

Perbandingan Efektivitas Reduksi Risiko Komprehensif dengan Edukasi Abstinensia dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Mencegah Kehamilan Remaja

Devi Andarwati, Djatnika Setiabudi, Meita Dhamayanti
Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/RSUP Dr. Hasan Sadikin, Bandung

Latar belakang. Insidens kehamilan remaja terus meningkat. Reduksi risiko komprehensif terbukti efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku mencegah kehamilan remaja. Beberapa penelitian membuktikan edukasi abstinensia efektif mencegah kehamilan remaja, namun sebagian lagi tidak.

Tujuan. Membandingkan dan menganalisis efektivitas reduksi risiko komprehensif dan edukasi abstinensia dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku mencegah kehamilan remaja.

Metode. *Randomized controlled trial* dilakukan sejak Maret sampai April 2017 pada 179 remaja usia 13–18 tahun, di dua sekolah menengah Kabupaten Bandung yang diberikan intervensi reduksi risiko komprehensif dan edukasi abstinensia. Kuesioner pre dan post test digunakan untuk mengukur efektivitas kedua intervensi. Wilcoxon signed rank test digunakan untuk melihat efektivitas intervensi pada masing-masing kelompok. Mann-Whitney U digunakan untuk membandingkan efektivitas kedua intervensi.

Hasil. Intervensi reduksi risiko komprehensif bermakna lebih efektif meningkatkan komponen pengetahuan nilai KAP sebesar 19,03% ($p < 0,001$), komponen sikap 8,11% ($p < 0,001$), komponen perilaku 33,33% ($p = 0,012$), serta 12,50% ($p < 0,001$) nilai KAP keseluruhan. Edukasi abstinensia meningkatkan komponen pengetahuan 4,55%, sikap 0,00%, perilaku 16,67%, serta nilai KAP keseluruhan 3,077%.

Kesimpulan. Intervensi reduksi risiko komprehensif lebih efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan mencegah kehamilan remaja dibandingkan intervensi edukasi abstinensia. **Sari Pediatri** 2017;19(1):14-9

Kata kunci: edukasi abstinensia, reduksi risiko komprehensif, pendidikan seksual, remaja

The Effectiveness of Comprehensive Risk Reduction and Abstinence-only Education Intervention to Increase Knowledge, Attitude, and Practice Toward Adolescent Pregnancy

Devi Andarwati, Djatnika Setiabudi, Meita Dhamayanti

Background. The Indonesian adolescent pregnancy incidence continues to increase. Previous studies have proven the effectiveness of comprehensive risk reduction to prevent toward adolescent pregnancy, but can not conclude the effectiveness of abstinence-only education.

Objective. To compare the effectiveness of comprehensive risk reduction and abstinence-only education in increasing knowledge, attitude, and practice toward adolescent pregnancy.

Methods. A randomized controlled trial held from March to April 2017 upon 179 teenager aged 13–18 years old in 2 high school at the district of Bandung. A questionnaire was used to measure the effectiveness of each intervention. Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test was used to compare the effectiveness of within and between intervention groups.

Results. The comprehensive risk reduction intervention significantly improves 19.03% ($p < 0.001$) of knowledge score, 8.11% ($p < 0.001$) of attitude score, 33.33% ($p = 0.012$) of behavioral score, and 12,50% ($p < 0.001$) of overall KAP score. Abstinence-only education increases 4.55% of knowledge score, 0.00% of attitude score, 16.67% of behavior score, and 3.077% of overall KAP score.

Conclusion. Comprehensive risk reduction intervention is more effective in improving knowledge, attitudes, and skills to prevent adolescent pregnancy than abstinence-only education. **Sari Pediatri** 2017;19(1):14-9

Keywords: abstinence-only, adolescence, comprehensive risk reduction, sexual education

Alamat korespondensi: Dr. Devi Andarwati, Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran UNPAD Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung
Jl. Pasteur no. 38 Bandung, Indonesia 40163. E-mail: devimaminyashaffa@yahoo.com

Kehamilan remaja merupakan masalah kesehatan di berbagai belahan dunia. World Health Organization (WHO) menyatakan sekitar 16 juta remaja usia 15–19 tahun melahirkan setiap tahunnya, kurang lebih 11% dari total persalinan dunia, 95% di antaranya terjadi di negara berkembang.¹ Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan angka fertilitas remaja atau *age specific fertility rate* (ASFR) Indonesia pada kelompok usia 15–19 tahun meningkat dari 37 per 1000 kehamilan menjadi 48 per 1000 kehamilan.² Risiko kematian (*maternal mortality*) kehamilan remaja 2 sampai 5 kali risiko kematian ibu berusia 18–25 tahun.³ Risiko kematian neonatal 6–55% lebih tinggi pada ibu remaja. Kehamilan remaja juga sering berakhir dengan aborsi.¹

Kehamilan remaja merupakan konsekuensi perilaku seksual berisiko remaja (hubungan seksual yang tidak aman). Remaja perlu mengembangkan kemampuan praktis untuk meningkatkan ketahanan mereka terhadap perilaku berisiko agar prevalensi kehamilan remaja dapat diturunkan.⁴ Pendekatan pendidikan seksualitas paling populer digunakan adalah edukasi abstinensia dan reduksi risiko komprehensif. Reduksi risiko komprehensif mempromosikan perilaku mencegah atau mengurangi risiko kehamilan remaja.⁵ Penelitian terdahulu membuktikan bahwa reduksi risiko komprehensif efektif mencegah kehamilan remaja.^{5–10} Edukasi abstinensia mempromosikan tidak atau menunda hubungan seksual hingga pernikahan. Beberapa penelitian membuktikan edukasi abstinensia efektif mencegah kehamilan remaja,^{11,12} tetapi sebagian lainnya membuktikan tidak.^{8,9,12} Penelitian ini bertujuan membandingkan efektivitas reduksi risiko komprehensif dan edukasi abstinensia dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, serta keterampilan mencegah kehamilan pada remaja.

Metode

Penelitian ini merupakan *randomized control trial* dengan *pre* dan *post test* terhadap remaja laki-laki dan perempuan, bersekolah di kelas X dan XI SMA (atau sederajat), bertempat tinggal di Kabupaten Bandung, serta telah memberikan persetujuan tertulis ikut serta dalam penelitian. Kuesioner survei pencegahan kehamilan remaja *North Carolina Department of Health and Human Services* yang beberapa pertanyaannya

disesuaikan dengan materi dari buku modul kesehatan remaja BKKBN, digunakan sebagai alat ukur. Kuesioner terbagi atas 9 pertanyaan pengetahuan berupa pertanyaan benar atau salah dengan nilai 1 untuk jawaban benar dan 0 untuk jawaban salah (nomor 9–17), serta 3 pertanyaan pilihan ganda dengan nilai 0–6 (nomor 48–50). Total nilai maksimal untuk pengetahuan 25. Dua puluh satu pertanyaan skala Likert untuk sikap dengan skala 0–3 dan nilai maksimal 63, serta 3 pertanyaan pilihan ganda tentang perilaku (nomor 32–34) dengan nilai 0–6 dan nilai maksimal 12. Kuesioner telah dilakukan uji keandalan menggunakan tehnik Alfa Cronbrach dan uji kesahihan menggunakan rumus korelasi Pearson dengan hasil koefisien validitas 0,79 dan nilai reliabilitas 0,82. Kriteria eksklusi adalah pernah mendapat pelatihan khusus edukasi abstinensia atau reduksi komprehensif sebelumnya.

Variabel tergantung adalah nilai pengetahuan, sikap, serta perilaku. Variabel bebas adalah intervensi Reduksi Risiko Komprehensif (RRK) dan Edukasi Abstinensia(EA). Perbedaan karakteristik kedua kelompok dianalisis menggunakan uji *two sample* Komolgorov-Smirnov, untuk data yang sangat kecil digunakan uji Fisher's *exact*. Analisis bivariat Wilcoxon *signed rank test* digunakan untuk menilai efektivitas intervensi terhadap variabel tergantung, analisis Mann-Withney U digunakan untuk membandingkan efektivitas antara kedua intervensi. Nilai $p < 0,05$ dianggap signifikan secara statistik. Data diolah melalui program *statistical package for the social sciences* (SPSS) versi 21.0 *for windows*. Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Padjadjaran.

Hasil

Remaja yang memenuhi kriteria inklusi dipilih secara random sebagai subjek penelitian dan dibagi dalam 2 kelompok intervensi, setiap kelompok terdiri dari 93 orang. Tujuh subjek pada kelompok EA tidak diikutsertakan karena tidak mengikuti keseluruhan proses penelitian sehingga tersisa 86 subjek yang diikutsertakan pada analisis hasil penelitian. Usia median subjek pada kedua kelompok 16 tahun. Usia termuda 13 tahun pada kelompok EA dan 14 tahun pada kelompok RRR; tertua 18 tahun pada kedua kelompok. Karakteristik subjek penelitian tertera pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik	Kelompok RRK N=93	Kelompok EA N=86	Kesetaraan (nilai p)
Jenis kelamin, %			
Laki-laki	22 (24)	35 (41)	0,149*
Perempuan	71 (76)	51 (59)	
Usia			
Median (rentang)	16(13-18)	16(14-18)	0,150**
Pernah/tidak berhubungan seksual, %			
Ya	0	2 (2)	1,000***
Tidak	93 (100)	84 (98)	
Edukasi kehamilan remaja sebelumnya, %			
Ya	83 (89)	70 (81)	0,946***
Tidak	10 (11)	11 (13)	
Tidak Tahu	0	5 (6)	
Sumber informasi kehamilan remaja			
Orang tua	4 (4)	3 (3)	0,171*
Guru, %	19 (20)	4 (5)	
Teman	29 (31)	33 (38)	
Media	33 (36)	26 (30)	
Lainnya	8 (9)	20 (24)	

Keterangan: kesetaraan karakteristik kedua kelompok dianalisis menggunakan analisis *two sample* Komolgorov-Smirnov* dan Mann-Whitney U**, untuk data yang sangat kecil jumlahnya digunakan uji *Fisher's exact****, nilai p<0,05 dianggap signifikan secara statistik. RRK: reduksi risiko komprehensif, EA: edukasi abstinensia.

Tidak ada perbedaan karakteristik yang signifikan pada kedua kelompok intervensi sehingga tidak diikutsertakan dalam analisis selanjutnya. Tabel 2 memperlihatkan perbedaan nilai KAP sebelum dengan sesudah intervensi pada setiap kelompok. Analisis statistik menunjukkan perbedaan bermakna seluruh komponen nilai KAP sebelum dan sesudah intervensi kelompok RRK, sementara kelompok EA hanya pada komponen perilaku.

Analisis perbandingan efektivitas intervensi RRK dengan EA tertera pada Tabel 3. Analisis menunjukkan perbedaan efektivitas bermakna antara intervensi reduksi risiko komprehensif dan edukasi abstinensia dalam meningkatkan nilai KAP.

Pembahasan

Usia median subjek kedua kelompok 16 tahun. Usia termuda kelompok RRK dan EA adalah 14 dan 13 tahun. Sementara usia tertua adalah 18 tahun pada kedua kelompok. Sebagian besar subjek pada kedua

Tabel 2. Efektivitas intervensi reduksi risiko komprehensif dan edukasi abstinensia dalam meningkatkan nilai KAP

Kelompok	Variabel (med; rentang)	Nilai KAP	p
RRK	Pengetahuan		<0,001
	Awal	19,00; (10-26)	
	Akhir	23,00; (17-29)	
	Sikap		<0,001
	Awal	34,00; (8-40)	
	Akhir	36,00; (30-43)	
EA	Perilaku		<0,001
	Awal	8,00; (4-35)	
	Akhir	11,00; (6-15)	
	Pengetahuan		0,432
	Awal	21,00; (12-37)3	
	Akhir	21,00; (11-26)	
EA	Sikap		0,990
	Awal	36,00; (13-53)	
	Akhir	35,00; (24-39)	
	Perilaku		<0,001
	Awal	9,00; (4-38)	
	Akhir	10,50; (5-17)	

Tabel 3. Perbandingan proporsi perubahan nilai KAP intervensi RRK dengan EA

Keterangan	Proporsi perubahan nilai KAP kelompok (%)		Nilai p
	RRK	EA	
	(N=93)	(N=86)	
a. Pengetahuan			
Median	19,03	4,55	<0,001
Rentang	-12,50-140,00	-45,00-140,00	
b. Sikap			
Median	8,11	0,00	<0,001
Rentang	-13,51-412,50	-41,51-161,54	
c. Perilaku			
Median	33,33	16,67	0,012
Rentang	-77,14-250,00	-78,95-160,00	
Total perubahan			
Median	12,50	3,077	<0,001
Rentang	-7,04-70,00	-33,33-70,00	

Keterangan: Analisis menggunakan uji Mann-Whitney U, nilai $p < 0,05$ dianggap signifikan secara statistik

kelompok perempuan pernah mendapat informasi kehamilan remaja. Subjek kelompok RRK sebagian besar didapatkan dari media sementara kelompok EA dari teman. Terdapat subjek pernah melakukan hubungan seksual di kelompok EA. Perbedaan karakteristik kedua kelompok ini tidak bermakna secara statistik sehingga tidak memengaruhi hasil penelitian.

Penelitian kami membuktikan bahwa intervensi RRK bermakna meningkatkan nilai komponen pengetahuan, sikap, dan perilaku, sementara intervensi EA hanya bermakna meningkatkan komponen perilaku nilai KAP. Penelitian kami juga memperlihatkan intervensi RRK bermakna lebih efektif dibandingkan edukasi abstinensia.

Peningkatan bermakna nilai KAP pada kelompok RRK sesuai hasil penelitian di Amerika Serikat.¹³ Penelitian tersebut menyimpulkan program seksualitas komprehensif bermakna efektif memperbaiki pengetahuan serta perilaku remaja, tanpa memandang etnis maupun jenis kelamin.⁷ Intervensi RRK bertujuan mengubah pengetahuan, sikap, serta meningkatkan pemahaman dan keterampilan mencegah atau mengurangi risiko kehamilan remaja melalui promosi abstinensia dan perilaku seksual sehat. Perilaku seksual non coital merupakan faktor presipitasi perilaku seksual coital. Intervensi RRK memberikan keterampilan mencegah perilaku seksual non coital dengan mengajarkan bagaimana mengekspresikan seksualitas

sesuai kepatutan, sehat, dan bertanggungjawab.^{6,14,15} Sesuai hasil penelitian kami, intervensi reduksi risiko komprehensif selain meningkatkan pengetahuan dan sikap juga meningkatkan pemahaman serta perilaku mencegah kehamilan remaja. Perilaku yang dinilai pada adalah *covert behavior* atau perilaku pasif, untuk membuktikan apakah perilaku pasif ini berkembang menjadi aktif (*overt behaviour*) perlu dilakukan penelitian dengan durasi lebih panjang. *Covert behavior* sudah menggambarkan setengah proses adopsi perilaku baru,¹⁶ diharapkan intervensi RRK mempercepat proses trial dan adopsi perilaku seksual sehat.

Intervensi edukasi abstinensia hanya bermakna meningkatkan perilaku mencegah kehamilan remaja. Hasil ini berbeda dengan hasil evaluasi intervensi edukasi abstinensia pada 15 sekolah di Amerika Serikat yang menyimpulkan edukasi EA efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, serta mencegah perilaku seksual berisiko pada pelajar sekolah menengah atas.¹⁷ Menurut teori perubahan perilaku biasanya didahului perubahan pengetahuan dan sikap. Beberapa faktor yang memengaruhi pengetahuan adalah lingkungan, budaya, minat, serta pengalaman.¹⁶ Penelitian ini dilakukan di Indonesia dengan lingkungan dan budaya yang berbeda dengan Amerika Serikat. Materi eksplisit tentang seks masih tabu dibicarakan di Indonesia. Hal tersebut memengaruhi absorpsi dan retensi pengetahuan yang diberikan. Subjek penelitian baru pertama kali mendapat materi intervensi EA, durasi pemberian intervensi hanya 2 minggu, sementara pada penelitian di Amerika tidak dijelaskan apakah subjek penelitian pernah mendapat intervensi serupa, durasi intervensi juga lebih lama (5 minggu). Minat tidak dapat dinilai karena penelitian bersifat kuantitatif. Penelitian kualitatif lebih lanjut dapat menggali faktor endogen yang memengaruhi absorpsi dan retensi pengetahuan remaja. Sikap merupakan respons pasif terselubung individu terhadap rangsang (*covert behavior*). Pembentukan sikap memerlukan waktu berbeda pada satu individu dan yang lain, dan bergantung pada faktor pendukung (*enabling factor*), serta pendorong (*reinforcing factor*).¹⁶ Waktu penelitian yang singkat tidak cukup menilai perubahan sikap.

Intervensi reduksi risiko komprehensif lebih efektif dibandingkan edukasi abstinensia, berbeda dengan hasil metaanalisis di Amerika. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa RRK efektif meningkatkan pengetahuan, sikap, serta perilaku mencegah kehamilan remaja, PMS, serta HIV. Namun, belum bisa ditarik

kesimpulan apakah ada perbedaan efektivitas EA dibandingkan RRK.⁶ Hal tersebut mungkin disebabkan pada telaah literatur, subjek, tempat, serta durasi penelitian sangat heterogen. Efektivitas intervensi EA pada metaanalisis tersebut sulit ditelaah karena jumlah penelitian terlalu sedikit, desain penelitian yang ditelaah lemah, serta heterogenitas implementasi intervensi. Perbedaan hasil juga disebabkan efektivitas yang dinilai pada meta analisis tersebut adalah luaran jangka panjang dan perilaku aktif remaja. Sementara itu, penelitian kami menganalisis luaran jangka pendek berupa pengetahuan dan perilaku pasif. Penelitian kami merupakan penelitian *randomized controlled trial* dengan subjek homogen sehingga efektivitas intervensi sah dan andal.

Hasil penelitian kami juga berbeda dengan penelitian *randomized controlled trial* di Amerika Serikat. Hasil penelitian tersebut melaporkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna kedua intervensi mencegah perilaku seksual berisiko. Perbedaan mungkin disebabkan perbedaan usia rata-rata subjek penelitian. Subjek yang diteliti adalah remaja tengah sementara subjek pada penelitian di Amerika adalah remaja dini. Perkembangan kognitif serta moral remaja dini dan tengah berbeda. Remaja dini masih berpikir kongkrit dan akan mengikuti aturan untuk menghindari hukuman, sementara remaja tengah dipengaruhi emosi dan sebaya.¹⁸ Durasi pemberian intervensi serta waktu penelitian juga berbeda. Intervensi RRK dan EA diberikan 8 jam pelajaran dan dievaluasi selama bertahan selama 24 bulan pada penelitian di Amerika. Sementara kami memberikan 4 jam pelajaran dan dievaluasi pada akhir intervensi. Durasi dan frekuensi implementasi kurikulum sangat memengaruhi luaran intervensi.¹⁹

Keterbatasan penelitian kami adalah waktu penelitian yang pendek sehingga tidak dapat mengevaluasi luaran jangka panjang intervensi. Metode penelitian bersifat kuantitatif sehingga tidak bisa menggali faktor eksogen dan endogen lain yang memengaruhi sikap dan perilaku. Perlu penelitian dengan durasi lebih panjang dan *indepth mixed methode* untuk melihat luaran serta faktor eksogen dan endogen terkait.

Kesimpulan

Intervensi reduksi risiko komprehensif lebih efektif dibandingkan edukasi abstinensia dalam meningkatkan

pengetahuan, sikap, serta keterampilan mencegah kehamilan pada remaja. Hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan dalam memilih metode pendidikan seksualitas untuk mencegah kehamilan remaja.

Daftar pustaka

1. Heine MA. Adolescent pregnancy. MPS NOTES 2008; 1(1):1-4.
2. BPS, BKKBN, Kemenkes, penyunting. Survei demografi dan kesehatan Indonesia. Jakarta: BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan; 2013.h.4-16.
3. UNFPA. Kesehatan reproduksi remaja: membangun perubahan bermakna. Outlook 2000;16:1-8.
4. Santoso S. Masalah kesehatan remaja. Sari Pediatri 2001;3: 189-97.
5. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Kirby D, Eliston DB, dkk. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections. Am J Prev Med 2012;42:272-94.
6. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. J Adolesc Health 2008;42:344-51.
7. Affainie-Godwyll A-M, Jurich J. Evaluation of two comprehensive sexuality education programs: safer choices and reducing the risk. Fam S Rev 2013;18:23-49.
8. Stranger-Hall KF, Hall DW. Abstinence-only education and teen pregnancy rates: why we need comprehensive sex education in the U.S. PloS ONE 2011;6:1-11.
9. Gardner EA. Abstinence-only sex education: college student's evaluation and respons. Am J Sex Educ 2015;10:125-39.
10. Clarke D, penyunting. Defining sexuality education. Bangkok: Plan Asia Regional Office; 2010.
11. Borowski EA, Trapl ES, Lovegree LD, Cloabianchi N, Block T. Effectiveness of abstinence-only intervention in middle school teens. Am J Health Behav 2005;29:423-34.
12. Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: a meta-analysis. Health Educ Res 2002;17:471-81.
13. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, G Parcel, S Banspach, R Harrist, dkk. Short-term impact of safer choices: a multi component, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. J Sch Health 1999;69:181-8.
14. Crockett LJ, Raffaelli M, Moilanen KL. Adolescent sexuality: behaviour and meaning. Dalam: Adams GR, Beronzy MD,

- penyunting. Blackwell Handbook of adolescence. Lincoln: Blackwell Publishing; 2003.h.371- 92.
15. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324:1-9.
 16. Azwar S, penyunting. Sikap manusia: Teori dan pengajarannya. Edisi ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2011.
 17. Deny G, Young M. An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: an 18-month follow-up. *J Sch Health*. 2006;76:414-22.
 18. Holland-Hall C, Burstein GR. Adolescent development. Dalam: Kliegman RM, Stanto BF, St Geme III JW, Schor NE, Behrman RE, penyunting. Nelson textbook of pediatric. Edisi ke-20. Philadelphia: Elsevier; 2016.h.926-98.
 19. WHO. Promoting adolescent sexual and reproductive health trough schools in low income countries: an information brief. Geneva: WHO; 2009.