya dalam bentuk rasa benci atau jijik terhadap segala sesuatu yang menyangkut pelacuran. Begitu juga sikap negatif terhadap daging kuda dapat mengambil bentuk perasaan aneh terhadap daging kuda maupun rasa takut kalau-kalau daging kuda mengandung sesuatu yang tidak baik bagi kesehatan (Azwar, 2013).

Pada umumnya, reaksi emosional, yang merupakan komponen afektif ini banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang kita percayai sebagai benar dan berlaku bagi objek termaksud. Bila kita percaya bahwa pelacuran akan membawa kekotoran dan ancaman terhadap kesehatan, maka akan terbentuk perasaan tidak suka atau afeksi yang tak *favorable* terhadap pelacuran. Apabila kita mengetahui bahwa daging kuda sebenarnya lezat dan memiliki manfaat yang lebih besar daripada daging sapi, maka sangat mungkin bila terbentuk afek positif terhadap daging kuda, setidaknya-tidaknya tidak akan terbentuk perasaan tidak suka terhadap daging kuda tersebut (Azwar, 2013).

### 3. Komponen Perilaku

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Maksudnya, bagaimana seseorang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus

tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu, logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk tendensi perilaku terhadap objek. Apabila orang percaya bahwa daging kuda tidak enak rasanya, dan ia merasa tidak suka pada daging kuda, maka wajar bila ia tak mau makan daging kuda (Azwar, 2013).

Konsistensi antara kepercayaan sebagai komponen kognitif, perasaan sebagai komponen afektif, dengan tendensi perilaku sebagai komponen konatif seperti itulah yang menjadi landasan dalam usaha penyimpulan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap (Azwar, 2013).

### **2.6.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap**

#### **1. Pengalaman Pribadi**

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat memiliki tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif, akan tergantung pada berbagai faktor lain (Azwar, 2013).

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi

yang melibatkan faktor emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas (Azwar, 2013).

2. Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya yang mempunyai norma longgar bagi pergaulan heteroseksual, sangat mungkin kita akan mempunyai sikap yang mendukung terhadap masalah kebebasan pergaulan heteroseksual. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mementingkan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan memiliki sikap negatif terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan (Azwar, 2013).

Tanpa kita sadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengarah kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pula lah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepribadian individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominansi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual (Azwar, 2013).

3. Orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita adalah salah satu diantara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang kita anggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah dan pendapat kita, seseorang yang tidak ingin kita kecewakan, atau seseorang yang berarti khusus bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap

sesuatu. Di antara orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami, dan lain-lain (Azwar, 2013).

#### 4. Media Massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa contohnya televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lainnya memiliki pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang bisa mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu (Azwar, 2013).

#### 5. Istitusi atau Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada

gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal (Azwar, 2013).

#### 6. Faktor Emosi dalam Diri Individu

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang membentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang akan tetapi dapat pula adalah sikap yang lebih persisten dan bertahan lama. Suatu contoh bentuk sikap yang didasari oleh faktor emosional adalah prasangka (*prejudice*) (Azwar, 2013).

#### 2.6.4. Pengukuran Sikap

Metode pengukuran sikap dalam bentuk *self-report* yang sampai sekarang dianggap paling bisa diandalkan adalah dengan menggunakan daftar pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh individu yang disebut sebagai skala sikap (Azwar, 2013).

Skala sikap (*attitude scales*) merupakan kumpulan pertanyaan-pertanyaan mengenai suatu objek sikap. Dari respon subjek pada setiap pertanyaan itu kemudian dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang. Pada beberapa bentuk skala dapat juga diungkapkan mengenai instrumen pengungkapan sikap individu ataupun sikap kelompok bukanlah sesuatu yang mudah. Betapa pun besar usaha dan kerja yang dicurahkan dalam penyusunan skala sikap, tetap saja terdapat celah-celah kelemahan yang menjadikan skala itu kurang berfungsi

sebagaimana mestinya sehingga tujuan pengungkapan sikap yang diinginkan tidak seluruhnya tercapai (Azwar, 2013).

Salah satu sifat skala sikap yaitu isi pernyataannya yang dapat berupa pernyataan langsung yang jelas tujuan ukurnya akan tetapi dapat juga berupa pernyataan tidak langsung yang tampak kurang jelas tujuan ukurnya bagi responden. Walaupun responden bisa mengetahui bahwa skala tersebut bertujuan mengukur sikap namun pernyataan tidak langsung ini biasanya tersamar dan mempunyai sifat proyektif. Respons individu terhadap stimulus (pernyataan-pernyataan) sikap yang berupa jawaban setuju atau tidak setuju itulah yang menjadi indikator sikap seseorang. Respons yang tampak, yang dapat diamati langsung dari jawaban yang diberikan seseorang, adalah bukti satu-satunya yang dapat kita peroleh. Itulah yang menjadi dasar bagi kita untuk menyimpulkan sikap seseorang atau sikap sekelompok orang (Azwar, 2013).

Penentuan nilai skala dengan memberikan bobot dalam satuan deviasi normal bagi setiap kategori jawaban merupakan cara yang cermat dan akan menghasilkan interval nilai yang tepat dalam meletakkan masing-masing kategori pada suatu kontinum psikologis. Adanya fasilitas komputer sangat memudahkan prosedur analisisnya sehingga walaupun cara itu memerlukan waktu dan tenaga yang banyak, setiap penyusun skala sikap hendaklah berusaha melakukannya (Azwar, 2013).

Dengan cara yang sederhana, untuk suatu pernyataan yang bersifat *favorabel* jawaban STS diberi nilai 1, jawaban TS diberi nilai 2, jawaban S diberi nilai 3, dan jawaban SS diberi nilai 4, TS diberi nilai 3, S diberi

nilai 2, dan respons SS diberi nilai 1. Cara penentuan ini diberlakukan bagi semua pernyataan sikap yang ada (Azwar, 2013).

#### **2.6.5. Skor Sikap dan Interpretasinya**

Interpretasi skor individual pada skala model Likert tidak dapat dilepaskan dari keadaan distribusi skor kelompok dimana responden tersebut berada. Dengan suatu skala sikap yang terdiri dari 30 pernyataan, responden yang mendapat skor di sekitar angka 0 dapat dikatakan memiliki sikap yang tak *favorable* atau negatif terhadap suatu objek sikap karena untuk mendapat skor serendah itu tentunya ia menjawab “sangat tidak setuju” pada hampir seluruh pernyataan *favorable* dan menjawab “sangat setuju” pada hampir seluruh pernyataan tak *favorable*. Sebaliknya, seorang responden yang menjawab skala yang sama dan mendapat skor mendekati maksimal atau sekitar 120 dapat dikategorikan memiliki sikap *favorable* atau positif terhadap objek sikap dikarenakan untuk memperoleh skor maksimal ia harus menjawab “sangat setuju” pada hampir seluruh pernyataan *favorable* dan menjawab “sangat tidak setuju” pada hampir semua pernyataan tak *favorable* (Azwar, 2013).

Masalahnya akan lain jika skor responden lebih besar daripada 0 dan lebih kecil daripada skor maksimal. Suatu skor selalu berarti bahwa skor tersebut mengindikasikan sikap yang netral. Hal itu dikarenakan titik netral pada skala rating yang dijumlahkan pada dasarnya tidak diketahui. Memang benar bahwa untuk satu pernyataan kategori jawaban netral berada di tengah di antara lima kategori, akan tetapi untuk keseluruhan pernyataan yang ada dalam suatu skala, skor tengah belum tentu berarti netral. Suatu skor 60 pada 30 pernyataan mungkin dihasilkan oleh

jawaban-jawaban terhadap pernyataan *favorable* dan tak *favorable* yang menghasilkan skor pernyataan seimbang. Misalnya, skor 60 masing 4 dan 15 pernyataan lagi yang kesemuanya mendapat skor 0, dalam hal ini kita tidak dapat mengatakan bahwa responden mempunyai sikap yang netral (Azwar, 2013).

Suatu cara untuk memberikan interpretasi terhadap skor individual dalam skala rating yang dijumlahkan adalah dengan membandingkan skor tersebut dengan harga rata-rata atau mean skor kelompok dimana responden itu termasuk. Perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor individual sebagai lebih atau kurang favorabel dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Agar perbandingan itu menjadi punya arti, maka dinyatakan dalam satuan deviasi standar kelompok itu sendiri yang artinya kita harus mengubah skor individual menjadi skor standar. Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model likert adalah :

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{s}$$

$X$  = skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor T  
 $\bar{X}$  = mean skor kelompok

$s$  = deviasi standar skor kelompok

Harga  $\bar{X}$  dan  $s$  dihitung sebagaimana telah dijelaskan dalam perhitungan harga  $t$  tetapi masing-masing harga tersebut dihitung dari seluruh responden tanpa memisahkan antara kelompok A dan kelompok B. Perlu diingat bahwa perhitungan harga  $\bar{X}$  dan  $s$  tidak dilakukan pada distribusi skor pada satu pernyataan saja, melainkan dihitung dari

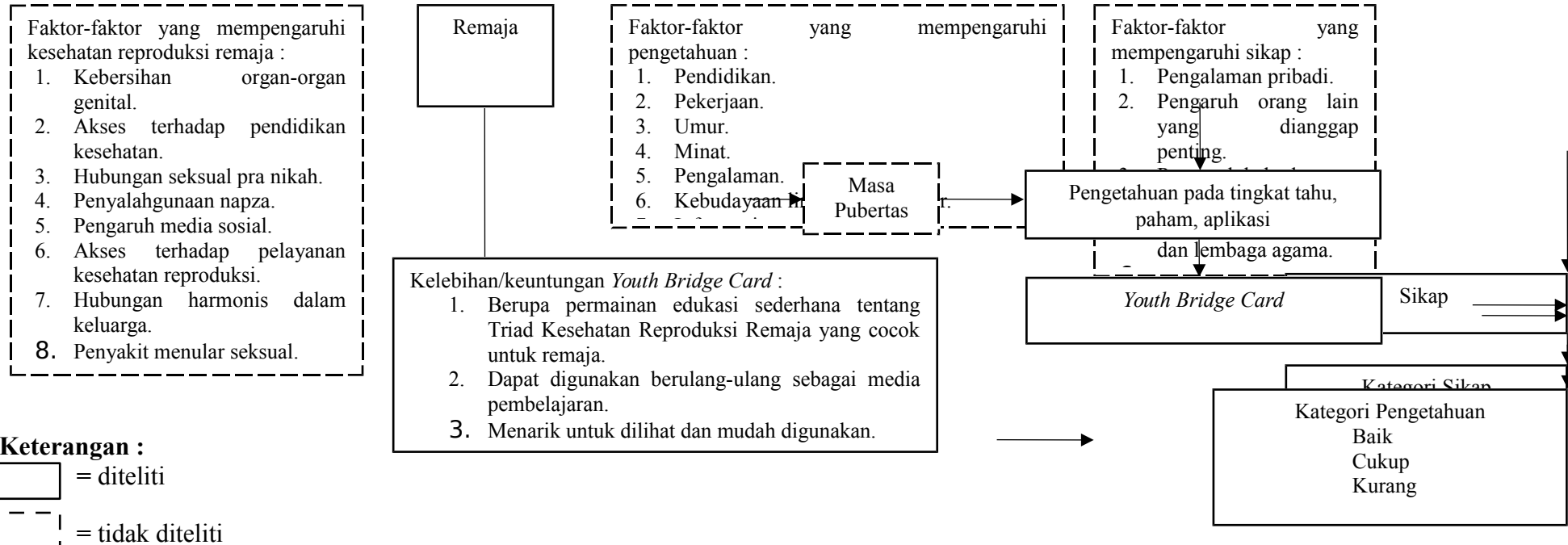


distribusi skor total keseluruhan responden, yaitu skor sikap para responden untuk keseluruhan pernyataan (Azwar, 2013).

#### **2.6.6. Indikator Sikap**

Sikap positif (*favorable*) jika dapat skor T sikap lebih besar atau sama dengan rata-rata (*mean*), sikap negatif (*unfavorable*) jika didapat skor T kurang dari atau sama dengan rata-rata (*mean*) (Azwar, 2013).

**2.7. Kerangka Konsep Penelitian**



**Gambar 2.11. Kerangka Konsep Pengaruh Youth Bridge Card Sebagai Media Pembelajaran Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Pada Siswa Kelas X Tentang Triad Kesehatan Reproduksi Remaja di SMK Taruna Bangsa Wagir.**

## 2.8. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.

H1 : Ada perbedaan pengetahuan sebelum dan setelah diberikan media *youth bridge card* tentang triad kesehatan reproduksi remaja.

H2 : Ada perbedaan sikap sebelum dan setelah diberikan media *youth bridge card* tentang triad kesehatan reproduksi remaja.

