



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISKUSI INTERAKTIF, PENYADARAN PARTISIPASI DAN KOGNISI
(Studi Pemanfaatan Diskusi Interaktif dan Penyadaran Partisipasi pada
Program Pendidikan bagi Anak Jalanan Yayasan Pelita Ilmu)**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Sains (MSi)

**Henny Yusriani
0806439846**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
PROGRAM PASCA SARJANA MANAJEMEN KOMUNIKASI
JAKARTA
DESEMBER 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri.
dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Henny Yusriani

NPM : 0806439846

Tandatangan :



Tanggal : 17 Desember 2010

UNIVERSITAS INONDESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
DEPARTEMEN KOMUNIKASI
PROGRAM STUDI MANAJEMEN KOMUNIKASI
PASCA SARJANA

Lembar Pengesahan Tesis

Nama : Henny Yusriani
NPM : 0806439846
Judul Tesis : DISKUSI INTERAKTIF, PENYADARAN PARTISIPASI DAN KOGNISI (Studi Pemanfaatan Diskusi Interaktif dan Penyadaran Partisipasi pada Program Pendidikan Anak Jalanan Yayasan Pelita Ilmu)

Tesis ini telah dipertahankan di hadapan sidang Penguji Tesis Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia Departemen Ilmu Komunikasi program studi Manajemen Komunikasi pada **Rabu, 29 Desember**, dan dinyatakan : **LULUS**

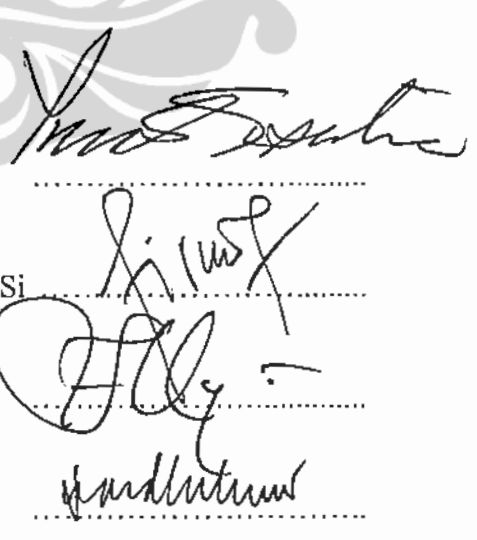
Tim Penguji Tesis

Ketua Sidang : Dr. Pinckey Triputra, M.Sc

Sekretaris Sidang : Ir. Firman Kurniawan Sujono, M.Si

Pembimbing : Dr. Irwansyah S. Sos., M.A

Penguji Ahli : Drs. Eduard Lukman, M.A.



.....
.....
.....
.....

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Henny Yusriani
NPM : 0806439846
Program Studi : Ilmu Komunikasi
Kekhususan : Manajemen Komunikasi
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

DISKUSI INTERAKTIF, PENYADARAN PARTISIPASI DAN KOGNISI (Studi Pemanfaatan Diskusi Interaktif dan Penyadaran Partisipasi pada Program Pendidikan bagi Anak Jalanan Yayasan Pelita Ilmu)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap menyantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat : Salemba
Pada tanggal : 28 Desember 2010

Yang Menyatakan


(Henny Yusriani)

ABSTRAK

Nama : Henny Yusriani
NPM : 0806439846
Program Studi : Pascasarjana Ilmu Komunikasi
Judul : DISKUSI INTERAKTIF, PENYADARAN PARTISIPASI, DAN KOGNISI
(Studi Pemanfaatan Diskusi Interaktif dan Penyadaran Partisipasi pada Program Pendidikan bagi Anak Jalanan Yayasan Pelita Ilmu)

Kehidupan anak jalanan yang rentan dengan perilaku-perilaku berisiko seperti aktivitas seks yang tidak aman yang mengakibatkan kehamilan di luar nikah, Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV/AIDS, penggunaan narkoba, kekerasan dan pelecehan seksual, serta situasi yang mampu membawa anak jalanan perempuan masuk dalam dunia prostitusi, merupakan situasi yang harus dihadapi oleh anak-anak jalanan, baik di jalan tempat ia bekerja maupun lingkungan tempat tinggal mereka. Untuk itulah pembekalan pengetahuan kesehatan reproduksi dianggap penting untuk menyelamatkan kehidupan mereka dari perilaku-perilaku yang berbahaya fisik dan jiwa mereka. Pembekalan kesehatan reproduksi terhadap anak jalanan dilakukan melalui sebuah uji coba penerapan media diskusi interaktif dan penyadaran partisipasi. Tujuan dilakukannya uji coba ini untuk melihat pengaruh dari penerapan media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi.

Penelitian ini merujuk pada teori pembelajaran Edgar Dale bahwa semakin banyak bentuk-bentuk komunikasi yang dipakai dan semakin banyak panca indera audiens digunakan pada saat melakukan kegiatan pembelajaran maka akan semakin efektif proses pembelajaran tersebut yang secara tidak langsung turut pula menyumbang pada peningkatan pengetahuan dari peserta didik. Teori Smith, mendukung pendekatan interpersonal menjadi sebuah media berdaya persuasif tinggi untuk menarik partisipasi anak untuk terlibat dalam kegiatan pendidikan kesehatan.

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian pre eksperimental, dengan melibatkan dua kelompok tunggal sebagai kelompok yang diberi intervensi tanpa menggunakan kelompok perbandingan atau kontrol. Dengan mengambil sample 60 anak-anak jalanan dari Jakarta Timur yang dibagi dalam dua kelas; kelompok pertama diberi intervensi diskusi interaktif kesehatan reproduksi sedangkan kelompok ke dua diberikan intervensi penyadaran partisipasi kesehatan reproduksi.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi yang diberikan dalam penyuluhan kesehatan reproduksi sama-sama mampu meningkatkan pengetahuan responden dan bermakna secara statistik. Namun bila dibandingkan dengan besarnya nilai dari kedua media tersebut, maka media diskusi interaktif lebih besar memberikan nilai pengetahuan kepada responden.

ABSTRACT

Name : Henny Yusriani
NPM(Student Registry Number) : 0806439846
Major : Postgraduate Communication Science
Title : INTERACTIVE DISCUSSION, PARTICIPATION
AWARENESS, AND COGNITION
(Study on The Benefits of Interactive Discussion and
Participation Awareness in Education Program for Street
Children, Felita Ilmu Foundation)

The life of street children and their vulnerability with risky behavior such as unsafe sexual activity leading to unwanted pregnancy, Sexually Transmitted Infection (STI), HIV/AIDS, drug abuse, violence and sexual harassment, and certain situation which leads female street children to prostitution, are common situations faced by street children, either in their working place (streets) and their living environment. Those are the reasons why debriefing knowledges on reproductive health is essential to protect their lives from dangerous behavior both physically and mentally. The debriefing on reproductive health to the street children was conducted through a trial of implementing interactive media discussion and participation awareness. The purpose of this trial was to see the impact of implementing interactive media discussion and participation awareness media to the street children's knowledge level on reproductive health.

This research was referring to Edgar Dale's Learning Theory which stated that the more variety of conducting communication and the more senses involved in learning activity will result in more effective learning process which indirectly will play role in increasing the knowledge of learning participants. The Smith Theory is supporting interpersonal approach to be a highly persuasive media to attract children's participation and involved in health education.

The research conducted was pre experimental research, by involving to single groups as groups with intervention without any comparative or control groups. By taking samples of 60 street children from East Jakarta which divided in two groups; the first group was given the intervention of interactive discussion on reproductive health while the second group was given the intervention of participation awareness on reproductive health.

The result of this research showed that both interactive discussion media and participation awareness media were able to increase respondents' knowledge level and have significant values statistically. But if both medias' values were being compared, then the interactive discussion media has delivered more knowledge to the respondents.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufiq dan hidayahNYA sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir perkuliahan yakni penyusunan tesis dengan judul DISKUSI INTERAKTIF, PENYADARAN PARTISIPASI DAN KOGNISI (Studi Evaluasi Pemanfaatan Diskusi Ineraktif dan Penyadaran Partisipasi pada Program Pendidikan Anak Jalanan Yayasan Pelita Ilmu) untuk melengkapi dan memenuhi sebagai persyaratan dan penyelesaian Studi Progam Pasca Sarjana Bidang Ilmu Sosial dan Kekhususan Ilmu Komunikasi Universitas Indonesia.

Dalam proses penyusunan yang memakan waktu cukup lama, terjadi berbagai cobaan dan rintangan baik yang datangnya baik dari penulis sendiri maupun dari pekerjaan yang harus dihadapi. Hal ini kerap sekali mengganggu jalannya penyusunan tesis ini, namun dengan perjuangan yang cukup berat dan bantuan dorongan moril dari berbagai pihak, hambatan ini akhirnya dapat dilalui penulis.

Didalam proses penyusunan ini terdapat banyak pihak yang mempunyai andil besar dalam membantu penyelesaian tesis ini. Oleh karena itu dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati penulis ingin menghaturkan rasa terima kasih yang demikian dalam kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr.Irwansyah, S.Sos, M.A, selaku pembimbing penulis yang selalu sabar meluangkan waktu untuk membimbing penulis menyelesaikan tesis ini.
2. Dr. Pinkey Triputra, selaku ketua program pascasarjana Departemen Ilmu Komunikasi dan staf pengajar yang telah banyak membantu dan membagikan ilmu-ilmunya kepada penulis.
3. Para staf pengajar lainnya yang tidak dapat penulis sebutkan semuanya atas segala ilmu, pengetahuan, wawasan, pengalaman, diskusi dan perhatiannya kepada penulis, antara lain:Drs. Eduard Lukman, MA, Prof. Alwi Dahlan, Ph.D, prof.Andre Hardjana, Ph.D, Prof Dr Harsono Suwardi, Prof. Dr Martani Huseini, Prof. Paulus Worutomo, Prof. Sasa Djuarsa Sendjaja, (Alm) Prof. Dedy N. Hidayat, M.sc, Dr Nia Sarinastiti. MA, J.Bastian Nainngolan, M.Si dan dosen-dosen lainnya.
4. Para staf akademik dan sekretariat Progam Pascasarjana Departemen Ilmu Komunikasi dan Perpustakaan di kampus UI Salemba dan Depok yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. atas segala bantuan, dukungan dan kebaikannya melayani segala kebutuhan penulis selama studi dan penyelesaian penulisan tesis ini.

5. Dr. Toha Muhaimin, MSc, pengurus dan rekan-rekan di Yayasan Pelita Ilmu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk pengertian dan kesediaannya memberikan waktu bagi penulis dalam pengerjaan tesis ini.
6. Sahabat-sahabatku di Rumah Belajar YPI: Tiqo, Susan, Kendar, Katrin, Nur, Iis, Ana, Reno, Vera dan sahabat-sahabat kecilku yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang sudah begitu sabar melihat kesibukan penulis terhadap tesis. Terima kasih atas pengertian, dukungan serta bantuannya selama pengerjaan tesis ini.
7. Ibunda, Ayahanda (alm) tercinta, rasa terimakasih saja tidak cukup. Pengorbanan kalian begitu besar untuk penulis, terimakasih untuk cinta yang tidak pernah terputus untuk penulis.
8. Kak Yul, Adi, Miji, Dian, Nina, Firna, karena dukungan dan cinta kalian penulis mampu menyelesaikan tesis ini.
9. Rekan-rekan seangkatan M.Kom angkatan 2008, yang selalu memotivasi dalam perkuliahan ataupun menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulisan ini masih membutuhkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca guna memperbaiki penulisan ini agar dapat bermanfaat bagi siapapun yang tertarik terhadap penelitian media komunikasi ini.

Jakarta, Januari 2011


Henny Yusriani

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| Halaman Pernyataan Orisinalitas..... | i |
| Lembar Pengesahan Tesis..... | ii |
| Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir Untuk Keperluan Akademis..... | iii |
| Abstrak..... | iv |
| Abstract..... | v |
| Kata Pengantar..... | vi |
| Daftar isi..... | viii |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| 1. 1. Latar Belakang | 2 |
| 1. 2. Perumusan Masalah..... | 10 |
| 1. 3. Tujuan Penelitian..... | 14 |
| 1.4. Signifikansi Penelitian..... | 15 |
| 1.4.1. Akademik..... | 15 |
| 1.4.2. Praktis..... | 15 |
| 1.5. Keterbatasan Penelitian..... | 15 |
| 1.6. Sistematika Penulisan..... | 16 |
| BAB II : KERANGKA TEORI | |
| 2. 1. Media Dalam Program Pendidikan Kesehatan | 19 |
| 2. 1.1. Diskusi Interaktif | 20 |
| 2. 1.1. Penyadaran Partisipasi | 29 |

| | |
|---|----|
| 2.2. Saluran Komunikasi Interpersonal, Kelompok, dan Teknologi Media..... | 33 |
| 2.3. Disfusi dan Inovasi | 38 |
| 2.5. Kognisi..... | 43 |
| 2.6. Anak Jalanan | 45 |
| 2.7. Kesehatan Reproduksi Remaja | 49 |
| 2.8. Model Konseptual | 50 |
| 2.9. Hipotesis | 52 |
| 2.10. Penelitian Terdahulu | 52 |

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

| | |
|--|----|
| 3. 1. Pendekatan Penelitian..... | 56 |
| 3. 2. Operasional Penelitian dan Konseptual..... | 58 |
| 3.2.1 Variabel Penelitian | 58 |
| 3.2.2. Definisi Konseptual | 59 |
| 3.3. Metode Penelitian | 66 |
| 3.4. Populasi Dan Sampel | 67 |
| 3.4.1 Populasi | 67 |
| 3.4.2 Sampel | 68 |
| 3.5. Pengembangan Instrumen..... | 68 |
| 3.6. Pengumpulan Data | 69 |
| 3.7. Petugas Pengumpul Data dan pembantu kegiatan..... | 69 |
| 3.8. Cara Pengumpulan Data | 70 |
| 3.9. Pengolahan Data | 70 |

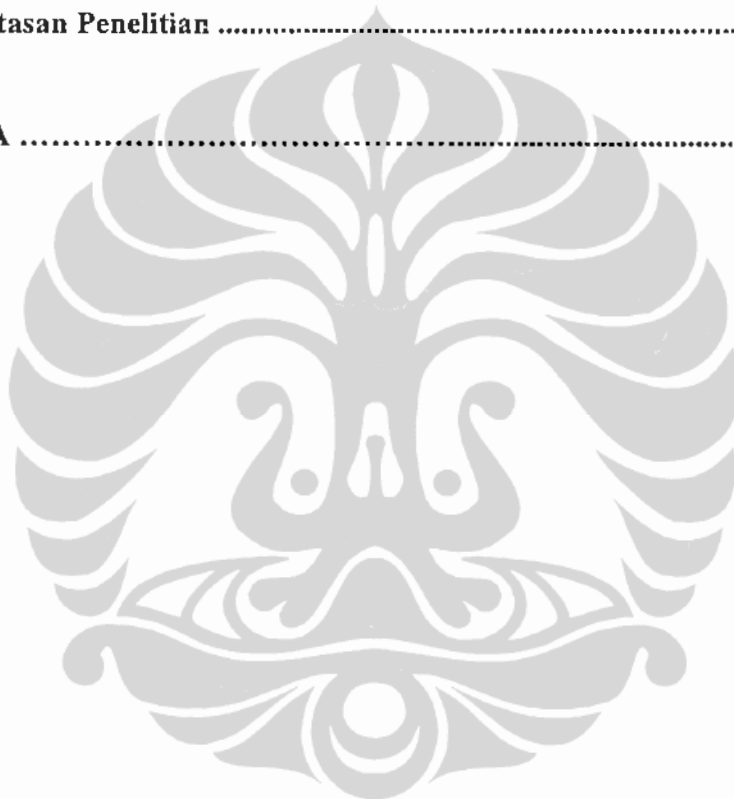
| | |
|--|----|
| 3.10. Analisis Data | 71 |
| 3.12. Validitas Dan Realibilitas | 76 |
| 3.12.1. Uji Validitas..... | 76 |
| 3.12.2. Uji Realibilitas | 76 |

BAB IV : ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

| | |
|--|-----|
| 4.1. Deskripsi Objek Penelitian..... | 77 |
| 4.1.1. Anak Jalanan Dan Program Pendampingan Rumah Belajar Yayasan Pelita Ilmu(YPI)..... | 77 |
| 4.1.2. Anak Jalanan Dan Masalah Kesehatan Reproduksi | 78 |
| 4.1.3. Kondisi Sosial Ekonomi Responden | 76 |
| 4.2. Deskripsi Hasil Penelitian; Gambaran Karakteristik Responden.. | 81 |
| 4.3. Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian | 86 |
| 4.4. Gambaran Hasil Pretest Dan Postest..... | 87 |
| 4.5. Analisis Regresi Linier Sederhana Antara Media Diskusi Interaktif Dengan Tingkat Pengetahuan Reproduksi Anak Jalanan..... | 90 |
| 4.5.1. Analisis Korelasi..... | 90 |
| 4.6. Analisis Regresi Linier Sederhana Antara Media Penyadaran Partisipasi Dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Anak Jalanan..... | 91 |
| 4.6.1. Analisis Korelasi..... | 91 |
| 4.7. Gambaran Tentang Peningkatan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Melalui Uji T Berpasangan..... | 93 |
| 4.8. Hasil Evaluasi Media Promosi Kesehatan..... | 96 |
| 4.9. Hasil FGD (<i>Focus Group Discussion</i>)..... | 106 |

BAB V : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

| | |
|------------------------------------|------------|
| 5.1. Kesimpulan | 111 |
| 5.2. Implikasi Teoritis | 112 |
| 5.3. Implikasi Praktis | 112 |
| 5.4. Diskusi Dan Rekomendasi | 113 |
| 5.5. Keterbatasan Penelitian | 114 |
| DAFTAR PUSTAKA | 113 |



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Kuesioner Pre Test dan Post Test
2. Lembar Evaluasi Media Diskusi Interaktif dan Penysadaran Partisipasi
3. Tabel 4.1 Uji Validitas



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Ilmu komunikasi menjadi sebuah cara dalam melakukan perubahan sosial dimana komunikasi berperan menjembatani perbedaan dalam masyarakat karena mampu merekatkan kembali sistem sosial masyarakat dalam usahanya melakukan perubahan. Dalam teori-teori interaksionis, dijelaskan bahwa kehidupan sosial sebagai sebuah proses interaksi dimana komunikasi menjadi perekat masyarakat. Masyarakat tidak akan ada tanpa proses komunikasi (Jhon, 1999).

Laswell mengatakan bahwa komunikasi adalah jiwanya interaksi sosial. Ada dua hal penting yang berkaitan antara komunikasi dengan hakikat kemanusiaan; pertama, komunikasi sangat esensial bagi pertumbuhan kepribadian manusia; kedua, komunikasi sangat erat kaitannya dengan perilaku dan pengalaman kesadaran manusia (Al-Gharuty, 2009).

Hubungan perubahan sosial dengan komunikasi atau melalui media komunikasi pernah diamati oleh Goran Hedebrö pada intinya menyatakan bahwa komunikasi hadir bertujuan membawa perubahan, meski komunikasi bukan satu-satunya alat dalam perubahan sosial. Berbagai bentuk media yang digunakan dalam berkomunikasi berperan dalam membentuk kesadaran masyarakat tempat dimana mereka hidup (Nurudin, 2004).

Salah satu peran perubahan sosial yang dapat dilakukan melalui Ilmu komunikasi adalah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau

individu. Dengan adanya pesan tersebut maka diharapkan masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik yang pada akhirnya menuju pada perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2003).

Fungsi pendidikan kesehatan sangat terkait dengan upaya promosi kesehatan. Konferensi International Promosi Kesehatan di Ottawa-Canada (1986) menghasilkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*), merumuskan bahwa "*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well being, and individual or grup must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment*". Dari kutipan ini dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, dan sebagainya).

Salah satu bagian penting dari pendidikan kesehatan adalah pendidikan kesehatan reproduksi. Terkait dengan Pendidikan Kesehatan Reproduksi, menurut WHO (1992) Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tapi dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Dengan demikian, kesehatan reproduksi dapat diartikan pula sebagai suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalani fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman, termasuk mendapatkan keturunan yang sehat.

Dewasa ini kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak diangkatnya isu tersebut dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and

Development/ ICPD), di Kairo, Mesir, pada tahun 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi (Kollman, 1998).

Untuk mencapai kesehatan reproduksi tersebut, WHO memperkenalkan dua paket pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan paket kesehatan reproduksi yang esensial. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif atau menyeluruh adalah paket pelayanan yang mencakup semua masalah kesehatan seksual dan reproduksi dalam siklus kehidupan, yaitu dimulai dari bayi, anak-anak, remaja, ketidaksuburan, kekerasan, kesehatan dan keselamatan ibu, infeksi menular seksual (IMS) dan HIV, keganasan dan masalah yang berkaitan dengan wanita usia lanjut, dan lain-lainnya. Sedangkan paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial ialah paket pelayanan minimum yang ditujukan untuk mengatasi prioritas utama masalah kesehatan reproduksi pada reproduksi individu. Paket pelayanan tersebut meliputi; keluarga berencana, penyelamatan ibu termasuk perawatan pada bayi baru lahir, pencegahan dan manajemen komplikasi aborsi, infeksi menular seksual (IMS) dan HIV, pencegahan dan manajemen ketidaksuburan (*infertilitiy*) dan kesehatan reproduksi remaja (Depkes RI, 2001).

Konsep pendidikan reproduksi remaja sendiri memang tergolong relatif baru. Masalah ini dibahas secara terbuka sebagai salah satu masalah kesehatan reproduksi pada Konferensi Kependudukan di Kairo (1994). Konferensi tersebut menyarankan bahwa respon masyarakat terhadap kebutuhan kesehatan reproduksi remaja haruslah berdasarkan informasi yang membantu mereka menjadi dewasa yang dibutuhkan untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab.

Definisi remaja sendiri menurut WHO, dibedakan menjadi: a) Remaja (*adolescent*) untuk mereka yang berusia 10-19 tahun, b) Pemuda (*youth*) untuk

mereka yang berusia 15-24 tahun, c) Orang muda (*young people*) untuk yang berusia 10-24 tahun (Path, 2000).

Pendidikan kesehatan reproduksi remaja dianggap penting, dengan munculnya berbagai kasus yang cenderung meningkat dikalangan remaja seperti kehamilan, aborsi, IMS dan HIV/AIDS, serta masalah kenakalan remaja dan penyalahgunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (Napza), pada umumnya berakhir juga pada masalah kesehatan reproduksi. Hasil survey Badan Litbangkes RI (2001), masalah kesehatan reproduksi remaja yang banyak terjadi di Asia; 50% diantaranya adalah kasus HIV/AIDS yang menginfeksi orang muda, 34-39% dari 123 juta kehamilan di Asia adalah kehamilan di usia muda dan kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Sedangkan untuk kasus *unsafe abortion* 17-30% dari 123 juta kematian di Asia. Di Indonesia saja, permasalahan HIV/AIDS dikalangan remaja sebenarnya sudah sangat mengkhawatirkan. Hal ini dapat dilihat dari data-data nasional kasus AIDS 3 (tiga) tahun terakhir. Tahun 2006, dari 13.424 kasus HIV/AIDS, sebanyak 54,76% kasus dari kalangan generasi muda. Sedangkan tahun 2007, dari 17.207 kasus HIV/AIDS (6066 HIV - 11.141 AIDS), sebanyak 6.301 kasus merupakan kaum muda usia produktif 15-29 tahun. Dan pada tahun 2008, dari 22.664 kasus HIV/AIDS, 16.110 kasus AIDS yang mana sejumlah 8.682 kasus AIDS tersebut dari kelompok usia 15-29 tahun. Data yang dihimpun Dirjen Peningkatan Mutu Pendidikan dan Tenaga Kependidikan (PMPTK) Depdiknas menyebutkan, dari sekitar 10.000 pengidap HIV/AIDS di Indonesia setengah atau 5.000 di antaranya merupakan pelajar SMP/SMA (Rakyat Merdeka, 2007). Sehingga dengan demikian sangat penting untuk mengembangkan Pendidikan Kesehatan di semua program kesehatan, yang bermuara pada kemampuan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi remaja.

Gambar 1.1

Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia S/D Maret 2010
 Jumlah Kumulatif Kasus AIDS Menurut Golongan Umur

| Gol Umur | AIDS | AIDS/IDU |
|---------------|-------|----------|
| < 1 | 206 | 0 |
| 1 - 4 | 247 | 0 |
| 5-14 | 123 | 8 |
| 15 - 19 | 637 | 138 |
| 20 - 29 | 10015 | 5186 |
| 30 -39 | 6231 | 2192 |
| 40-49 | 1830 | 283 |
| 50-59 | 514 | 49 |
| Lebih dari 60 | 103 | 8 |
| Tak diketahui | 658 | 226 |

Sumber : Ditjen PPM & PL Depkes RI, 2010

Menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (2002) di Indonesia program kesehatan reproduksi remaja telah dituangkan ke dalam Program Pembangunan Nasional (Propenas) 2000-2004, dan menjadi salah satu program pembangunan yang bersifat Nasional. Program kesehatan reproduksi remaja di Indonesia paling tidak melintas pada lima sektor pemerintah, yaitu kesehatan, keluarga berencana, pendidikan, agama, dan sosial. Diantara ke lima sektor tersebut, pendidikan seks dan pelayanan kesehatan reproduksi telah menjangkau jutaan siswa-siswi di sekolah-sekolah. Program di sekolahpun telah mengintegrasikan pendidikan seks ke dalam kurikulum sekolah. Pelatihan bagi siswa dan guru sekolah mengenai pendidikan kesehatan reproduksi adalah kunci sukses dari program kesehatan reproduksi. Selain itu program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang merupakan salah satu program pokok pembangunan nasional yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM 2004-2009), guna mencapai visi tersebut, BKKBN telah menyusun strategi dasar serta menetapkan sasaran strategis yang harus dicapai pada

tahun 2009. Salah satu diantara sasaran strategis tersebut berkaitan erat dengan program Kesehatan Reproduksi Remaja, yaitu setiap Kecamatan memiliki Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang aktif (BKKBN, 2009).

Selain pengembangan PIK KRR, dalam Rakernas BKKBN 2009 dalam Strategi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJPMN) 2010–2014 salah satu kegiatan prioritasnya adalah pengembangan media komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kesehatan reproduksi remaja (BKKBN, 2009). Pengembangan media KIE dianggap penting, berdasarkan hasil Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2003 terhadap remaja laki-laki dan perempuan usia 15-19 tahun yang terpapar pada mass media, ditemukan bahwa 35,0% remaja membaca surat kabar, 87,4% menonton televisi dan 65,2% mendengarkan radio. Sedangkan pada remaja yang berusia 20-24 tahun hasilnya tidak jauh berbeda, yaitu 44,8% membaca surat kabar, 88,5% menonton televisi 66,7% mendengarkan radio. Hal itu terjadi baik di daerah perkotaan maupun di pedesaan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa penggunaan media masih dapat menjadi strategi yang efektif untuk menyebarkan bentuk yang paling strategis dalam menyebarkan berbagai informasi kepada remaja, termasuk informasi tentang kesehatan reproduksi remaja (KRR) (Warta BKKBN, 2004).

Peranan media dalam proses komunikasi, baik dari sisi komunikator, pesan yang disampaikan, proses penyebaran informasi serta efek yang diharapkan terhadap penerimannya sangat penting. Oleh karena itu keberadaan media komunikasi saat ini menjadi suatu kebutuhan yang tidak bisa dilepaskan dari manusia. Bermunculannya berbagai media komunikasi mampu mempercepat proses penyebaran informasi. Media dalam berbagai bentuk, maupun proses komunikasi yang dijalankannya bisa dimanfaatkan untuk berbagai tujuan positif, termasuk dalam melakukan pemasaran sosial.

Kotler (2005) mengatakan pemasaran sosial adalah untuk menggambarkan penggunaan prinsip-prinsip dan teknik-teknik pemasaran dalam memajukan masalah sosial, baik berupa ide maupun perilaku. Pemasaran Sosial memanfaatkan prinsip-prinsip dan teknik pemasaran untuk mempengaruhi target khalayak sasaran untuk secara sukarela menerima, menolak, mengubah atau meninggalkan suatu perilaku demi keuntungan semua pihak, baik individu, maupun masyarakat. Pemasaran sosial merupakan sebuah rancangan, pelaksanaan dan pengawasan program yang berusaha untuk meningkatkan sikap diterimanya gagasan, alasan, dan praktik sosial dalam suatu kelompok sasaran.

Dengan menggunakan berbagai bentuk media untuk melakukan pemasaran sosial, termasuk informasi tentang kesehatan reproduksi, maka pelayanan informasi kesehatan reproduksi telah mampu menjangkau para siswa di sekolah serta anak dan remaja di komunitas, program ini juga menjangkau ke sasaran yang lebih khusus yakni anak-anak dalam situasi khusus seperti anak yang bermasalah dengan hukum maupun anak yang berada dalam bentuk terburuk pekerjaan anak termasuk didalamnya anak yang bekerja di jalan atau anak jalanan.

Informasi Kesehatan reproduksi dipandang penting untuk diberikan pada anak jalanan karena secara psikologi mereka belum mempunyai mental emosional yang kokoh, disisi lain mereka harus hidup dalam situasi jalanan yang keras dan cenderung negatif bagi anak yang sedang dalam masa tumbuh kembang. Menurut Menurut WHO (1994) kondisi lingkungan anak jalanan membuat mereka memiliki risiko tinggi dan sangat rentan terhadap infeksi menular seksual maupun HIV/AIDS, karena mereka berada jauh di luar lingkungan formal dimana anak-anak biasanya tumbuh dan berkembang secara normal. Mereka sulit menjangkau pelayanan pendidikan dan kesehatan. Alasan lain ialah karena sehari-hari mereka harus berada dalam kondisi bertahan hidup, sehingga untuk melupakan kepahitan hidup banyak anak jalanan melarikan diri dari dunia nyata dengan mengkonsumsi obat, menghisap lem, dan lain sebagainya. Mereka mungkin mendapatkan

perlakuan seksual yang buruk dijalanan, atau melakukan hubungan seksual dengan sesama anak jalanan. Kemiskinan telah menghambat kesempatan mereka untuk memperoleh pengetahuan dan kemampuan untuk melindungi dirinya sendiri. Hidup menjadi anak jalanan bukanlah sebagai pilihan hidup yang menyenangkan, melainkan keterpaksaan yang harus mereka terima karena adanya sebab tertentu. Departemen Sosial RI mendefinisikan anak jalanan adalah anak yang sebagian besar menghabiskan waktunya untuk mencari nafkah atau berkeliaran di jalanan atau tempat-tempat umum lainnya. Sedangkan UNICEF memberikan batasan tentang anak jalanan, yaitu: anak jalanan merupakan anak-anak berumur dibawah 16 tahun yang sudah melepaskan diri dari keluarga, sekolah dan lingkungan masyarakat terdekatnya, larut dalam kehidupan yang berpindah-pindah di jalan raya (Arief, 2004).

Karena itu meningkatkan pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi menjadi sangat penting untuk dilakukan. Anak jalanan memiliki hak yang sama bahwa untuk mendapatkan informasi yang benar dan layak yang terkait dengan tumbuh kembang anaknya, sesuai dengan Konvensi PBB mengenai Hak Anak atau yang disebut Konvensi Hak Anak (KHA) bahwa semua anak mendapatkan hak yang sama tanpa pandang bulu (diskriminasi) dan terkait dengan pasal 24 bahwa setiap anak berhak mendapatkan layanan kesehatan yang terbaik (Konvensi Hak Anak, 1989).

Yayasan Pelita Ilmu (YPI) adalah sebuah lembaga swadaya masyarakat yang berpartisipasi aktif dalam mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan taraf hidup masyarakat, khususnya di bidang pendidikan dan kesehatan. YPI bekerjasama dengan International Labor Organization (ILO) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang mengembangkan program pendampingan anak jalanan di wilayah Jakarta Timur melalui pendekatan pendidikan. Program ini dilakukan melalui rumah belajar anak yang berlokasi di wilayah Jakarta Timur. Rumah belajar anak YPI bertujuan menarik anak jalanan untuk tidak lagi bekerja di jalan yang

salahsatunya adalah melalui strategi pendidikan dan ketrampilan hidup bagi anak jalanan. Dalam implementasi program penarikan anak jalanan selama periode tersebut Rumah Belajar YPI telah menjangkau 150 anak jalanan di wilayah Jakarta Timur dengan jumlah 75 anak yang mendapatkan layanan pendidikan dan 75 anak yang mendapatkan pelatihan ketrampilan. Dalam upaya penguatan kapasitas anak sebagai individu yang bertanggung jawab dan terampil, Rumah Belajar YPI juga memberikan pendidikan ketrampilan hidup yang meliputi pendidikan hak anak, *motivational achievement*, *mindset changes*, pertolongan dan keselamatan bekerja, pelatihan manajemen keuangan, serta pendidikan kesehatan meliputi pendidikan seksualitas dan gender (YPI, 2008). Dalam rangka pengembangan layanan Rumah Belajar Anak, YPI bersama Mendikdasmen Pendidikan Layanan Khusus (PLK) mengembangkan sebuah bentuk intervensi yang merupakan bagian dari pengembangan materi pendidikan keirampilan hidup dengan menambahkan materi pendidikan kesehatan reproduksi bagi anak-anak yang didampingi oleh Rumah Belajar YPI (YPI, 2010).

1.2 Perumusan Masalah

Didasarkan pada kondisi di lapangan, YPI menemukan bahwa sebagian besar anak jalanan yang didampingi, umumnya memperoleh "pengetahuan" seksnya dari teman sebaya atau anak jalanan yang lebih tua, baik buku porno, film/ VCD porno atau mengintip orang yang sedang melakukan hubungan seksual. Selain itu, kondisi di jalan yang rentan dengan pelecehan maupun kekerasan seksual, serta penyalahgunaan narkoba maupun situasi yang mampu membawa anak jalan perempuan masuk dalam dunia prostitusi, merupakan situasi yang harus dihadapi oleh anak-anak jalanan (YPI, 2008).

Penelitian mengenai situasi kehidupan anak jalanan pernah dilakukan oleh Save The Children (2006) terhadap 48 anak jalanan di Blok M, Jakarta Selatan. Dari penelitian ini didapatkan temuan mengenai situasi kehidupan anak jalanan

yang sangat berhubungan dengan situasi yang berbahaya bagi kesehatan dan jiwa mereka, beberapa komentar dari hasil wawancara anak jalanan Blok M;

"Kami tahu bahwa beberapa dari teman kami adalah korban-korban dari pelecehan seksual"

"Beberapa dari teman kami (anak jalanan laki) diminta untuk melakukan seks oral dan pernah menjadi korban perkosaan (sodomi)".

"Beberapa anak jalanan perempuan mereka mengatakan bahwa seringkali mereka mendengar beberapa dari teman mereka (yang paling muda yang mereka tahu adalah sekitar 14 tahun) mengalami kehamilan tanpa memiliki suami"

Perilaku berisiko lainnya dari anak-anak jalanan terhadap HIV/AIDS adalah berbagai jenis penyalahgunaan obat-obatan pnenang murah (dari menghirup lem, mariyuana, dan berbagai jenis pil, atau formula seperti sprite dengan pil-pil anti depresan), minum minuman beralkohol, aktif secara seksual sejak usia dini dan mudah terlibat dalam penyalahgunaan obat-obatan terlarang termasuk penggunaan narkoba jarum suntik. Sehingga situasi ini menjadi sebuah kebutuhan bagi YPI untuk mengembangkan layanan informasi dan komunikasi mengenai kesehatan reproduksi yang mampu menjangkau anak-anak jalanan sebagai bagian dari program pendampingan anak jalanan.

Program Kesehatan Reproduksi sendiri, bukan sebuah program yang baru dilakukan oleh YPI. Program Kesehatan Reproduksi telah diselenggarakan di sekolah-sekolah, komunitas dan juga diterapkan pada anak-anak di Lembaga Pemasyarakatan Anak (LPA) Tangerang. Komposisi komunikasi yang dikembangkan dalam program kesehatan reproduksi yang dikembangkan pada awalnya berbentuk diskusi interaktif, kampanye (*special event*), talk show radio dan layanan konseling. Kemajuan teknologi telah dimanfaatkan oleh YPI sebagai media komunikasi yang mendukung kegiatan penyuluhan kesehatan menjadi sebuah media komunikasi yang lebih interaktif dengan berbasis teknologi komputer dalam

bentuk CD interaktif, dengan menampilkan audio visual dengan gambar yang bergerak sekaligus bersuara serta dilengkapi dengan game-game interaktif (SERU, 2009).

Apa yang dilakukan oleh YPI dalam terminologi media dikenal sebagai multi media interaktif. Multimedia dalam konteks komputer menurut Hofstetter (2001) adalah pemanfaatan komputer untuk membuat dan menggabungkan teks, grafik, audio, video, dengan menggunakan tool yang memungkinkan pemakai berinteraksi, berkreasi, dan berkomunikasi. Thorn (2006) mengajukan enam kriteria untuk menilai multimedia interaktif, yaitu : (1) Kriteria pertama adalah kemudahan navigasi, (2) Kriteria kedua adalah kandungan kognisi. (3) Kriteria ketiga adalah presentasi informasi, (4) Kriteria keempat adalah integrasi media, (5) Kriteria kelima adalah artistik dan estetika dan (6) Kriteria penilaian yang terakhir adalah fungsi secara keseluruhan.

Media penyuluhan kesehatan reproduksi dengan CD interaktif ini mampu membuat sebuah diskusi menjadi lebih interaktif, sehingga mempermudah penyampaian informasi kepada audiens karena sifatnya yang interaktif dan menarik bagi audiens. Diskusi dengan media interaktif ini telah menjangkau enam sekolah di Jakarta dan menjadi kegiatan ekstrakurikuler di beberapa sekolah. Di tahun 2006, media interaktif ini diperkenalkan di sekolah-sekolah di wilayah lain di luar Jakarta, seperti: Bali, Jambi, dan Lampung. Berdasarkan pengalaman dalam penerapan media interaktif di Sekolah, maka dikembangkan pula pada sasaran yang berbeda yakni anak yang bermasalah dengan hukum atau anak lembaga pemasyarakatan (SERU, 2009).

Selain media diskusi dengan CD interaktif, media kampanye penyadaran juga semakin intens kegiatannya terutama dalam event-event khusus (*special event*) seperti Hari AIDS Sedunia, Hari Anti Narkoba Internasional, Hari Menentang Pekerja Anak, dan event lain yang berkaitan dengan isu pendidikan dan kesehatan. Dalam kegiatannya, kampanye yang dilakukan seringkali melibatkan kelompok sasaran dalam penyelenggaraannya. Tujuan dari pelibatan kelompok sasaran dalam

kegiatan kampanye adalah untuk menumbuhkan kesadaran, pengetahuan, dan partisipasi kelompok dari kelompok sasaran. Media ini menjadi pendorong bagi kelompok sasaran untuk belajar mengorganisir masyarakat, memberikan informasi dan penyadaran sosial terhadap isu yang dikampanyekan. (YPI, 2005).

Kedua media promosi kesehatan ini dianggap menarik untuk diimplementasikan pada program ketrampilan hidup bagi anak jalanan, mengingat adanya sebuah kebutuhan terhadap media penyuluhan atau pendidikan yang tepat dan mampu menumbuhkan pengetahuan dan pemahaman yang pada akhirnya mampu menimbulkan kesadaran pada anak jalanan terhadap masalah-masalah yang ada di sekitar mereka, yakni salahsatunya adalah masalah kesehatan reproduksi itu sendiri. Diskusi kesehatan reproduksi dengan CD interaktif terbukti cukup efektif dalam menjangkau siswa-siswa di sekolah maupun anak dalam situasi khusus atau anak yang berada dalam lembaga pemasyarakatan. Begitupula dengan kampanye penyadaran dengan pendekatan partisipasi anak jalanan, pernah dilakukan oleh program rumah belajar YPI, dan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan pemahaman anak jalanan terhadap isu pendidikan dan kesehatan, selain itu juga mampu memberikan ruang aktualisasi bagi anak jalanan sebagai pendidik sebaya (*peer educator*) dalam menjalankan perannya sebagai bagian dari kelompok masyarakat.

Dengan terintegrasinya media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi maka program komunikasi dan edukasi kesehatan terhadap pendampingan anak jalanan diasumsikan mampu melakukan proses pembelajaran menjadi lebih bermakna, sehingga diharapkan pendidikan kesehatan yang dilakukan jauh lebih efektif, dalam hal ini mampu memaksimalkan pengetahuan dan pemahaman anak jalanan terhadap kesehatan reproduksi sehingga diharapkan anak jalanan mampu mencegah dirinya dari masalah kesehatan reproduksinya seperti penyakit menular seksual, narkoba dan HIV/AIDS.

Untuk melihat pengaruh dari media pendidikan kesehatan tersebut dalam upaya memaksimalkan pengetahuan dan pemahaman anak terhadap masalah

kesehatan reproduksi, sebelum program kesehatan reproduksi ini diimplementasikan pada program pendampingan anak jalanan tentunya perlu dilakukan uji coba terlebih dahulu. Uji coba ini diberikan pada anak jalanan di wilayah Jakarta Timur. Promosi kesehatan yang akan diterapkan adalah dengan menggabungkan diskusi dengan CD interaktif dan program penyadaran partisipasi sebagai bagian dari program kesehatan reproduksi. Uji coba ini bermaksud untuk melihat pengaruh dari penerapan program kesehatan reproduksi ini terhadap target yang berbeda yakni pekerja anak khususnya anak jalanan yang memiliki karakteristik yang berbeda dengan siswa sekolah maupun anak lembaga pemasyarakatan. Karena proses uji coba ini tidak berlangsung lama, sehingga pengaruh dari penerapan media komunikasi ini dibatasi pada tingkat pengetahuan anak jalanan saja. Berdasarkan ringkasan diatas, rumusan pertanyaan penelitian yang diajukan;

- Bagaimana pengaruh media diskusi interaktif terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi ?
- Bagaimana pengaruh media penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi ?
- Media pendidikan mana yang lebih berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi anak jalanan ?

I.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk :

- Mengetahui pengaruh penerapan diskusi dengan media interaktif terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi.
- Mengetahui pengaruh penerapan program penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan.
- Mengetahui media pendidikan kesehatan yang lebih berpengaruh bagi peningkatan pengetahuan anak jalanan terhadap kesehatan reproduksi.

1.4 Signifikasi Penelitian

1.4.1 Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmiah studi komunikasi dalam mengetahui dan memberikan gambaran mendalam mengenai program komunikasi kesehatan pada target yang lebih spesifik atau anak dalam situasi khusus yakni anak yang berada dalam pekerjaan terburuk khususnya anak jalanan, serta dapat menjadi acuan bagi studi-studi selanjutnya.

1.4.2 Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan input atau masukan yang berguna bagi Yayasan Pelita Ilmu khususnya untuk mengembangkan program kesehatan reproduksi melalui kegiatan diskusi interaktif dan program partisipasi penyadaran. Selain itu penelitian ini juga dapat memberikan masukan bagi lembaga non profit lainnya yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi, HIV/AIDS dan Narkoba, terutama dalam membuat kebijakan-kebijakan implementasi pengembangan program promosi atau pendidikan kesehatan kedepannya.

1.5 Keterbatasan Penelitian

1. Karena keterbatasan waktu pengukuran efek dari diskusi interaktif dan program partisipasi penyadaran hanya pada sebatas pengetahuan anak. Karena dengan waktu empat bulan eksperimen yang dilakukan dampaknya yang mudah terlihat adalah pengetahuan sedangkan untuk melihat perubahan pada sikap atau perubahan laku tidak mungkin dilakukan memerlukan sebuah proses pengamatan yang cukup panjang.
2. Karena kesulitan dalam mendapatkan kelompok kontrol, penelitian eksperimen yang dilakukan terbatas pada pra eksperimen dengan hanya membandingkan antara dua kelompok intervensi yang berbeda, antara penerima intervensi diskusi dengan media interaktif dan penerima intervensi media penyadaran partisipasi saja tanpa melibatkan kelompok pembanding yang tidak

mendapatkan intervensi sama sekali, sehingga hasil penelitian menjadi tidak mendalam. Untuk itu peneliti berusaha untuk melakukan pendekatan *focus group discussion (FGD)* untuk memperkuat analisa terhadap temuan yang didapat.

1.6 Sistematika Penulisan

Penulisan pada penelitian ini disajikan dalam lima bab yang terdiri dari :

Bab I : Pendahuluan

Menguraikan tentang latar belakang yang mendorong penyusunan masalah penelitian yaitu pengaruh diskusi interaktif dengan program partisipasi penyadaran terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi. Penerapan media pendidikan seperti diskusi dengan media interaktif dan program penyadaran partisipasi lahir dari sebuah kebutuhan perlunya informasi kesehatan reproduksi yang baik dan efektif terhadap anak jalanan mengingat situasi yang rentan bagi anak jalanan terhadap perilaku seks tidak aman, kekerasan dan pelecehan seksual maupun penyalahgunaan narkoba. Berkembangnya inovasi dalam media promosi atau pendidikan kesehatan; media diskusi dengan CD interaktif dan program penyadaran partisipasi diasumsikan mampu memberikan pengajaran yang efektif karena sifatnya yang menarik dan inovatif sehingga secara tidak langsung berdampak pada peningkatan pengetahuan anak jalanan itu sendiri.

Bab II : Tinjauan Pustaka

Penulis mencoba menjelaskan mengenai aspek-aspek dalam promosi kesehatan yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan, meliputi; media diskusi, media interaktif, penyadaran partisipasi. Penulis juga menguraikan aspek lain yang terkait dari kelompok sasaran dari media diskusi interaktif dan penyadaran partisipasi yakni anak jalanan, dan efek yang ditimbulkan dari penerapan dua media tersebut melalui penguraian konsep pengetahuan sebagai dampak dari ke dua intervensi

diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi Dalam bab ini, juga diuraikan teori-teori yang terkait didalamnya.

Bab III : Metodologi

Menjelaskan metode penelitian yang digunakan yang menggunakan model pra eksperimental dengan dua kelompok tunggal intervensi tanpa melibatkan kelompok kontrol. Hasil eksperimen yang dilakukan dianalisis dengan menggunakan analisis *pair t test*, dan *anova one way*. Selain itu untuk memperkuat analisis juga dilakukan *focus group discussion (FGD)* untuk memberikan konfirmasi yang lebih kuat terhadap hasil eksperimen.

Bab IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

Bagian akhir, penulis memaparkan hasil penelitian dengan menginterpretasikan data yang diperoleh untuk dianalisis dan selanjutnya ditarik kesimpulan penelitian. Rekomendasi hasil penelitian menjadi akhir penulisan tesis ini baik secara akademis maupun praktis dan memaparkan keterbatasan yang ada dalam penelitian.

BAB II KERANGKA TEORI

Komunikasi adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar, disengaja dan mempunyai tujuan yang sesuai dengan harapan atau keinginan dari pihak pelaku komunikasi. Dan kaitannya dengan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan, komunikasi kesehatan merupakan sebuah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi interpersonal, maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan adalah perubahan perilaku kesehatan masyarakat. Dan selanjutnya perilaku masyarakat yang sehat tersebut akan berpengaruh kepada meningkatnya derajat kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan sendiri merupakan bagian dari kegiatan promosi kesehatan (Ottawa Charter, 1986). Dalam konsepsi promosi kesehatan, pendidikan kesehatan menunjuk pada setiap gabungan pengalaman belajar yang dipolakan untuk memudahkan penyesuaian-penyesuaian perilaku secara sukarela yang memperbaiki kesehatan pada individu. Dari beberapa hasil penelitian membuktikan bahwa pendidikan tidaklah cukup, tetapi seharusnya dipandang sebagai bagian dari program promosi kesehatan yang lebih luas. Karena program promosi kesehatan terkait dengan aspirasi pemasaran sosial, karena promosi juga berarti mengenalkan produk (yaitu perilaku hidup sehat) secara luas kepada masyarakat sehingga mereka dapat menerima dan memanfaatkannya (mempraktikannya) dalam kehidupan sehari-hari (Maulana, 2009). Tentunya upaya ini terkait dengan penggunaan media komunikasi sebagai bagian dari kegiatan promosi kesehatan yang pada pelaksanaannya media ini mampu menjadi media pembelajaran bagi perubahan perilaku sehat masyarakat khususnya anak dan remaja.

2.1 Media dalam Program Pendidikan Kesehatan

Kata media sendiri berasal dari bahasa latin dan merupakan bentuk jamak dari kata medium yang secara harfiah berarti perantara atau pengantar. Media adalah segala sesuatu yang digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima sehingga dapat merangsang pikiran, perasaan, perhatian, minat serta perhatian sedemikian rupa sehingga proses belajar terjadi (Sadiman, 2002).

Media dalam kegiatan promosi kesehatan sangat membantu di dalam melakukan penyuluhan agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan tepat. Melalui media, orang dapat lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan.

Media promosi kesehatan sendiri terbagi 3 kelompok; 1) Metode Promosi Individual, diantaranya; Bimbingan dan penyuluhan, serta *interview* (wawancara), 2) Metode Promosi Kelompok, dibagi menjadi kelompok besar dan Kelompok Kecil. Pada kelompok besar metode yang digunakan, antara lain; ceramah dan seminar dan pada kelompok kecil; diskusi, *brain torming*, *snow ball*, *buzz group*, *role play* dan permainan simulasi, 3) Metode Promosi Kesehatan Massal; *public speaking* dan media massa (Notoatmodjo, 2005).

Penggunaan media sebagai saluran komunikasi kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) perlu menyesuaikan dengan sasaran yang dituju atau dengan mengembangkan taktik komunikasi didalamnya. Untuk sasaran kelompok maka taktik komunikasi yang dikembangkan harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Diperkuat dalam strategi pembinaan kesehatan reproduksi remaja di Indonesi yang dilakukan oleh Depkes, mengemukakan bahwa pentingnya pengembangan program-program komunikasi, informasi dan edukasi melalui media cetak, media elektronik, media tradisiona l dan interpersonal, baik secara langsung maupun terintegrasi dengan program unit dan sektor lain (Depkes, 1996).

Sehingga dengan demikian konsep penggunaan media dalam kegiatan promosi atau pendidikan kesehatan menjadi sangat penting untuk diterapkan, diperlukan pendekatan media pendidikan yang bersifat luwes atau sesuai dengan trend isu dan trend perilaku dikalangan anak jalanan itu sendiri. Media promosi atau pendidikan kesehatan yang bersifat inovatif dan partisipatif diharapkan mampu menjadi media yang efektif dalam menjangkau kelompok-kelompok khusus dalam hal ini anak jalanan.

Karena penelitian ini membatasi pada dua media promosi kesehatan; diskusi interaktif dan partisipasi penyadaran, maka pembahasan dalam penelitian ini hanya pada dua media tersebut.

2.1.1 Diskusi Interaktif

Dalam kegiatan promosi kesehatan, media diskusi merupakan metode promosi kelompok. Menurut Notoatmodjo (2003) media diskusi dalam promosi kesehatan umumnya digunakan pada kelompok kecil, dimana peserta kegiatan kurang dari 15 orang. Taktik komunikasi yang cocok untuk kelompok kecil adalah diskusi, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snowballing*), yakni kelompok yang dibagi dalam pasang-pasangan (satu pasang; dua orang), kelompok-kelompok kecil (*buzz group*), memainkan peran (*role play*), dan simulasi. Sedangkan pada kelompok besar atau lebih 15 orang, metode atau taktik yang digunakan adalah ceramah dan seminar.

Dalam kumpulan metode pengajaran/ pendampingan (2010) didapatkan pengertian dari metode-metode komunikasi yang disebutkan oleh Notoatmodjo seperti diatas; Metode Diskusi bertujuan untuk tukar menukar gagasan, pemikiran, informasi/ pengalaman diantara peserta, sehingga dicapai kesepakatan pokok-pokok pikiran (gagasan dan kesimpulan). Untuk mencapai kesepakatan tersebut, para peserta dapat saling beradu argumentasi untuk meyakinkan peserta lainnya.

Kesepakatan pikiran inilah yang kemudian ditulis sebagai hasil diskusi. Umumnya metode diskusi dipakai dalam diskusi kelas ataupun dalam diskusi kelompok. Diskusi biasanya digunakan sebagai bagian yang tak terpisahkan dari penerapan berbagai metode lainnya, seperti: penjelasan (ceramah), curah pendapat, diskusi kelompok, permainan, dan lain-lain. Sedangkan metode ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah dengan kombinasi metode yang bervariasi. Mengapa disebut demikian, sebab ceramah dilakukan dengan ditujukan sebagai pemicu terjadinya kegiatan yang partisipatif (curah pendapat, diskusi kelompok, pleno, penugasan, studi kasus, dan lain-lain. Selain itu, ceramah yang dimaksud disini adalah ceramah yang cenderung interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta. Media pendukung yang digunakan, seperti bahan serahan (handouts), transparansi yang ditayangkan dengan OHP, bahan presentasi yang ditayangkan dengan LCD, tulisan-tulisan di kartu metaplan dan/kertas plano, dan lain-lain.

Begitupula dengan metode curah pendapat (*brain storming*) adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta. Berbeda dengan diskusi, dimana gagasan dari seseorang dapat ditanggapi (didukung, dilengkapi, dikurangi, atau tidak disepakati) oleh peserta lain, pada penggunaan metode curah pendapat pendapat orang lain tidak untuk ditanggapi. Tujuan curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasilnya kemudian dijadikan peta informasi, peta pengalaman, atau peta gagasan (*mindmap*) untuk menjadi pembelajaran bersama.

Bermain peran (*role play*), pada prinsipnya merupakan metode untuk menghadirkan peran-peran yang ada dalam dunia nyata ke dalam suatu 'pertunjukan peran' di dalam kelas/ pertemuan, yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi agar peserta memberikan penilaian terhadap, misalnya; menilai keunggulan maupun kelemahan masing-masing peran tersebut, dan kemudian memberikan saran/ alternatif pendapat bagi pengembangan peran-peran tersebut.

Metode ini lebih menekankan terhadap masalah yang diangkat dalam ‘pertunjukan’, dan bukan pada kemampuan pemain dalam melakukan permainan peran.

Metode simulasi adalah bentuk metode praktek yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan mental maupun fisik/teknis). Metode ini memindahkan suatu situasi yang nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya kesulitan untuk melakukan praktek di dalam situasi yang sesungguhnya, misalnya; sebelum melakukan praktek penerbangan, seorang siswa sekolah penerbangan melakukan simulasi penerbangan terlebih dahulu (belum benar-benar terbang). Situasi yang dihadapi dalam simulasi ini harus dibuat seperti benar-benar merupakan keadaan yang sebenarnya (replikasi kenyataan). Contoh lainnya, dalam sebuah pelatihan fasilitasi, seorang peserta melakukan simulasi suatu metode belajar seakan-akan tengah melakukannya bersama kelompok dampungannya. Pendamping lainnya berperan sebagai kelompok dampungannya yang benar-benar akan ditemui dalam keseharian peserta (ibu tani, bapak tani, pengurus kelompok, dan sebagainya). Dalam contoh yang kedua, metode ini memang mirip dengan bermain peran. Tetapi dalam simulasi, peserta lebih banyak berperan sebagai dirinya sendiri saat melakukan suatu kegiatan/tugas yang benar-benar akan dilakukannya.

Demonstrasi adalah metode yang digunakan untuk membelajarkan peserta dengan cara menceritakan dan memperagakan suatu langkah-langkah pengerjaan sesuatu. Demonstrasi merupakan praktek yang diperagakan kepada peserta. Karena itu, demonstrasi dapat dibagi menjadi dua tujuan: demonstrasi proses untuk memahami langkah demi langkah dan demonstrasi hasil untuk memperlihatkan atau memperagakan hasil dari sebuah proses. Biasanya, setelah demonstrasi dilanjutkan dengan praktek oleh peserta sendiri. Sebagai hasil, peserta akan memperoleh pengalaman belajar langsung setelah melihat, melakukan, dan merasakan sendiri. Tujuan dari demonstrasi yang dikombinasikan dengan praktek adalah membuat perubahan pada rana keterampilan.

Metode praktik lapangan bertujuan untuk melatih dan meningkatkan kemampuan peserta dalam mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan yang diperolehnya. Kegiatan ini dilakukan di 'lapangan', yang bisa berarti di tempat kerja, maupun di masyarakat. Keunggulan dari metode ini adalah pengalaman nyata yang diperoleh bisa langsung dirasakan oleh peserta, sehingga dapat memicu kemampuan peserta dalam mengembangkan kemampuannya. Sifat metode praktek adalah pengembangan keterampilan.

Permainan (*games*), populer dengan berbagai sebutan antara lain pemanasan (*ice-breaker*) atau penyegaran (*energizer*). Arti harfiah *ice-breaker* adalah 'pemecah es'. Jadi, arti pemanasan dalam proses belajar adalah pemecah situasi kebekuan pikiran atau fisik peserta. Permainan juga dimaksudkan untuk membangun suasana belajar yang dinamis, penuh semangat, dan antusiasme. Karakteristik permainan adalah menciptakan suasana belajar yang menyenangkan (*fun*) serta serius tapi santai (*sersan*). Permainan digunakan untuk penciptaan suasana belajar dari pasif ke aktif, dari kaku menjadi gerak (*akrab*), dan dari jenuh menjadi riang (*segar*). Metode ini diarahkan agar tujuan belajar dapat dicapai secara efisien dan efektif dalam suasana gembira meskipun membahas hal-hal yang sulit atau berat. Sebaiknya permainan digunakan sebagai bagian dari proses belajar, bukan hanya untuk mengisi waktu kosong atau sekedar permainan. Permainan sebaiknya dirancang menjadi suatu 'aksi' atau kejadian yang dialami sendiri oleh peserta, kemudian ditarik dalam proses refleksi untuk menjadi hikmah yang mendalam (prinsip, nilai, atau pelajaran-pelajaran).

Dari pengertian yang dikemukakan oleh Notoatmudojo maupun dalam kumpulan metode pengajaran/ pembimbingan, metode diskusi justru merupakan metode yang terintegrasi dalam kegiatan edukasi. Ceramah (dalam kelompok yang lebih besar dengan peserta melebihi 15 orang) tetap saja dalam kegiatannya selalu menggunakan diskusi baik diskusi kelas, kelompok maupun pleno. Metode-metode lainnya seperti simulasi, *games*, *role play* ataupun *brainstorming* juga selalu terikat dalam kegiatan diskusi.

Menurut Notoatmojo (1989), dalam media diskusi kelompok metode yang dipakai umumnya bersifat Sokratik, dimana peserta didik diberi kesempatan mengemukakan pendapat sehingga mereka aktif dalam proses belajar mengajar dengan demikian terjadi komunikasi dua arah (*two way method*).

Ditambahkan pula, Departemen Pendidikan Nasional (2008) mengatakan bahwa umumnya dalam kegiatan penyuluhan diskusi yang dilakukan dapat bersifat interaktif karena diskusi biasanya digunakan sebagai bagian yang tak terpisahkan dari penerapan berbagai metode lainnya, seperti curah pendapat, diskusi kelompok, permainan dan dengan semakin berkembangnya teknologi penggunaan audiovisual sudah umum digunakan dalam kegiatan penyuluhan.

Information carrying technologies that can be used for instruction... The media of instruction, consequently are extensions of the teacher (Wilbur Schramm, 1977). Informasi yang menggunakan teknologi didalamnya dapat digunakan sebagai media instruksi. Media instruksi merupakan pengembangan jangkauan media, sehingga jelas didapatkan pengertian dari kalimat ini, bahwa berkembangnya jaman, maka semakin maju sebuah teknologi yang tentunya turut pula mempengaruhi perkembangan jangkauan media termasuk didalamnya media pendidikan dan kesehatan.

Kembali kepada tujuan promosi kesehatan, menurut Green (1990) merujuk pada tujuan promosi kesehatan, yakni; tujuan program, tujuan pendidikan, dan tujuan perilaku. Sehingga dengan begitu dapat dikatakan media kesehatan juga merupakan media pendidikan. Media dalam pendidikan umumnya berfungsi sebagai alat peraga visual dalam kegiatan belajar mengajar, yaitu berupa sarana yang dapat memberikan pengalaman visual untuk mendorong motivasi belajar, memperjelas dan mempermudah konsep yang abstrak dan mempertinggi daya serap atau retensi belajar.

Menurut Notoatmodjo (1989), media bantu adalah setiap benda yang dipergunakan untuk memperlancar proses belajar mengajar. Bentuk media bantu dalam kegiatan pendidikan, antara lain meliputi; 1) Media bantu lihat yakni alat yang dipergunakan untuk membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Media ini ada dua bentuk; media yang diproyeksikan seperti slide atau film, dan media yang tidak diproyeksikan, seperti gambar peta, bola dunia dan sebagainya. 2) Media bantu dengar ialah media yang dapat membantu menstimulasikan indera pendengar, pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan, misalnya radio, pita suara, dan sebagainya. 3) Media bantu lihat dengar atau dikenal dengan nama AVA (*Audio Visual Aids*), seperti televisi, film, dan video.

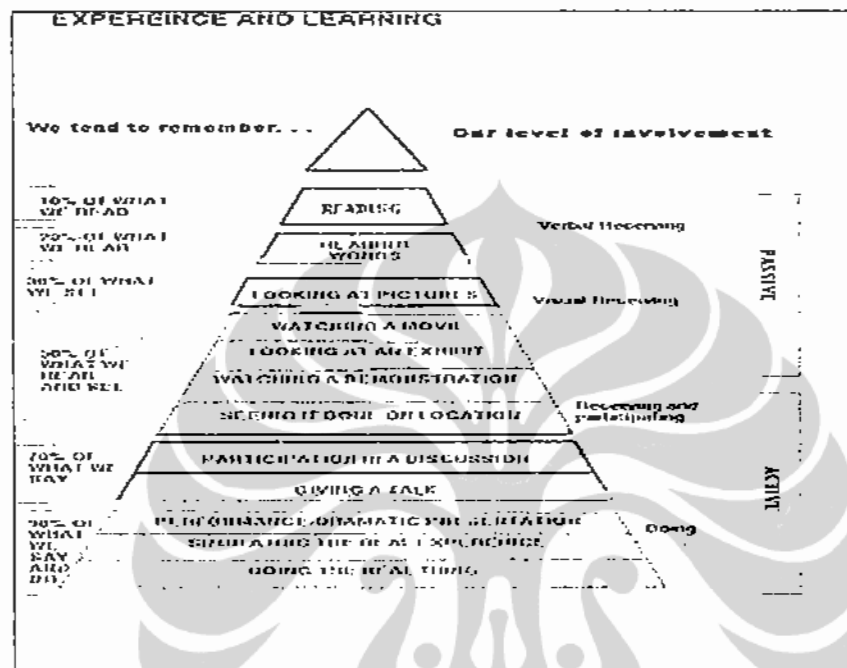
Kembali menurut Notoatmodjo, disamping pembagian tersebut juga dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatan dan penggunaannya, antara lain; media peraga yang rumit (*complicated*), umumnya memerlukan listrik dan proyektor. Dan media peraga yang sederhana yang mudah dibuat sendiri dengan bahan setempat yang mudah diperoleh, seperti leaflet, brosur, poster, dan sebagainya.

Namun merujuk pada apa yang dinyatakan oleh Harsoyo (2002), perbedaan media dengan alat peraga terletak pada fungsinya dan bukan pada substansinya. Suatu sumber belajar disebut alat peraga bila hanya berfungsi sebagai alat bantu pembelajaran saja; dan sumber belajar disebut media bila merupakan bagian integral dari seluruh proses atau kegiatan pembelajaran dan ada semacam pembagian tanggung jawab antara guru di satu sisi dan sumber lain (media) di sisi lain. Dengan begitu dapat dikatakan bahwa media dalam penelitian ini adalah keseluruhan proses dari kegiatan promosi kesehatan (tidak lagi bersifat sebagai alat bantu saja).

Dale (1969) mengadakan klasifikasi pengalaman berlapis menurut tingkat dari yang paling konkrit ke yang paling abstrak. Klasifikasi tersebut kemudian

dikenal dengan nama kerucut pengalaman (*cone of experience*) yang pada saat itu dianut secara luas dalam menentukan media apa yang paling sesuai untuk pengalaman belajar tertentu.

Gambar 2.1.2 Cone of Experience “Edgar Dale”



Sumber : Notoatmodjo, 1989

Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan paling dasar adalah benda asli yang paling di atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersiapkan bahan pendidikan atau pengajaran. Sedangkan penyampaian bahan yang hanya dengan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah (Notoatmodjo, 1989).

Belajar dengan indra ganda akan memberikan keuntungan bagi siswa. Siswa akan belajar lebih banyak daripada hanya dengan stimulus pandang saja atau dengar saja. Para ahli memiliki pandangan yang scarah mengenai hal itu. Kurang lebih 90% hasil belajar melalui indera pandang, sedangkan indera dengar hanya sckitar 5% dan 5% lagi indera yang lainnya (Baugh dalam Achsin, 1986).

Sementara Dale (1969) menyebut angka 75 % untuk indera pandang, 13 % untuk indera dengar dan 12 % melalui indera lain. Hal ini semua menunjukkan pentingnya media dalam pembelajaran. Kontinum dari konkrit ke abstrak antara pengalaman langsung, visual dan verbal dalam menanamkan suatu konsep atau pengertian. Semakin konkrit pengalaman yang diberikan akan menjamin terjadinya proses belajar. Namun agar terjadi efisiensi belajar maka diusahakan agar pengalaman belajar yang diberikan semakin abstrak (*"go as low on the scale as you need to ensure learning, but go as high as you can for the most efficient learning"*).

Media pembelajaran menurut Kemp and Dayton (1985), sebagai penyampaian pesan pembelajaran dapat lebih terstandar, pembelajaran dapat lebih menarik, pembelajaran menjadi lebih interaktif dengan menerapkan teori belajar, waktu pelaksanaan pembelajaran dapat diperpendek, kualitas pembelajaran dapat ditingkatkan, proses pembelajaran dapat berlangsung kapanpun dan dimanapun diperlukan, sikap positif peserta terhadap materi pembelajaran serta proses pembelajaran dapat ditingkatkan, dan terakhir peran guru atau fasilitator berubah kearah yang positif

Arti multimedia sendiri adalah kombinasi teks, foto, seni grafis, suara, animasi dan elemen-elemen video yang dimanipulasi secara digital. Ketika anda mengizinkan pengguna akhir pemirsa dari proyek multimedia – mengontrol apa dan kapan elemen-elemen tersebut akan dikirimkan, multimedia disebut multimedia interaktif. Ketika anda menyediakan suatu struktur dari elemen-elemen yang terkait dimana pengguna dapat mengarahkannya, multimedia interaktif berubah menjadi hypermedia. Suatu proyek multimedia dapat tidak menjadi interaktif untuk dapat disebut multimedia. Para pengguna hanya duduk dan melihat seperti saat mereka menonton film atau televisi . Dalam beberapa kasus, proyek bersifat linier, dimulai dari awal dan berjalan hingga akhir. Ketika para pengguna diberi kontrol navigasi dan dapat menjelajahi isi sesuai keinginan, multimedia kemudian menjadi nonlinier dan pengguna menjadi interaktif, dalam hal ini merupakan pintu gerbang menuju personal yang kuat (Vaughan, 2006).

Salahsatu bentuk multimedia interaktif adalah media yang berbasis komputer. Heinich (1996), media berbasis komputer memiliki bentuk interaksi yang dapat diaplikasikan, seperti; praktek dan latihan (*drill & practice*), tutorial, permainan (*games*), simulasi (*simulation*), penemuan (*discovery*), pemecahan masalah (*problem solving*).

Sehingga dengan demikian penggunaan multimedia, memberikan pembelajaran lebih inovatif dan interaktif, menimbulkan rasa senang selama proses pembelajaran berlangsung sehingga menambah motivasi anak, karena mampu menggabungkan antara teks, gambar, audio; musik, animasi gambar/ video dalam satu kesatuan yang saling mendukung sehingga tercapai tujuan pembelajaran (Pendidikan Luar Sekolah/ PLS, 2008).

Vaughan (2006), menguatkan teori Edgar Dale mengenai pembelajaran pasif menjadi aktif, ia mengatakan Multimedia di sekolah dapat memprovokasikan perubahan secara radikal dalam proses pengajaran pada dekade-dekade mendatang, khususnya saat siswa yang cerdas menemukan bahwa mereka dapat keluar dari batasan metode pengajaran tradisional. Sebenarnya disini terjadi perubahan dari model pembelajaran "transmisi" atau "siswa pasif" ke model "pembelajaran eksperensial" atau "siswa aktif".

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa penggunaan media interaktif dapat meningkatkan efektifitas program pendidikan yang merupakan salah satu bagian dari program promosi kesehatan. Program SERU yang dilakukan oleh YPI menggunakan konsep interaktif ini dalam kegiatan penyuluhan dengan mengintegrasikannya dengan kegiatan diskusi, sehingga kegiatan diskusi menjadi lebih interaktif. Dalam arti dengan dilakukannya diskusi interaktif maka pencapaian tujuan berupa peningkatan pengetahuan dan keterampilan serta pengembangan sikap dapat tercapai melalui proses pembelajaran yang menarik dan inovatif.

2.1.2 Penayadaran Partisipasi

Salah satu peran komunikasi pembangunan menurut Heuebro (1979), adalah cenderung mengajak masyarakat untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dalam hal ini pembangunan sosial, dimana salahsatu bagian dari pembangunan sosial adalah layanan kesehatar:. Berbicara mengenai partisipasi, menurut Keith Davis partisipasi didefinisikan sebagai berikut: *“Participation is defined as a mental and emotional involved at a person in a group situation which encourager then contribut to group goal and share responsibility in them”*. (Partisipasi dimaksudkan sebagai keterlibatan mental dan emosi seseorang kepada pencapaian tujuan dan ikut bertanggung jawab di dalamnya) (Suryobroto, 2002). Atau menurut Tannenbaum (1992), partisipasi cenderung meningkatkan derajat perasaan “kami” atau menimbulkan rasa memiliki dari orang-orang yang terlibat didalamnya.

Menurut Fairchild (1977), partisipasi didefinisikan adalah keterlibatan seseorang secara sadar ke dalam interaksi sosial dalam situasi sosial tertentu. Artinya seseorang berpartisipasi dalam suatu kelompok kalau ia mengidentifikasi dirinya dengan (atau ke dalam) kelompok melalui bermacam sikap berbagi, yaitu berbagi nilai tradisi, berbagi perasaan, kesetiaan, kepatuhan dan tanggung jawab bersama dan melalui persahabatan pribadi. Maka dengan demikian konsep partisipasi terkait dengan proses dinamis, mobilisasi, pemberdayaan dan penayadaran individu, kelompok atau masyarakat itu sendiri.

Berbicara mengenai partipasi terkait dengan dinamika kelompok. Menurut Rakhmat (2004), dalam komunikasi kelompok; anggota-anggota kelompok bekerjasama untuk mencapai dua tujuan; melaksanakan tugas kelompok dan memelihara moral anggota-anggotanya. Atau dapat dikatakan bahwa dalam partisipasi kelompok, anggota kelompok berinteraksi dalam melakukan kegiatannya. Hasil kegiatan ditentukan oleh distribusi partisipasi anggotanya.

Terkait dengan media penyadaran partisipasi, maka partisipasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah partisipasi anak jalanan dalam keikutsertaannya pada kegiatan kampanye kesehatan reproduksi. Partisipasi anak adalah keterlibatan anak dalam proses pengambilan keputusan dan menikmati perubahan yang berkenaan dengan hidup mereka baik secara langsung maupun tidak langsung, yang dilaksanakan dengan persetujuan dan kemauan semua anak berdasarkan kesadaran dan pemahaman (Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI, 2007).

Hart (1997), membagi partisipasi anak dalam beberapa tingkat atau yang dikenal dengan konsep tangga partisipasi;

1. Manipulasi, Anak-anak dimanfaatkan oleh orang dewasa untuk kepentingan orang dewasa
2. Dekorasi, Anak-anak hanya diajak mengikuti suatu kegiatan tertentu oleh orang dewasa tapi hanya menjadi pajangan saja
3. Tokenisme, anak-anak diajak untuk mengikuti suatu kegiatan yang direncanakan dan dilaksanakan oleh dewasa. Anak-anak hanya dipakai oleh orang dewasa sebagai simbol saja bahwa kegiatan tersebut telah melibatkan anak-anak .
4. Ditetapkan tetapi diberi informasi. Orang dewasa memutuskan kegiatan dan terlibat secara sukarela. Anak-anak mengetahui kegiatan tersebut dan mereka mengetahui siapa yang memutuskan untuk melibatkan mereka dan mengapa dilibatkan. Orang dewasa menghargai pandangan dari anak-anak.
5. Diberi informasi dan nasehat. Kegiatan didesain dan dilaksanakan oleh orang dewasa tapi anak dimintakan masukannya. Anak-anak ini memiliki pemahaman/pengetahuan mengenai proses dan pandangan mereka diperhatikan secara serius
6. Keputusan atas inisiatif orang dewasa, dilakukan bersama anak. Orang dewasa memiliki gagasan awal, tapi anak-anak dilibatkan dalam setiap tahap

perencanaan dan pelaksanaan. Anak-anak tidak hanya dipertimbangkan pandangan/masukannya tapi juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan

7. Anak memiliki inisiatif dan diarahkan (oleh orang dewasa). Anak-anak memiliki gagasan/inisiatif, merencanakan kegiatan tapi masih mengajak diskusi serta meminta nasehat dan dukungan dari orang dewasa
8. Keputusan atas inisiatif anak dan diputuskan bersama orang dewasa. Anak-anak memiliki gagasan/ide tentang kegiatan dan memutuskan sendiri bagaimana caranya kegiatan tersebut dilaksanakan. Orang dewasa siap mendampingi tapi tidak ikut mengurus (pasif).

Masih mengacu pada Pedoman Rencana Partisipasi Anak (2007), ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam metode partisipasi anak ini adalah sebagai berikut :

1. Aspek Kerjasama, baik antara orang dewasa dengan anak maupun antar anak itu sendiri. Aspek-aspeknya adalah : 1) Membuka kesempatan kepada anak, dalam arti memberikan kesempatan kepada anak untuk menyampaikan pandangan, ide-ide, usulan dan sebagainya ketika ada usulan tentang program dan kegiatan, 2) Membuat tawaran kepada anak, misalnya tawaran mengenai apa yang hendak dilakukan menurut anak-anak dan bukan menurut orang dewasa. Jika orang dewasa yang mengusulkannya, maka usulan tersebut juga bersifat tawaran yang tergantung pada keputusan anak-anak sendiri mau menerima atau tidak, 3) Memperbanyak pilihan tentang alternatif-alternatif yang bisa atau harus diambil atau dilakukan, sehingga anak-anak sendiri bisa memilih alternatif mana yang terbaik menurut mereka, 4) Kesepakatan bersama, yakni apapun keputusan yang dipilih atau diambil, hal itu harus menjadi kesepakatan bersama di mana mereka semua harus tunduk dan yang terakhir 6) Saling menghargai satu sama lain.

2. *Aspek Potensi Anak*. Aspek ini dilatarbelakangi oleh sifat dan karakter anak yang berbeda-beda, di mana masing-masing anak memiliki kelebihan dan kelemahan

masing-masing. Potensi anak tersebut mencakup meliputi; 1) Potensi Motorik, yakni daya gerak kerjasama otot dalam tubuh anak, di mana gerak otot dikoordinasi dengan cara kerja pada belahan otak kiri untuk gerak motorik kanan, dan otak kanan untuk koordinasi gerak motorik kiri. Pada potensi ini terdapat keseimbangan, ketrambilan dan gerak, 2) Potensi Afeksi, yakni daya khayal atau imajinasi. Potensi ini berada pada otak kanan. Pada potensi ini pikiran yang menggerakkan, 3) Potensi Kognisi, kemampuan berpikir dan mengamati. Potensi ini berada pada otak kiri. Pada potensi ini intuisi yang menggerakkan. Dengan melihat aspek-aspek potensi anak, maka perlu pula diperhatikan jenis media yang bisa dilakukan oleh anak; Media Motorik; gambar (garis dan bentuk), gerak, bunyi, menempel, menyusun, mengatur, dan bermain. Media Afeksi; cerita, dongeng, lagu, sajak, puisi, nyanyi, wayang kardus, teater, gambar ekspresi. Dan Media Kognisi (Rasio dan Logika); menulis, menghitung, paparan, argumentasi, serta diskusi/dialog.

Media kampanye dianggap efektif sebagai sarana 'berbagi' bagi anak, dalam hal informasi, persahabatan dan tanggungjawab. Media kampanye, mengedepankan konsep partisipasi remaja dalam hal ini anak jalanan usia remaja, pertimbangannya adalah melalui partisipasi remaja dalam kampanye maka melatih kemampuan remaja untuk mencegah diri dan teman sebayanya agar terhindar dari perilaku berisiko tertular IMS, HIV/AIDS atau penyalahgunaan narkoba (YPI, 2010). Dalam pelaksanaannya media kampanye yang dilakukan oleh YPI selalu melibatkan aspek-aspek potensi yang dimiliki oleh anak atau remaja, seperti memasukan media teater, musik ataupun tari ataupun jenis kreativitas lainnya sebagai sumbangan partisipasi anak.

Dengan demikian media penyadaran partisipasi menjadi sebuah metode pendidikan yang mengedepankan pembelajaran yang bersifat partipastoris atau dengan melibatkan anak jaianan dalam melakukan kegiatan penyadaran kesehatan reproduksi ke masyarakat, tentunya keberhasilan kegiatan media penyadaran partisipasi dapat dilihat dari strategi atau taktik yang digunakannya.

Menurut Suryobroto (2002), penggunaan strategi yang tepat akan menentukan keberhasilan kegiatan belajar mengajar. Metode belajar mengajar yang bersifat partisipatoris akan mampu membawa siswa dalam situasi yang lebih kondusif karena siswa lebih berperan serta lebih terbuka dan sensitif dalam kegiatan belajar mengajar.

Dari ke dua metode yang digunakan oleh dua media diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa pendekatan media diskusi interaktif dan media partisipasi penyadaran merupakan media komunikasi yang menggunakan pendekatan komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok dan Komunikasi Media. Berikut Dibawah ini penjelasan ke tiga pendekatan komunikasi yang digunakan yang terintegrasi dalam ke dua media promosi kesehatan yang dijadikan penelitian.

2.2 Saluran Komunikasi Interpersonal, Kelompok, Teknologi Media

Saluran Komunikasi dalam kegiatan promosi kesehatan diartikan sebagai media yang digunakan untuk meneruskan pesan dari penyuluh (dapat individu atau organisasi) kepada anak jalanan sebagai subjek penyuluhan. Dalam penelitian ini, dapat dilihat adanya saluran komunikasi interpersonal, kelompok dan teknologi media.

Berbicara mengenai komunikasi interpersonal tidak dapat dipisahkan dari interaksi kita dengan oranglain. Komunikasi interpersonal adalah proses pertukaran informasi diantara seseorang dengan paling kurang dengan seorang lainnya atau biasanya diantara dua orang yang dapat langsung diketahui balikkannya (*feedback*). Dengan bertambahnya orang yang terlibat dalam komunikasi menjadi hertambahlah persepsi orang dalam kejadian komunikasi sehingga bertambah komplekslah komunikasi tersebut. Komunikasi interpersonal adalah membentuk hubungan dengan orang lain (Alo, 1997).

Saluran komunikasi interpersonal sangat umum digunakan dalam kegiatan promosi kesehatan. Roger dan Shoemaker dalam Machmud (2006), menyatakan bahwa saluran interpersonal memungkinkan terjadinya komunikasi yang efektif. Hal ini dimungkinkan oleh dua alasan utama. Pertama, komunikasi yang berlangsung dapat menjamin adanya kejelasan atau bisa memberikan tambahan informasi tentang inovasi secara langsung melalui suatu jaringan komunikasi. Kedua, komunikasi interpersonal mampu membujuk individu untuk membentuk atau merubah sikap secara kuat, khususnya sikap positif dan mau mengadopsi inovasi. Saluran komunikasi ini juga dapat meningkatkan umpan balik dalam penciptaan komunikasi partisipatif.

Ditambahkan pula oleh Machmud, komunikasi tatap muka merupakan komunikasi yang bisa digunakan dalam berbagai saluran komunikasi lainnya. Dalam waktu bersamaan penyuluh mengolah informasi penyuluhan dengan sejumlah saluran yang berbeda.

Table 2.1 Hubungan Tipe Pendekatan (Saluran Komunikasi) dengan Jenis Metode Penyuluhan

| Tipe Pendekatan | Jenis Metode Penyuluhan |
|-------------------------|---|
| Perorangan | Demonstrasi hasil, demonstrasi cara, demonstrasi area) |
| Perorangan dan Kelompok | Ceramah umum, diskusi, informasi dari surat kabar, siaran radio, TV, pameran, karyawisata, dan demosntrasi. |
| Massal | Informasi dari surat kabar, majalah, poster, leaflet, siaran radio dan TV. |
| Massal dan Kelompok | Ceramah umum, diskusi, informasi dari kelompok, majalah, poster, leaflet, siaran radio, TV, dan pameran. |

Sumber : Machmud, SM, 2006

Berdasarkan tabel 2.1 maka dapat dilihat adanya pendekatan yang sama pada saluran komunikasi kelompok dengan saluran komunikasi perorangan. Hal ini diperkuat oleh pernyataan dari Cragan dan Wright dalam Rakhmat (2004), menyebutkan dua dimensi interpersonal dan proses interpersonal, disamping perbedaan individual seperti usia, suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kepribadian, dan homogenitas atau heterogenitas kelompok yang mempengaruhi keefektifan komunikasi kelompok. Kebutuhan interpersonal meliputi *inclusion* (keinginan untuk memasuki atau menjadi bagian kelompok), *control* (mengendalikan orang lain dalam suatu tatanan hierarkis), dan *affection* (ingin memperoleh keakraban emosional dari anggota kelompok lain. Sedangkan proses interpersonal meliputi keterbukaan (*disclosure*), *trust*, dan empati.

Selain dua saluran komunikasi yang sudah diterangkan diatas, penggunaan teknologi turut membuka saluran komunikasi. Seperti yang telah dijelaskan dalam sub media interaktif, Wilbur Schramm mencermati pemanfaatan media sebagai suatu tehnik untuk menyampaikan pesan, dimana ia mendefinisikan media sebagai teknologi pembawa informasi. Pendekatan media merupakan pengembangan dari semakin besarnya jangkauan, kecepatan waktu, dan pengembangan inovasi dari kemajuan teknologi atau merupakan pengembangan dari media massa itu sendiri. Banyak ahli yang menyatakan bahwa media massa bersifat linear atau satu arah (tidak ada unsur umpan balik (*feedback*) yang terjadi pada saluran komunikasi interpersonal), namun dalam perkembangannya media ini dapat memebrikan umpan balik atau menurut Toffler menyebutkan gejala ini sebagai demassifikasi media atau proses menjadikan media massa tidak lagi media massa (Rakhmat, 2004).

Penjelasan mengenai saluran-saluran komunikasi diatas, lebih untuk menerangkan pendekatan yang dilakukan oleh media diskusi interaktif dan penyadaran partisipasi yang dijadikan penelitian ini, bahwa dengan merujuk pada penjelasan diatas ke dua pendekatan media ini tidak terlepas dari pendekatan kelompok yang tentunya melibatkan saluran komunikasi interpersonal didalamnya. Dalam media diskusi interaktif, metode diskusi merupakan metode yang sering

digunakan dalam saluran komunikasi interpersonal dimana pesan yang disampaikan dari fasilitator ke peserta diskusi dalam hal ini anak jalanan, atau dari anak ke anak melalui diskusi kelompok, simulasi, bermain peran dan metode lain yang ada dalam kegiatan diskusi. Penggunaan media audiovisual berbasis komputer disebut interaktif karena dari media yang bersifat linear (satu arah) berubah menjadi interaktif ketika dalam pelaksanaannya menggunakan taktik interpersonal, sehingga media interaktif ini dianggap mampu memberikan kebutuhan interpersonal didalamnya (melalui metode diskusi tadi). Sedangkan pada penyadaran partisipasi, jelas telah diterangkan pada konsep partisipasi, bahwa partisipasi akan meningkat dan terbuka melalui hubungan komunikasi kelompok dan antar perorang, atau melalui kerjasama diantara anak dengan didampingi seorang fasilitator.

Dengan demikian, perlu dilakukan berbagai pendekatan agar komunikasi itu efektif. Mefalopulos dan Kamlongera (2004), menjelaskan bahwa pendekatan komunikasi adalah cara menggunakan teknik, metode dan media komunikasi yang dipandang paling efektif untuk kelompok tertentu dengan tema tertentu.

Terintegrasinya pendekatan interpersonal dalam ke dua media promosi ini, mengacu pada apa yang diungkapkan oleh Smith (2002), bahwa dalam aplikasi program komunikasi, strategi komunikasi interpersonal memiliki tingkat keefektifan persuasi yang cukup tinggi dan dampak yang lebih kuat pada individu ataupun kelompok.

Smith menambahkan komunikasi interpersonal adalah cara persuasif yang paling ampuh diantara cara-cara yang lain. Keefektifan komunikasi karena melibatkan komunikasi langsung dan tatap muka. Dalam komunikasi interpersonal dapat melihat respon langsung sekaligus mengevaluasi tingkat efektifitasnya. Pada pendekatan persuasi yang berfokus pada bagaimana meyakinkan orang untuk mau menerima pesan yang disampaikan.

Dalam hal ini Smith menekankan komunikasi interpersonal sebagai komunikasi yang bersifat persuasif. Komunikasi dikatakan persuasif karena dalam prosesnya mendorong terjadinya perubahan karena sifatnya yang mempengaruhi sikap, pendapat dan perilaku seseorang, baik secara verbal maupun non verbal (Soemirat, 2007). Menurut Cassata dan Arante (1979) bila arus komunikasi hanya dikendalikan oleh komunikator, situasi dapat menunjang persuasi yang efektif. Sebaliknya bila khalayak dapat mengatur arus informasi, situasi komunikasi akan mendorong belajar yang efektif.

Soemirat (2007), menambahkan teori Smith yang lebih menekankan efek persuasi dalam komunikasi interpersonal. Dalam komunikasi kelompok juga memiliki efek persuasi dengan melihat aspek keterpaduan (*cohesiveness*) dan konformitas (*conformity*). Konformitas dalam komunikasi kelompok bila sejumlah orang dalam kelompok mengatakan atau melakukan sesuatu, ada kecenderungan para anggota untuk mengatakan dan melakukan hal yang sama (Rakhmat, 2004).

Sedangkan efek persuasi yang paling rendah adalah komunikasi media massa. William McGuire (1978) mengatakan dampak media massa hasil pengukuran dalam hubungannya dengan daya persuasif tampaknya kecil saja. Sejumlah besar penelitian telah dilaksanakan untuk menguji efektifitas media massa. Hasilnya sangat mengejutkan bagi pendukung media massa, karena ternyata sedikit sekali adanya bukti perubahan sikap, apalagi perubahan perilaku nyata.

Hal ini tentunya berbanding terbalik dengan teori yang dikemukakan oleh Edward Dale (seperti yang dijelaskan di atas), justru penggunaan media teknologi media audiovisual lebih mampu memberikan pengajaran yang lebih efektif dalam peningkatan pemahaman seseorang. Sejaumana teori-teori ini mampu memberikan pemahaman yang bermakna, akan diperbandingkan dengan hasil yang diperoleh dari penelitian ini.

2.3. Difusi dan Inovasi

Diskusi dengan media interaktif merupakan bentuk pengembangan dari media promosi kesehatan itu sendiri. Tentunya berbicara mengenai teknologi media, maka terkait dengan model difusi atau penyebaran informasi itu sendiri dan inovasi atau penemuan baru melalui media-media komunikasi yang inovatif.

Menurut Savage (1981), Difusi merupakan suatu proses komunikasi yang menetapkan pada titik-titik tertentu dalam penyebaran informasi melalui ruang dan waktu dari satu agen ke agen yang lainnya atau anggota dari suatu sistem sosial. Sehingga dikatakan bahwa Difusi adalah suatu jenis khusus komunikasi yang berkaitan dengan penyebaran pesan-pesan sebagai ide baru, sedangkan komunikasi didefinisikan sebagai proses di mana para pelakunya menciptakan informasi dan saling bertukar informasi tersebut untuk mencapai pengertian bersama.

Dari teori yang dijelaskan oleh Savage, diperkuat oleh Rogers (1995), bahwa dalam difusi inovasi ada empat konsep dasar yang ditemui; inovasi, saluran tertentu jangka waktu tertentu dan sistem sosial. Jadi dapat dikatakan bahwa dalam difusi suatu inovasi, mesti ada inovasinya itu sendiri apa, melalui saluran komunikasi apa saja inovasi tersebut diperkenalkan, kepada siapa, dan dalam jangka waktu tertentu.

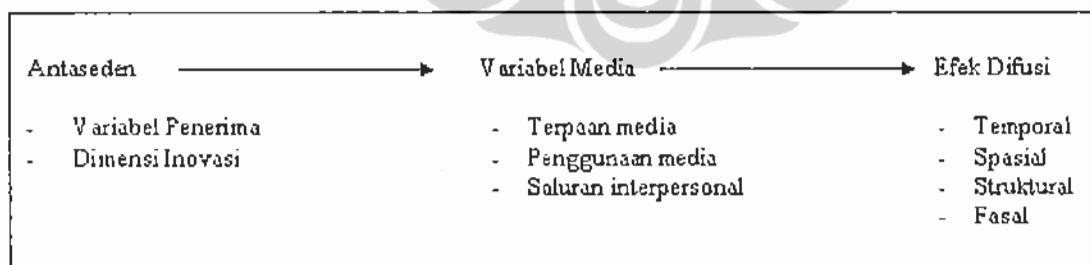
Jadi difusi inovasi, dapat berbentuk suatu ide atau program kegiatan dan bukan produk. Semuanya membutuhkan proses difusi yang melibatkan teknik komunikasi tertentu agar dapat diterima oleh suatu sistem sosial tertentu. Semua inovasi, memiliki karakteristik yang berbeda baik dari sisi inovasinya itu sendiri maupun sistem sosial dimana inovasi tersebut akan diberlakukan. Oleh karena itu, pendekatan komunikasi yang harus digunakan juga akan berbeda satu sama lain.

Hal ini diungkapkan oleh Rogers (1971) mengenai beberapa model penyebaran informasi dalam peranannya mempengaruhi masyarakat yaitu: 1) Model komunikasi satu tahap (*one step flow model*). Model ini menyatakan bahwa informasi mengalir langsung berpengaruh pada audiensnya tanpa membutuhkan

perantara atau media massa langsung pada audiens. 2) Model Komunikasi dua tahap (*two step flow model*). Dalam model ini, informasi pada mulanya tersebar melalui media massa yang kemudian diterima oleh pemuka pendapat, informasi tersebut kemudian disebarkan kepada masyarakat. 3) Model komunikasi banyak tahap (*multi step flow model*). Model ini menunjukkan adanya banyak variasi dalam penyebaran informasi dari sumber kepada khalayak. Sebagai khalayak memperoleh informasi langsung dari media massa sebagai sumber, mungkin juga sebagai khalayak (penerima) mendapat informasi melalui berbagai tahap yang harus dilalui setelah disebarkan oleh sumber informasi. Rahmat (1998), menambahkan *efek fasal*, yaitu mengacu pada fase-fase dalam proses penerimaan adopsi.

Gambar 2.2.1 menggambarkan, inovasi atau informasi baru tersebar pada unit-unit adopsi (penerima inovasi). Sejauh mana media atau saluran interpersonal mempengaruhi efek difusi ditentukan oleh variabel antara, yang dalam model ini disebut antaseden. Variabel penerima yang antara lain meliputi karakteristik orang-orang tertentu yang memperoleh lebih banyak atau mungkin kurang menerima informasi yang di ekspos tentang inovasi atau memerlukan pengalaman yang berkaitan dengan informasi baru, memiliki karakteristik tertentu, norma-norma dan ada relevansinya dengan faktor-faktor *social system variabel* (Ruslan, 2008)

Gambar 2.2.1 Model Difusi Informasi



Sumber : Ruslan, 2008

Dimensi inovasi menunjukkan faedah relatif, kontabilitas, kompleksitas dan lain-lain. Faedah relatif menunjukkan tingkat kelebihan inovasi dibandingkan dengan gagasan lain yang mendahuluinya. Kontabilitas (*compability*) adalah tingkat

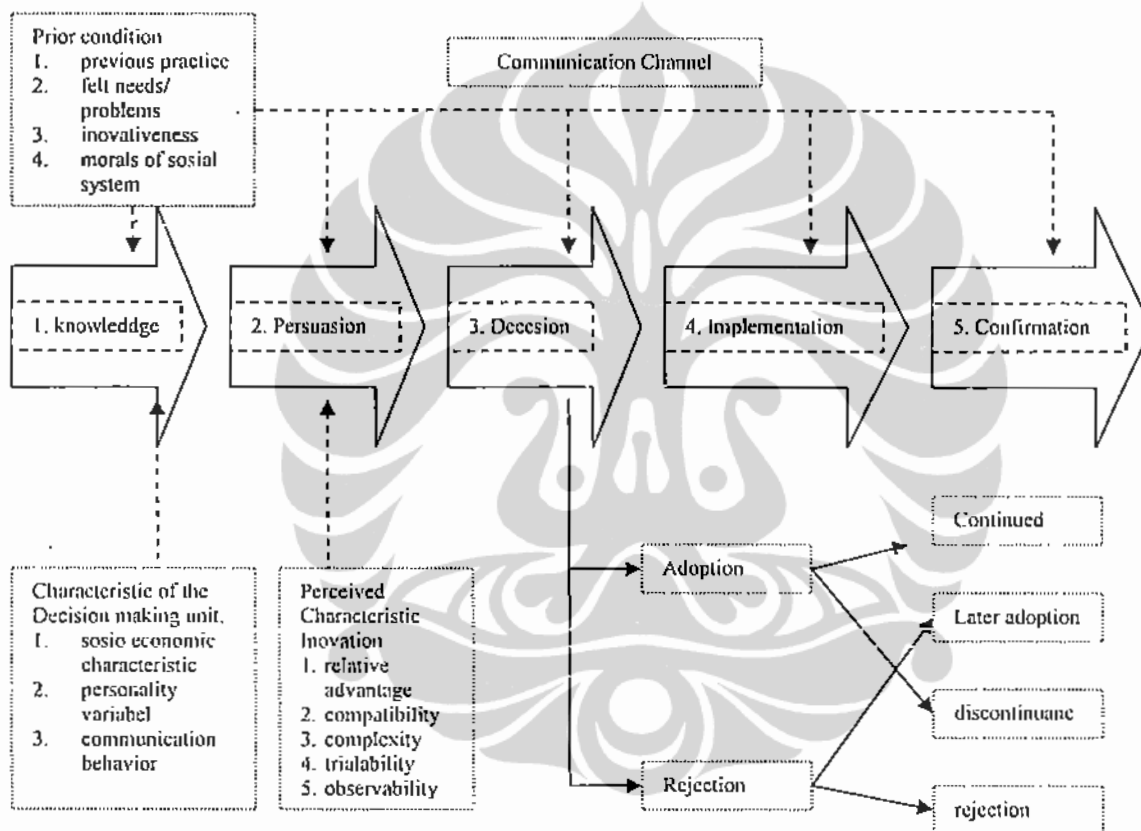
kesesuaian inovasi dengan nilai-nilai yang ada. Kompleksitas berarti tingkat kesukaran untuk memahami atau menggunakan inovasi. Dimensi-dimensi yang lain dibicarakan Rogers dan Shoemaker (1971), adalah menyangkut *process*, merupakan salahsatu proses pembelajaran, perubahan sikap, dan keputusan tertentu. *Consequences* atau konsekuensi dari pengalaman peristiwa difusi inovasi yang utama yang pada akhirnya pernah dipergunakan (*adoption*) atau tidak dipergunakan (*rejection*).

Rogers (1993), menambahkan dalam model difusi inovasi tentang empat tahap yang dilalui dalam proses pembuatan keputusan untuk menerima/ menolak inovasi. Empat tahap tersebut adalah tahap pengetahuan, tahap persuasi, tahap keputusan, dan tahap konfirmasi.

Pada tahap pengetahuan dan tahap persuasi, konsumen diterpa informasi tentang produk atau gagasan yang dianggap baru. Terpaan dan kemasan pesan yang menarik akan menimbulkan rasa ingin tahu dari konsumen tentang produk atau gagasan yang diajukan. Ketika konsumen atau tergerak mencari tahu dan mendapati bahwa produk tersebut menarik minat mereka, maka dimulailah tahap ke dua persuasi. Tahap keputusan, berkaitan dengan respon atau sikap yang menyenangkan atau tidak menyenangkan dari konsumen, menyangkut keputusan apakah konsumen ingin mencoba atau menolak sama sekali penawaran produk atau gagasan tersebut. Maka dalam hal ini, sangat diperlukan komunikasi terus menerus untuk membantu percepatan proses adopsi untuk menciptakan keputusan yang mendukung. Tahap implementasi adalah tahap dimana konsumen ingin mencoba produk atau gagasan baru yang ditawarkan. Tahap terakhir adalah tahap konfirmasi, yakni konsumen mulai mencari penguatan (dukungan) terhadap keputusan yang telah dibuatnya, tapi ia mungkin berbalik keputusan jika ia memperoleh isi pernyataan pernyataan yang bertentangan (McQuail, 1985). Rogers (1998), menambahkan lima tingkat derajat inovasi itu diterima; *Relative advantage* yakni, derajat dimana inovasi diterima adalah lebih baik dibandingkan ide untuk menggantikannya. *Compatibility*, yakni derajat inovasi itu diterima sebagai suatu yang konsisten dengan keberadaan nilai-

nilai, pengalaman, dan kebutuhan dari potensial adopters. *Complexity*, yakni derajat dimana inovasi diterima sebagai hal yang sulit dimengerti dan digunakan. *Trialability* yakni, derajat dimana inovasi menjadi sebuah pengalaman dalam basis yang terbatas dan *Observability* dan derajat yang mana hasil inovasi dapat terlihat atau tampak bagi yang lainnya (*visible to others*).

Gambar 2.2 A Model of Stage in The Innovation-Decision Process



Sumber : Ruslan, 2008

Selain perlu memperhatikan derajat-derajat inovasi mampu diterima oleh konsomen atau sasaran, perlu juga menjadi perhatian fungsi agen pembaharu. Agen pembaharu (*change agent*) adalah orang yang bertugas mempengaruhi klien agar mau menerima inovasi sesuai dengan tujuan yang diinginkan oleh pengusaha pembaharuan (*change agency*). Pekerjaan ini mencakup berbagai macam pekerjaan seperti guru, konsultan, penyuluh kesehatan, penyuluh pertanian, dan sebagainya.

Semua agen pembaharu bertugas membuat jalinan komunikasi antara pengusaha pembaharuan (sumber inovasi) dengan sistem klien (sasaran inovasi). Tugas utama agen pembaharu adalah melancarkan jalannya arus inovasi dari pengusaha pembaharuan ke klien. Proses komunikasi ini akan efektif jika inovasi yang disampaikan ke klien harus dipilih sesuai dengan kebutuhannya atau sesuai dengan masalah yang dihadapinya. Agar jalinan komunikasi dalam proses difusi ini efektif, umpan balik dari sistem klien harus disampaikan kepada pengusaha pembaharuan melalui agen pembaharu. Dengan umpan balik ini pengusaha pembaharuan dapat mengatur kembali bagaimana sebaiknya agar komunikasi efektif (Rogers, 1983).

Dalam kaitannya dengan penelitian yang dilakukan, maka inovasi yang dimaksud adalah inovasi pada media promosi kesehatan yang dikomunikasikan melalui saluran komunikasi dikusi dengan media interaktif, dan sistem sosial atau klien yang dimaksud adalah anak jalanan yang didampingi oleh yayasan pelita ilmu sebagai penerima intervensi, sedangkan YPI sendiri berperan sebagai pengusaha pembaharuan, dan pelibatan fasilitator pendidikan sebagai agen pembaharu atau penyampai informasi atau inovasi kepada sistem klien atau anak jalanan.

Penyelenggaraan media promosi kesehatan yang berbasis inovasi menggambarkan sebuah keputusan inovasi yang dikemukakan oleh Rogers, terutama jika dikaitkan dengan penelitian ini, maka penggunaan media interaktif sebagai media promosi kesehatan baru pada sebatas pengenalan inovasi. Jika melihat empat tahap yang dilalui ketika inovasi itu bisa diterima khalayak, maka inovasi dalam media interaktif masuk pada tahap pengetahuan dan tahap persuasi. Pada tahap pengetahuan, anak jalanan pada awalnya diperkenalkan dengan media interaktif ini sebagai media yang berisikan informasi kesehatan reproduksi, fasilitator kemudian menjelaskan fungsi dan manfaat serta aplikasi yang ada didalam media interaktif. Dari pengenalan media interaktif ini, secara tidak langsung menarik perhatian anak untuk mempelajari medianya baik dari dari aplikasi maupun materi yang ada didalamnya. Dan pada tahap selanjutnya, tahap *decesions*, ketika anak jalanan mulai memutuskan untuk menerimanya atau

menggunakannya sebagai media belajar kesehatan reproduksi. Sejaumna keputusan itu terlihat, dapat diperlihatkan dari hasil penelitian mengenai penerapan uji coba media ini. Karena media diskusi interaktif baru pada sebatas pengenalan (uji coba) belum pada tahap implementasi sesungguhnya, atau derajat inovasi pada tahap *triability* yakni derajat inovasi menjadi sebuah pengalaman dalam basis yang terbatas. Sehubungan dengan hal ini, analisis yang diperlihatkan lebih pada bentuk inovasi dari media diskusi interaktif itu sendiri dapat diterima oleh anak jalanan.

2.5 Kognisi

Terkait dengan kegiatan promosi kesehatan sendiri terkait maka sangat erat hubungannya dengan pemasaran sosial karena menampung aspirasi pemasaran sosial karena promosi berarti mengenalkan produk (yaitu perilaku hidup sehat) kepada publik untuk menerima dan memanfaatkannya. Pemasaran sosial merupakan satu penerapan konsep pemasaran pada aktivitas non komersial yang berhubungan dengan kepedulian masyarakat, kesejahteraan rakyat dan pelayanan sosial (Ruslan, 1999).

Lamb and McDaniel (2004) mendefinisikan hieraki keputusan audiens atau konsumen kedalam bentuk AIDA; *Aida is a model that the outlines the process for achieving promotional goals in terms of stages of consumer involvement with the message; the acronym stand for the attention, interest, desire and action.* Konsep ini menjelaskan tingkat keterlibatan konsumen terhadap pesan-pesan promosi diukur melalui tahap perhatian, minat, hasrat, dan menumbuhkan terjadinya aksi.

Ruslan (2008), mengatakan dalam kegiatan komunikasi kampanye, efek yang terjadi saling berbeda dalam tingkatan *knowledge* (pengctahuan), *attitude* (sikap) dan *behaviour*. Menurut Ray M.L (1973), 'hierarki efek' atau serangkaian efek dalam hirarki pembelajaran.

The Learning Hierarchy (Hirarki Pembelajaran)



Gambaran dari model hirarki pembelajaran (*The Learning Hierarchy*) dimulai; 1) aspek Kognisi, dari transfer informasi pengetahuan tertentu akan mengubah dari tidak tahu menjadi tahu (*learn*), 2) aspek Afektif, mengubah dari tidak senang menjadi senang (*feel*), 3) Perilaku, yaitu terdapat perubahan dari hal negatif menjadi perilaku yang lebih positif (*do*). Model ini menggambarkan dimana subjek dalam suatu kegiatan proses kampanye persuasif dimotivasi untuk tertarik ke dalam proses 'hierarki pembelajaran' mengenai suatu gagasan, ide atau inovasi tertentu dan proses pengembangan sikap yang lebih menguntungkan melalui adaptasi perilaku publik (khalayak sasaran) yang diharapkan terjadi perubahan melalui proses tahapan aspek-aspek diatas.

Seperti yang dijelaskan dalam model hirarki efek dalam the learning hirarki. Terkait dengan program promosi kesehatan, maka menurut Tim ahli WHO (1994) mencatat faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang ialah pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai-nilai yang menjadi pegangan orang tersebut dalam menyelenggarakan kehidupannya, perilaku orang yang dianggap penting atau yang dijadikan acuan, sarana dan fasilitas, serta kebudayaan atau pola hidup.

Komponen hirarki pembelajaran menurut Sendjaja (1994), dikenal sebagai komponen A-B-C . Komponen ABC tersebut dapat dijelaskan oleh Sendjaja (1994), sebagai berikut: *Affect* atau perasaan (emosi), yang merupakan elemen evaluasi berdasarkan perasaan seseorang untuk menilai sesuatu baik atau buruk. Afektif, dapat menciptakan ketakutan atau kecemasan, dapat juga meningkatkan dan menurunkan dukungan moral. *Behavior* atau perilaku, yang merupakan elemen penggerak aktif (*intentional element*) dalam pendirian (*attitude*) seseorang. Dalam arti, mengaktifkan atau menggerakkan perilaku seseorang, pembentukan isu tertentu dan penyelesaiannya, menjangkau atau menyediakan strategi untuk suatu aktivitas,

dan menyebabkan perilaku-perilaku tertentu. *Cognition* atau pengertian, sebagai segala informasi, fakta, atau pengertian tentang fungsi, implikasi, dan konsekuensi atas objek pendirian.

Psikologi Kognisi menurut Martindale (1991) memperkuat hirarki pembelajaran, pada psikologi kognisi berisikan pertanyaan tentang bagaimana cara belajar, menyimpan, dan menggunakan informasi. Fokusnya pada proses sentral antara pikiran dan kesadaran atau apa yang dalam pikiran seseorang tentang suatu objek atau hubungannya dengan dunia luar. Menurut Notoatmodjo (2003) semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh.

Untuk memenuhi kebutuhan akan informasi, para remaja memiliki dorongan kuat untuk mencari melalui berbagai sumber. Informasi yang diperoleh kemudian disimpan dalam bentuk pengetahuan (*knowledge*), yang dapat digunakan oleh para remaja sebagai bekal untuk memecahkan masalah yang dihadapinya atau yang dihadapi temannya (Mappiare, 1982).

2.6 Anak Jalanan

Dalam penelitian ini yang menjadi receiver atau penerima pesan adalah anak jalanan. Berikut dibawah ini kousep mengenai anak jalanan;

Anak menurut UU No.23 Tahun 2002 Pasal 1 Ayat 1, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun. Sedangkan menurut WHO, usia 10-19 tahun masuk dalam kategori remaja (*adolescent*), usia 15-24 tahun disebut pemuda (*youth*), dan usia 10-24 tahun disebut orang muda (*young people*).

Salahuddin (2004) mengatakan bahwa anak jalanan adalah "sescorang yang berusia dibawah 18 tahun yang menghabiskan atau melakukan kegiatan-kegiatan guna mendapatkan uang atau guna mempertahankan hidupnya".

Dengan melihat definisi-definisi diatas, maka yang menjadi responden dalam penelitian ini dapat disebut anak jalanan usia remaja dengan rentang usia 13 - 19 tahun. Usia ini dipilih menjadi batasan usia remaja (*adolescent*), dan usia 13 tahun dipilih karena berdasarkan observasi dilapangan usia ini merupakan usia rawan dimana mereka termasuk yang memiliki perilaku berisiko seperti melakukan aktivitas seks tidak aman, dekat dengan area prostitusi dan berada di wilayah peredaran narkoba, sedangkan usia 19 tahun merupakan batas maksimal usia remaja (*adolescent*).

Pengertian anak jalanan tidak sekedar menunjuk pada jalanan saja melainkan juga menunjuk kepada tempat-tempat lain seperti pasar, pusat pertokoan, taman kota, alun-alun, terminal, stasiun, dan sebagainya.

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Pembinaan Anak Jalanan melalui Rumah Singgah (1999) anak jalanan dibagi dalam tiga kategori; *children of the street*, yakni anak-anak yang hidup dijalan, *children on the street*; anak-anak yang bekerja dijalan, dan *vulnerable to be street children*; anak-anak yang rentan menjadi anak-anak jalanan. Anak-anak yang hidup di jalan (*children of the street*) mempunyai ciri putus hubungan atau lama tidak bertemu dengan orangtuanya, berada di jalanan seharian, meluangkan waktu 8-10 jam untuk bekerja sisanya untuk menggelandang atau tidur, bertempat tinggal di jalanan dan tidur sembarang tempat seperti emper toko, kolong jembatan, taman, terminal, stasiun, dan tempat-tempat lain yang memungkinkan untuk tinggal, tidak bersekolah lagi, mempunyai pekerjaan sebagai pengamen, pengemis dan pemulung. Anak yang bekerja di jalan (*children on the street*) mempunyai ciri-ciri berhubungan tidak teratur dengan orangtuanya, berada dijalan sekitar 8-12 jam untuk bekerja bahkan ada yang sampai 16 jam, bertempat tinggal dengan cara mengontrak sendiri atau bersama teman, orangtua, saudaranya, di tempat kerjanya dijalan, biasanya tinggal di daerah kumuh, tidak bersekolah lagi, mempunyai pekerjaan seperti penjual koran, pengasong, pencuci kendaraan, pemulung sampah, penyemir sepatu, dan lain-lain. Sementara anak yang rentan menjadi anak jalanan (*vulnerable to be street children*)

mempunyai ciri-ciri setiap hari bertemu dengan orangtuanya, berada dijalanan sekitar 4-6 jam untuk bekerja, tinggal dan tidur bersama orangtua/ wali, masih bersekolah, mempunyai pekerjaan sebagai penjual koran, makanan, alat tulis, kantong plastik, penyemir sepatu, pengamen, dan pekerjaan lainnya, untuk memenuhi kebutuhan sendiri dan orangtuanya

Pengertian anak jalanan diperkuat dalam Pedoman Pendidikan Anak Jalanan (2010), Umumnya anak jalanan memiliki latar belakang keluarga yang sangat kompleks dengan tingkat kesulitan yang tentu saja berbeda. Latar belakang mereka antara lain berasal dari; keluarga miskin/ ekonomi lemah sehingga anak menjadi tulang punggung keluarga, bahkan ada yang secara sengaja di eksploitasi, keluarga broken home, kedua orangtua tidak ada dan atau tidak berfungsi selayaknya orangtua, atau salah satu dari ke duanya tidak berfungsi selayaknya orangtua, quasi broken home (keluarga utuh namun terjadi disharmonis), status hubungan kekeluargaan anak dan orangtua tidak jelas, artinya anak lahir di luar nikah, keluarga korban bencana alam, keluarga korban bencana sosial, keluarga korban perubahan politik yang sangat cepat

Diperkirakan jumlah anak jalanan di dunia mencapai 170 juta jiwa dan setiap tahun jumlah anak jalanan terus meningkat (UNICEF, 2007). Menurut data Dcpsos (2005) diperkirakan ada 46.800 anak jalanan di 21 propinsi di Indonesia.

Kondisi ini sangat memprihatinkan, sebagaimana yang diketahui bahwa hidup dijalanan sangat berbahaya bagi anak. Situasi dijalan menghadapkan anak pada situasi-situasi yang berbahaya bagi jiwa anak. Merujuk pada Konvensi ILO 182 dan Kepres No.59 tahun 2002, situasi anak yang bekerja di jalan merupakan salah satu bentuk terburuk pekerjaan anak yang harus segera untuk ditangani. Jakarta sebagai ibukota merupakan daerah yang banyak menghasilkan anak jalanan. Jakarta merupakan wilayah komersial yang paling ramai, terdapat banyak lokasi shopping mall, terminal bus, pasar-pasar tradisional maupun lokasi-lokasi lain yang mengundang anak untuk memperoleh uang. Namun dibalik

menjanjikan banyak perolehan uang, anak jalanan juga dihadapkan pada situasi yang berisiko bagi keselamatan dan kesehatan mereka. Lingkungan bekerja maupun tempat tinggal yang dekat dengan prostitusi maupun peredaran dan penyalahgunaan narkoba membuat mereka berisiko tinggi terhadap penularan IMS (infeksi menular seksual), HIV/AIDS, penggunaan narkoba, pelecehan seksual maupun kekerasan (Save The Children/ SCUk, 2006)

Penelitian partisipatori yang dilakukan oleh SCUk (2006) menemukan bahwa anak jalanan di wilayah Blok M identik dengan penggunaan *tattoo* dan *body piercing* sebagai bentuk fashion, ekspresi *rebellion*, atau *badge* dari suatu group atau gang atau hanya karena menyukai desainnya atau menggambarkan self image dari mereka. Beberapa orangtua memaksa anak mereka untuk menjadi pekerja seks, dan mengambil keuntungan dari mereka. *Extreme poverty* menjadi sebuah keputusan dan menjadi kebutuhan untuk hidup dapat dipastikan mendorong terjadinya perlakuan abuse terhadap anak dari orangtua. HIV/AIDS sangat cepat untuk ditularkan diantara pengguna narkoba jarum suntik di Jakarta dan juga pekerja seks. Anak-anak berisiko terinfeksi melalui kontak yang tidak dapat dihindarkan dengan orang-orang yang berperilaku seperti itu maupun organisasi kriminal. Physical dan emosional violence, merupakan situasi yang sering terjadi menimpa anak jalanan, baik yang dilakukan oleh orang dewasa, tramtib, teman, orangtua mereka, bahkan juga mengarah pada kekerasan seksual seperti pemerkosaan, sodomi merupakan situasi yang ada di sekeliling anak jalanan.

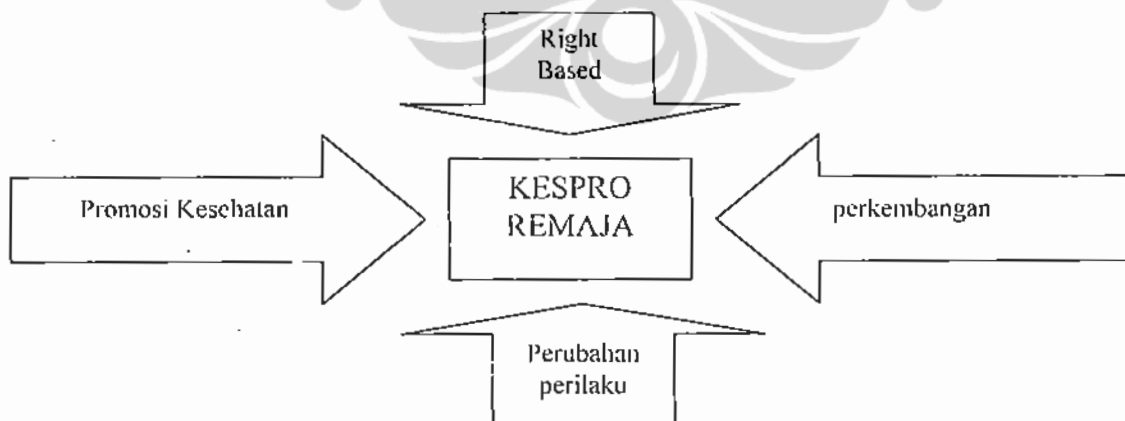
Melihat permasalahan yang sangat kompleks, maka sangat penting pendidikan mengenai kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS yang diintegrasikan dalam pendidikan kesehatan seksual diberikan kepada anak jalanan. Seperti yang diketahui, pendidikan memegang peranan penting dalam membentuk perilaku hidup sehat. Melalui pendidikan ini diharapkan dapat ditingkatkan pengetahuan, kesadaran/ kemampuan pada anak jalanan untuk melindungi dan menolak segala tindakan yang dapat merugikan keselamatan hidup mereka.

2.7 Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan Reproduksi menurut WHO (1992) adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsi, serta proses-prosesnya. Sedangkan kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi remaja yang berada dalam keadaan sehat fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, serta proses perkembangannya (Achmad, 1995).

Informasi Kesehatan Reproduksi perlu diberikan kepada remaja, karena pada masa remaja dicirikan oleh perubahan yang sangat cepat pada aspek; fisik dan faal tubuh termasuk seksualitas, psikologis dan hubungan remaja dengan keluarga, sosial dan hubungan remaja dengan lingkungan di luar rumah. Kondisi tersebut juga memicu terjadinya berbagai krisis, seperti krisis identitas (jati diri), gangguan perilaku seksual maupun perilaku berisiko: merokok, dan penyalahgunaan NAPZA. Untuk mengatasi masalah tersebut maka perlu dilakukan: *Life Skill Education* atau Pendidikan Ketrampilan Hidup.

Gambar 2.7 Intervensi Kesehatan Reproduksi



Sumber : World Population Foundation, 2009

Pendidikan ketrampilan hidup adalah kegiatan pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan psikososial seseorang dalam mengatasi berbagai tuntutan dan tantangan hidup dengan mendorong perkembangan individu dan sosial, melindungi hak azasi manusia dan mencegah masalah-masalah sosial. Serta konsep dasar; demokratis (penghargaan dan perlindungan terhadap hak azasi manusia, termasuk hak-hak anak), tanggung jawab dan perlindungan (SERU, 2009).

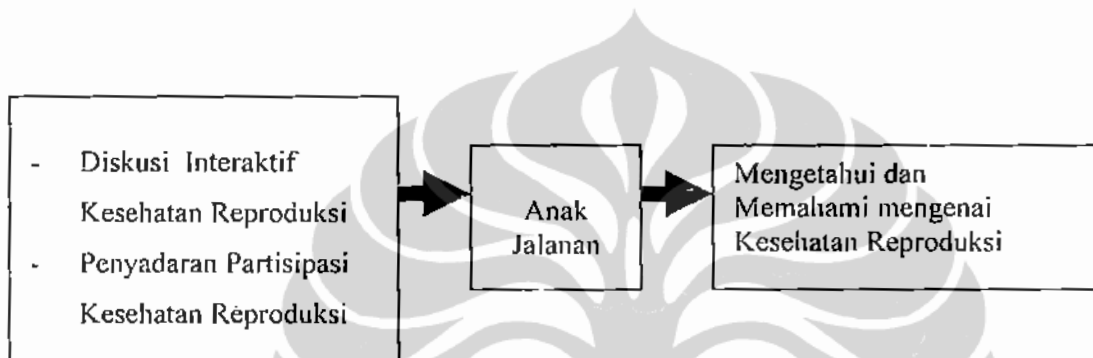
Dengan demikian pelaksanaan intervensi kesehatan anak perlu dikembangkan secara terpadu, itu berarti dengan mengintegrasikannya dengan berbagai metode intervensi baik itu melalui berbagai layanan maupun pemanfaatan media-media promosi atau pendidikan.

2.8 Model Konseptual

Perkembangan teknologi mampu mengembangkan sebuah inovasi pada bidang promosi kesehatan. Media diskusi yang dulunya bersifat dialog (diskusi tanya jawab saja) namun kini pengembangan teknologi makin mengembangkan bentuk media diskusi semakin interaktif dan menarik. Mengacu pada Robert Smith bahwa keefektifan sebuah media promosi adalah dengan menggabungkan berbagai taktik-taktik komunikasi didalamnya. Notoatmodjo memperkuat teori Edgar Dale dengan melihat karakteristik dan kemampuan masing-masing media; dari sebuah media verbal bergabung dengan media visual dengan melibatkan partisipasi atau pengalaman langsung maka dapat merubah tingkat keterlibatan pembelajaran menjadi pasif ke aktif yang tentunya akan berpengaruh pada peningkatan pengetahuan dari peserta itu sendiri. Ruslan mengatakan bahwa komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang dapat menciptakan efek pada diri komunikan sesuai dengan apa yang diinginkan oleh komunikator, salahsatu efek dari komunikasi yang efektif adalah peningkatan pengetahuan.

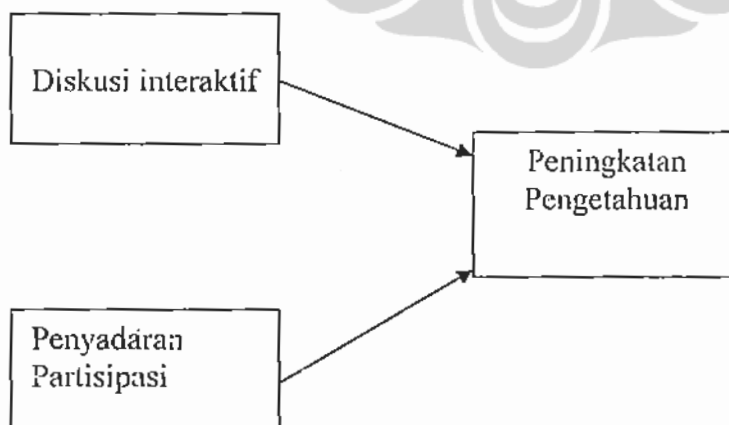
Dalam penelitian ini media diskusi dengan media interaktif menjadi variabel X1 (diskusi interaktif) dan X2 (penyadaran partisipasi) sebagai variabel yang mempengaruhi. Sedangkan variabel Y adalah tingkat pengetahuan sebagai variabel yang dipengaruhi. Dan sebagai sasaran dari penelitian ini adalah anak jalanan yang didampingi oleh Rumah Belajar Yayasan Pelita Ilmu (YPI) yang berusia 13 – 19 tahun.

Gambar 2.8.1 Pendekatan Metode Penelitian



Hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas dan terikat penelitian ini digambarkan dalam bentuk konstalasi hubungan antara variabel dikembangkanlah kerangka hipotesis teori sebagai berikut :

Gambar 2.8.2 Hubungan antar Variabel



2.9 Hipotesis

Berdasarkan pada pembahasan sejumlah konsep dan hubungan antara konsep sebelumnya, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada pengaruh yang berbeda secara signifikan dari nilai rata-rata sebelum dan sesudah diberikan intervensi diskusi interaktif terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada anak jalanan.
2. Ada pengaruh yang berbeda secara signifikan dari nilai rata-rata sebelum dan sesudah diberikan intervensi penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak jalanan.
3. Penerapan media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi memiliki perbedaan pada tingkat pengetahuan anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi.

2.10 Penelitian Terdahulu

Ada 5 penelitian atau kajian yang mendasari dilakukannya penelitian ini :

1. Penelitian participatori yang dilakukan oleh *Save the Children* (2006) di lima propinsi; Jakarta, Pemangkat, Ambon, Kupang dan Belu Indonesia dengan membatasi pada penelitian di Jakarta dengan sampel penelitian anak jalanan dan dengan metode kualitatif. Dari penelitian ini ditemukan bahwa masih kurangnya pengetahuan dan pemahaman anak jalanan mengenai HIV/AIDS termasuk penularannya, serta mitos dan miskonsepsi mengenai penyakit dan penularannya. Umumnya mereka tidak menyadari bagaimana dapat menolong diri mereka dari infeksi karena kurangnya ketrampilan hidup dan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS. Penelitian ini juga menghasilkan rekomendasi diantaranya adalah; perlunya informasi yang baik dan benar mengenai Kesehatan Reproduksi dan

HIV/AIDS yang disebarluaskan dari materials dan bentuk media lainnya untuk meningkatkan kesadaran dan menghilangkan mitos-mitos yang dapat menimbulkan kecemasan dan ketakutan serta stigma dan diskriminasi. Dari penelitian ini merupakan langkah awal perlunya diterapkan program uji coba media kesehatan reproduksi kepada anak-anak jalanan mengingat situasi yang ada di sekeliling anak-anak jalanan di Jakarta Timur sama dengan kondisi yang ada pada anak-anak jalanan di wilayah Blok M yang menjadi sampel dalam penelitian tersebut, walaupun penelitian tersebut baru pada tahap temuan namun belum mengembangkan sebuah intervensi media pendidikan kesehatan bagi anak jalanan.

2. Kajian oleh Togar H.Pangaribuan (2009), mengenai Peningkatan Kemampuan Penalaran Logis Siswa dengan Menggunakan Media Interaktif di SMP Negeri 255 di Jakarta. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dan berdesain sampel eksperimen dan kontrol. Penelitian ini menghasilkan ada hubungan yang sangat kuat antara variabel pembelajaran interaktif dengan penalaran logis siswa. Kajian ini menjadi dasar yang menguatkan hipotesis peneliti terhadap penting penggunaan media interaktif dalam upaya meningkatkan pengetahuan anak jalanan pada masalah kesehatan.
3. Kajian yang dilakukan oleh Rahman, Sri Wedarti, Fatwa Sari Tetra Dewi (2003), mengenai Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tindakan Keperawatan di Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makasar. Penelitian ini juga menggunakan metode kuantitatif dan metode quasi experimental dengan kelompok kontrol non equivalent dan dengan design pre-test dan post test. Penelitian ini untuk melihat pengaruh dari intervensi dari dua media pelatihan komunikasi terapeutik seperti modul dan role play dengan media CD terhadap peningkatan kemampuan perawat dalam melaksanakan kegiatan komunikasi terapeutik. Hasil penelitian dengan menggunakan t-test, menggambarkan

bahwa dengan melakukan intervensi pelatihan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan perilaku komunikasi terapeutik dalam kegiatan perawatan. Dan role play dengan CD media lebih memperlihatkan hasil yang signifikan dalam meningkatkan perilaku komunikasi terapeutik dibanding dengan pelatihan melalui modul saja. Penelitian ini menjadi acuan bagi peneliti untuk melihat perbandingan dari dua media promosi kesehatan; diskusi interaktif dan penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan.

4. Kajian ke empat adalah kajian yang dilakukan oleh Dwiati Sekaringsih (2001), mengenai pengaruh pembimbingan terhadap pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi remaja pada siswa SMU Santo Fransiskus Asisi di kecamatan Tebet, Jakarta Selatan. Penelitian ini memperkuat hipotesis penelitian bahwa dengan adanya intervensi pembimbingan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap siswa terhadap kesehatan reproduksi.
5. Kajian yang dilakukan oleh Wahyuni Pudjiastuti (2002), mengenai strategi mengatasi masalah kesehatan dan lingkungan hidup di pemukiman kumuh lewat program pemasaran sosial. Penelitian ini melihat penyusunan strategi pemasaran sosial dari tinjauan *marketing mix* dan unsur-unsur komunikasi (termasuk didalamnya proses komunikasi melalui model hirarki efek komunikasi *The Learn – Feel – Do*). Dari penelitian ini, media televisi menjadi pilihan responden untuk mendapatkan program sosial dan sebagian lagi memilih media cetak. Media ini dipilih karena kemampuannya untuk menimbulkan dampak yang kuat bagi konsumen dengan pendekatan pada dua indera sekaligus, yaitu penglihatan dan pendengaran. Walaupun ke dua media ini memiliki dampak yang kuat, dari hasil evaluasi yang dilakukan ternyata komunikasi massa kurang mampu menunjukkan peranannya tanpa didukung oleh komunikasi interpersonal.

6. Kajian yang dilakukan oleh Sjarifah Salmah (1995), mengenai pengaruh metoda permainan dan ceramah dalam pendidikan kesehatan reproduksi. Penelitian ini adalah penelitian eksperimen di SMPN 153 Jakarta. Dari kajian ini menghasilkan temuan bahwa metode permainan dan metode ceramah yang diberikan dalam pendidikan kesehatan reproduksi pada dua kelompok eksperimen sama-sama mampu meningkatkan pengetahuan responden dan bermakna secara statistik. Penelitian ini juga menambahkan diantara ke dua metode tadi, metode ceramah lebih besar memberikan nilai pengetahuan kepada responden.
7. Kajian yang dilakukan oleh Aang Koswara, S.Sos, M.Si (2005), mengenai aktivitas komunikasi kelompok remaja sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP). Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif melalui tehnik pengumpulan data FGD dan wawancara mendalam. Dari penelitian ini ditemukan bahwa keefektifan kelompok ditentukan oleh besarnya minat dari remaja itu sendiri terhadap informasi kesehatan reproduksi dan peran pembimbing yang menguasai masalah kesehatan reproduksi remaja serta dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat diterima oleh remaja. Walaupun penelitian ini, tidak menganalisis lebih mendalam terhadap pengaruh dari efektifitas komunikasi kelompok terhadap tingkat pengetahuan remaja, namun penelitian ini mampu memberikan gambaran tentang peran dari penggunaan metode komunikasi kelompok terhadap proses pembelajaran kesehatan reproduksi.

BAB III

METODOLOGI

3.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen. Penelitian eksperimen dilakukan oleh peneliti karena adanya kepentingan dari lembaga yang diteliti untuk mengimplementasikan media pendidikan kesehatan reproduksi ke dalam program pendampingan anak jalanan. Sehingga dengan penelitian ini dapat diketahui efektifitas pelaksanaan media pendidikan kesehatan yang efektif dan menarik bagi program pendampingan anak jalanan.

Penelitian ini sendiri bersifat *pre eksperimental* karena desain ini tidak memiliki kelompok-kelompok kontrol untuk diperbandingkan dengan kelompok eksperimen. Selain itu, kelompok subjek penelitian tidak dapat ditentukan secara abstrak karena dalam dunia pendidikan khususnya dalam pembelajaran pelaksanaan penelitian tidak selalu memungkinkan untuk melakukan seleksi subjek secara acak, karena jumlahnya yang sangat terbatas (walaupun jumlah populasi anak jalanan cukup banyak, namun yang diikuti dalam penelitian eksperimen adalah anak-anak jalanan yang mudah dijangkau atau hanya anak-anak yang aktif saja dalam kegiatan rumah belajar). Dalam keadaan ini kaidah-kaidah dalam penelitian eksperimen murni tidak dapat dipenuhi secara utuh. Dengan demikian, penelitian harus dilakukan dengan *intact group* (menggunakan seluruh subjek dalam kelompok belajar). Penelitian seperti ini disebut juga *quasi experimental* (eksperimen semu) (Ary, 1979).

Penelitian eksperimen ini menggunakan rancangan kelompok tunggal dengan pre dan post test. Rancangan ini menggunakan empat langkah, yaitu pelaksanaan pre test (uji awal) untuk mengukur kondisi awal variabel terikat, yang

hasilnya disimbolkan dengan Y, kemudian melakukan intervensi pada subyek penelitian yang disimbolkan dengan X dan melaksanakan post test (uji akhir) pada variabel terikat untuk mengukur kondisinya setelah ada intervensi (Creswell, 2002).

Subyek penelitian adalah anak jalanan yang didampingi oleh YPI yang dibagi dalam dua kelompok tunggal yang mendapatkan dua intervensi yang berbeda, kelompok pertama adalah kelompok anak jalanan yang mendapatkan intervensi diskusi dengan media interaktif kesehatan reproduksi (X1), dan kelompok tunggal lain adalah kelompok anak jalanan yang mendapatkan intervensi penyadaran partisipasi kesehatan reproduksi (X2).

Tabel 3.1.1 Hipotesis Penelitian

| Pre Test | Independent Variabel | Post Test |
|----------|----------------------|-----------|
| Y1 | X1 | Y2 |
| Y1 | X2 | Y2 |

Ke dua kelompok tunggal ini diberikan pre test sebelum dilakukannya intervensi dan post test setelah dilakukan intervensi. Pre test dan post test digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan dari anak jalanan mengenai kesehatan reproduksi. X1 dan X2 akan dinilai pengaruhnya terhadap tingkat pengetahuan anak melalui perbandingan masing-masing nilai pre test maupun post test dari masing-masing kelompok (dapat dilihat gambar 3.1.2) (Puslitjkanov, 2008).

Untuk memperkuat hasil dari penelitian eksperimen ini, maka dilakukan pendekatan kualitatif dengan menggunakan metode *Focus Group Discussion (FGD)*. Penggunaan kualitatif menurut Marshal (1995), sebagai suatu proses untuk mencoba mendapatkan pemahaman yang lebih baik atau secara mendalam terhadap konteks masalah yang diteliti. FGD yang dilakukan dengan menggunakan metode wawancara yang dibagi dalam dua kelompok yang sama pada kelompok eksperimen yakni; kelompok penerima intervensi diskusi interaktif kesehatan

reproduksi dan kelompok penerima intervensi penyadaran partisipasi kesehatan reproduksi. Sehingga dengan penggunaan FGD, hasil dari penelitian *pre eksperiment* mampu diperkuat secara analisis dengan hasil yang didapatkan dari hasil FGD, sehingga temuan penelitian mampu ditafsirkan menjadi lebih bermakna dan mendalam.

Gambar 3.1.2 Hipotesis Penelitian



3.2 Operasional Penelitian dan Konseptual

3.2.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini dibagi atas variabel eksperimen, variabel non eksperimen, dan variabel dependen.

- 1) Variabel eksperimen dilakukan adalah pemberian intervensi media promosi kesehatan reproduksi dengan media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi pada kelompok eksperimen, yang diharapkan dapat mempengaruhi peningkatan pengetahuan anak jalanan terhadap kesehatan reproduksi.
- 2) Variabel non eksperimen berupa variabel data anak, meliputi tempat tinggal, usia, jenis kelamin, pendidikan, dan tingkat ekonomi keluarga.
- 3) variabel dependen (terikat) berupa peningkatan pengetahuan anak tentang kesehatan reproduksi.

3.2.2 Definisi Konseptual

Definisi konseptual variabel adalah variabel penelitian yang akan diberikan penjelasan secara operasional, yaitu

- a. Media Pendidikan/ Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja adalah penyampaian pesan kesehatan reproduksi kepada remaja khususnya anak jalanan usia remaja dengan menggunakan berbagai macam media pendidikan kesehatan dengan tujuan anak atau remaja dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang lebih baik yang pada akhirnya menuju pada perubahan perilaku.
- b. Diskusi interaktif adalah pendekatan yang dilakukan pada kelompok kecil dengan menggunakan penggabungan dari berbagai media interaksi dan media pendukung melalui media interaktif dengan teknologi yang berbasis komputer yang menampilkan aplikasi kombinasi teks, foto, seni grafis, suara, animasi dan elemen video maupun games didalamnya. Dengan tujuan untuk mengembangkan proses pembelajaran yang menarik dan inovatif.
- c. Penyadaran Partisipasi adalah pendekatan belajar yang bersifat partisipatoris dengan melibatkan anak jalanan melalui aktivitas kampanye penyadaran dengan tujuan untuk melatih kemampuan anak jalanan dalam mengaplikasikan informasi kesehatan reproduksi yang didapatnya kepada masyarakat khususnya remaja atau teman sebaya.
- d. Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja adalah pemahaman anak jalanan terhadap materi kesehatan reproduksi yang meliputi kesehatan reproduksi umum, menstruasi, kehamilan, infeksi menular seksual (IMS), perilaku seks tidak aman, HIV/AIDS, narkoba, mitos dan fakta.
- e. Anak Jalanan usia remaja adalah anak jalanan yang berusia 13 – 19 tahun. Rentang usia 13 – 19 tahun dipilih karena berdasarkan obeservasi dilapangan ditemukan banyak anak jalanan usia 13 tahun sudah melakukan aktivitas seksual tidak aman, bersentuhan dengan prostitusi dan penyalahgunaan narkoba, dan usia 19 menjadi batasan maksimal usia remaja (*adolescent*) menurut WHO.

Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|---------------------------------|----------------|-------------|-----------|---|--|--------------|
| Diskusi dengan Media Interaktif | Metode Diskusi | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan oleh responden apakah diskusi dengan media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 2 pertanyaan |
| | | | Baik | Nilai yang diberikan oleh responden apakah proses pembelajaran dalam diskusi dengan media interaktif baik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat baik s/d 5 sangat tidak baik | |
| | | Efektifitas | Paham | Nilai yang diberikan oleh responden apakah materi dalam diskusi dengan media interaktif dapat dipahami | Interval (likert) Point; skala 1 sangat dimengerti s/d sangat tidak dipahami | 3 pertanyaan |
| | | | efektif | Nilai yang diberikan responden apakah diskusi dengan media interaktif efektif | Interval (likert) Point; skala 1 sangat efektif s/d 5 sangat tidak efektif | |
| | | | | Nilai yang diberikan responden apakah media diskusi tanpa media interaktif tetap menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat tidak menarik s/d 5 sangat tidak menarik | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|---------------------------------|--|-------------|------------|---|---|--------------|
| Diskusi dengan Media Interaktif | Melihat Media Diskusi tanpa Media Interaktif | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan oleh responden apakah diskusi dengan media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 2 pertanyaan |
| | | Efektifitas | efektif | Nilai yang diberikan responden apakah diskusi dengan media interaktif efektif | Interval (likert) Point; skala 1 sangat efektif s/d 5 sangat tidak efektif | |
| Fasilitator Diskusi | | Kemampuan | Jelas | Nilai yang diberikan oleh responden apakah fasilitator diskusi jelas dalam memberikan informasi | Interval (likert) Point; skala 1 sangat jelas s/d 5 sangat tidak jelas | 3 pertanyaan |
| | | | Pemahaman | Nilai yang diberikan oleh responden apakah fasilitator diskusi dalam memberikan materi dapat dipahami | Interval (likert) Point; skala 1 sangat mudah dipahami s/d 5 sangat tidak mudah dipahami | |
| | | | Penguasaan | Nilai yang diberikan oleh responden apakah fasilitator diskusi menguasai materi yang diberikan | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menguasai s/d 5 sangat tidak menguasai | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Varabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|---------------------------------|---------------------|--------------|---|--|---|--------------|
| Diskusi dengan Media Interaktif | Fasilitator Diskusi | Kemampuan | Kedekatan | Nilai yang diberikan oleh responden apakah fasilitator diskusi mampu menciptakan relasi kedekatan dengan peserta diskusi | Interval (likert) Point; skala 1 sangat dekat s/d 5 sangat tidak dekat | 2 pertanyaan |
| | Tempat | Kenyamanan | Nyaman | Nilai yang diberikan responden apakah tempat pelaksanaan diskusi nyaman | Interval (likert) Point; skala 1 sangat nyaman s/d 5 sangat tidak nyaman | 2 pertanyaan |
| | | Durasi waktu | Durasi | Nilai yang diberikan responden apakah durasi waktu diskusi dengan media interaktif mencukupi | Interval (likert) Point; skala 1 sangat panjang s/d 5 sangat pendek | |
| Media Interaktif | Semantik | Menarik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 3 pertanyaan |
| | | | | Lengkap | Kelengkapan | |
| | Efektifitas | Pemahaman | Nilai yang diberikan responden apakah informasi dalam media interaktif mudah dipahami | | | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|---------------------------------|--|-------------|---|---|---|--------------|
| Diskusi dengan Media Interaktif | Media Interaktif | Efektifitas | Efektif | Nilai yang diberikan responden apakah penggunaan media interaktif efektif | Interval (likert) Point; skala 1 sangat efektif s/d 5 sangat tidak efektif | 3 pertanyaan |
| | | | Kesesuaian | Nilai yang diberikan responden apakah penggunaan media interaktif cukup sesuai dengan harapan responden | Interval (likert) Point; skala 1 sangat sesuai dengan harapan s/d 5 sangat tidak sesuai dengan harapan | |
| | Melihat media interaktif tanpa media diskusi | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah penggunaan media interaktif tanpa media diskusi tetap menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 2 pertanyaan |
| | | Efektif | Nilai yang diberikan responden apakah penggunaan media interaktif tanpa media diskusi tetap efektif | Interval (likert) Point; skala 1 sangat efektif s/d 5 sangat tidak efektif | | |
| Diskusi dengan Media Interaktif | Visualisasi Gambar | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah visualisasi gambar dalam media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 2 pertanyaan |
| | Jenis Huruf | | Kejelasan | Nilai yang diberikan responden apakah jenis huruf dalam media interaktif cukup jelas | Interval (likert) Point; skala 1 sangat jelas s/d 5 sangat tidak jelas | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|---------------------------------|------------------|-----------|-----------|---|---|--------------|
| Diskusi dengan Media Interaktif | Audio | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah ilustrasi musik dalam media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 2 pertanyaan |
| | | Kejelasan | Jelas | Nilai yang diberikan responden apakah ilustrasi musik dalam media interaktif jelas | Interval (likert) Point; skala 1 sangat jelas s/d 5 sangat tidak jelas | |
| | Games | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah ilustrasi musik dalam media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 1 pertanyaan |
| | Kuis | Semantik | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah ilustrasi musik dalam media interaktif menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 1 pertanyaan |
| Penyadaran Partisipasi Anak | Partisipasi Anak | Aktif | Siap | Nilai yang diberikan responden apakah anak siap dalam melakukan kegiatan kampanye | Interval (likert) Point; skala 1 sangat siap s/d 5 sangat tidak siap | 3 pertanyaan |
| | | | Aktif | Nilai yang diberikan responden apakah anak cukup berpartisipasi aktif dalam melakukan kegiatan kampanye | Interval (likert) Point; skala 1 sangat aktif s/d 5 sangat tidak aktif | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|------------------------|--|---------------------|---------------------|--|--|---------------|
| Penyadaran Partisipasi | Partisipasi Anak | Efek | Senang | Nilai yang diberikan responden apakah anak senang terlihat dalam kegiatan kampanye | Interval (likert) Point; skala 1 sangat senang s/d 5 sangat tidak senang | 3 pertanyaan |
| | | | Manfaat pengetahuan | Nilai yang diberikan responden apakah dengan anak terlibat dalam kegiatan kampanye mendapatkan manfaat pengetahuan | Interval (likert) Point; skala 1 sangat mendapatkan pengetahuan s/d 5 sangat tidak mendapatkan pengetahuan | |
| | Penggunaan Media Bantu; KIE (poster, leaflet, sticker, musik, games dan doorprize) | Semantik isi | Menarik | Nilai yang diberikan responden apakah penggunaan media bantu (KIE) menarik | Interval (likert) Point; skala 1 sangat menarik s/d 5 sangat tidak menarik | 16 pertanyaan |
| | | | Lengkap | Nilai yang diberikan responden apakah media bantu (KIE) lengkap | Interval (likert) Point; skala 1 sangat lengkap s/d 5 sangat tidak lengkap | |
| | | | Paham | Nilai yang diberikan responden apakah informasi/ pesan dalam media bantu (KIE) dapat dipahami atau dimengerti | Interval (likert) Point; skala 1 sangat mudah dipahami s/d 5 sangat tidak mudah dipahami | |

Lanjutan : Tabel 3.2.2 Matrik Operasional Konsep

| Variabel | Sub Variabel | Dimensi | Indikator | Definisi Operasional | Skala | Pertanyaan |
|----------------------------------|--------------|---------|---|---|--|----------------|
| Pengetahuan Kesehatan Reproduksi | | Efek | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah. 2. Seksualitas dan Cinta. 3. Kehamilan. 4. Infeksi Menular Seksual. 5. HIV/AIDS. 6. Narkoba. 7. Mitos dan Fakta. | Penahaman responden terhadap substansi kesehatan reproduksi remaja. | Nominal Jawaban Benar 1 dan Salah 0 | 100 pertanyaan |

3.3 Metode Penelitian

Karena penelitian ini bersifat eksperimen, maka penelitian ini berusaha mengkondisikan situasi penelitian yang bersifat laboratorium, dalam arti responden penelitian ditempatkan di suatu tempat yang jauh dari tempat tinggal mereka selama 3 hari. Hal ini dilakukan, agar penelitian yang dilakukan sesuai dengan harapan, responden yang menjadi objek penelitian tidak berganti-ganti orang dan dapat mengikuti kegiatan sesuai dengan keinginan dari tujuan penelitian. Dalam penelitian ini, responden dibagi ke dalam dua kelompok intervensi, masing-masing kelompok terdiri dari 30 anak jalanan. Kelompok pertama adalah kelompok yang mendapatkan intervensi melalui media diskusi interaktif kesehatan reproduksi, dan kelompok ke dua adalah kelompok yang mendapatkan intervensi melalui media penyadaran partisipasi kesehatan reproduksi. (Puslitjaknov, 2008).

Materi kesehatan reproduksi yang disampaikan adalah materi inti kesehatan reproduksi yang diambil dari media interaktif SERU yang dikembangkan oleh WPF dan Yayasan Pelita Ilmu (YPI) di Lembaga Pcmasyarakat Anak Tanggerang tahun 2009 dengan membatasi pada beberapa materi yang spesifik pada isu kesehatan reproduksi. Alat yang digunakan untuk mengukur pengetahuan tentang kesehatan reproduksi anak jalanan usia remaja adalah kuesioner atau daftar

pertanyaan. Pengetahuan diukur dengan cara responden mengisi sendiri kuesioner yang telah dibagikan (Susilo, 2009).

Setelah penelitian eksperimen, kemudian dilakukan FGD. Tujuan dari pelaksanaan FGD adalah untuk melakukan verifikasi atas temuan penelitian eksperimen. Penggunaan FGD dalam penelitian ini bersifat data sekunder atau pendukung dari data kuantitatif atau disebut juga sebagai model triangulasi. Dalam kasus penelitian ini, peneliti ingin melakukan *crosscheck* terhadap hasil yang diperoleh dari data kuantitatif seperti; bagaimana media diskusi interaktif dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan anak jalanan atau bagaimana media penyadaran partisipasi dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan anak jalanan atau sebaliknya, dan bagaimana ke dua media tersebut dinilai oleh anak berdasarkan daya tarik media dan manfaat pengetahuan yang didapat. Jadi dapat dikatakan penggunaan FGD sebagai data pelengkap dari rumusan masalah pokok (Brannen, 1992). Waktu pelaksanaan FGD dibuat tidak lama yaitu 2 jam, untuk menghindari kejenuhan dari peserta FGD (Irwanto, 1998).

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah anak jalanan yang didampingi oleh YPI di wilayah Jakarta Timur, dengan jumlah jangkauan 150 anak jalanan. 150 anak jalanan yang dijangkau tersebut adalah anak-anak jalanan yang telah mendapatkan layanan pendidikan formal dan non formal serta kursus ketrampilan yang diselenggarakan oleh Rumah Belajar YPI. Populasi ini disebut populasi sasaran dan populasi sumber, dengan menggunakan populasi sasaran maka diperoleh gambaran tentang fenomena hubungan antara independen dan variabel dependen yang terjadi pada populasi sasaran. Sedangkan populasi merupakan himpunan subjek dari populasi sasaran yang digunakan sebagai sumber pencuplikan subjek penelitian (Murti, 2010).

3.4.2 Sampel

Sampel penelitian eksperimen ini seperti yang dijelaskan diatas mengenai kuasi eksperimen, walaupun populasi anak jalanan yang dibina oleh YPI berjumlah 150 anak jalanan, namun jumlah anak jalanan yang cukup aktif mengikuti kegiatan di rumah belajar YPI terbatas sekali. Sehingga responden penelitian yang diambil adalah anak jalanan yang aktif dalam kegiatan rumah belajar YPI, serta diseleksi berdasarkan usia remaja 13 – 19 tahun, sebagai kelompok intervensi sejumlah 60 anak jalanan, yang terbagi dalam dua kelas belajar yang masing-masing kelas berisikan responden 30 anak (Puslitjaknov, 2008).

Dari Sampel 60 anak, diseleksi kembali untuk melakukan kegiatan FGD sebanyak 20 anak. Peserta FGD diambil dari anak-anak yang terlibat dalam kegiatan penelitian atau sebagai kelompok intervensi. Setiap kelompok intervensi diambil masing-masing 10 anak yang diseleksi berdasarkan hasil post test pengetahuan yang tertinggi dan terendah (Bungin, 2005).

3.5 Pengembangan Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ada tiga macam :

1. Kuesioner untuk anak berupa kuesioner yang berisi pertanyaan tentang pengetahuan anak terhadap masalah kesehatan reproduksi.
2. Kuesioner untuk anak berupa evaluasi terhadap pelaksanaan diskusi interaktif dengan program penyadaran partisipasi kesehatan reproduksi.
3. Pedoman wawancara dalam *FGD (Focus Group Discussion)*, yang diarahkan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam pada topik-topik yang sudah diarahkan dan dibatasi melalui arahan pedoman pertanyaan yang berisikan daftar-daftar pertanyaan (Irwanto, 1998).

3.6 Pengumpulan Data

Data yang diambil merupakan data primer, dengan pengisian kuesioner sebelum (pre test) dan sesudah (post test) intervensi diberikan. Pre test dan post test dilakukan untuk mengukur pengetahuan dari kelompok intervensi. Selain itu untuk memperoleh kelengkapan informasi terhadap efektifitas diskusi interaktif dan program penyadaran partisipasi, dilakukan pemberian questioner mengenai evaluasi pelaksanaan ke dua media tersebut, questioner evaluasi diberikan setelah pelaksanaan dari kegiatan diskusi dengan media interaktif dan penyadaran partisipasi (Puslitjaknov, 2008).

Pengumpulan data melalui tehnik FGD dengan menggunakan pedoman pertanyaan yang direkam dengan alat perekam dan dicatat dalam bentuk notulensi hasil FGD (Irwanto, 1998).

3.7 Petugas Pengumpul Data dan Pembantu Kegiatan

Petugas pengumpul data adalah peneliti yang dibantu oleh empat orang petugas lapangan dari Rumah Belajar YPI. Petugas lapangan dibutuhkan, karena melihat kedekatan hubungan antara petugas lapangan dengan responden sehingga dapat mempermudah pengorganisasian responden dalam melengkapi data-data yang diperlukan. Masing-masing kelompok intervensi didampingi oleh dua orang petugas lapangan. Serta selaku pemberi materi kesehatan reproduksi ada tiga orang narasumber atau seorang yang ahli sebagai penyuluh kesehatan,

Sedangkan pada pelaksanaan FGD, dipandu oleh seorang fasilitator dari masing-masing kelompok yang telah memiliki pengalaman dalam melakukan FGD serta juga memiliki kedekatan dengan isu kesehatan reproduksi dan anak jalanan. Untuk penulisan laporan (notulensi) hasil FGD dilakukan oleh satu orang sekretaris dan dua orang yang bertugas sebagai penjaga kegiatan FGD (untuk menjaga kelancaran FGD dari orang luar yang masuk yang tidak memiliki kepentingan dalam kegiatan FGD) (Irwanto, 1998).

3.8 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada responden, yaitu kuesioner yang berisi pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sebelum dilakukan kegiatan baik diskusi interaktif dan penyadaran partisipasi (dalam bentuk pre test) dan setelah dilakukan kegiatan (dalam bentuk post test). Di akhir kegiatan kuesioner evaluasi media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi dibagikan ke masing-masing kelompok. Dalam proses kuesioner dibagikan, responden diminta untuk membacanya dengan cermat, kemudian menjawab semua pertanyaan dengan selengkap-lengkapnyanya. Apabila ada pertanyaan yang kurang dipahami atau cara pengisian yang kurang dimengerti, responden dapat langsung menanyakan kepada petugas lapangan yang siap memberikan penjelasan. Petugas lapangan juga meminta kesediaan responden untuk mengisi dengan sejujurnya (Puslitjaknov, 2008).

Sedangkan dalam FGD, proses FGD dibuat dalam bentuk rekaman dengan *tape recorder* dan laporan tertulis yang tidak hanya memuat proses diskusi tetapi juga menyajikan temuan-temuan penting dalam proses berlangsungnya FGD (Irwanto, 1998).

3.9 Pengolahan Data

Ada beberapa tahap dalam melakukan pengolahan data :

- 1) penyuntingan data (*editing*) diisi dengan kegiatan pengecekan dan penyesuaian terhadap data penelitian dalam hal ini lembar kuesioner pre test, post test dan lembar evaluasi media sebagai upaya menghindari kesalahan dan kejelasan makna. Apabila ada ternyata ada kekurangan isinya, kuesioner dapat dikembalikan lagi ke anak.
- 2) Pengkodean dan penskoran (*coding dan scoring*) dimulai dengan mengembangkan buku kode variabel bebas dengan variabel terikat, mengklasifikasikan dan menilai jawaban responden sesuai dengan kategori jawaban yang ada dalam definisi operasional. Teknis koding dilakukan sesudah

- pengisian kuesioner dan proses pemberian kode untuk memudahkan serta meningkatkan data *entry processing* ke sistem program komputer atau statistik.
- 3) Entry data atau memasukan semua data ke dalam komputer dengan menggunakan format *SPSS (Statistic Package for Social Science)*. Hal ini dilakukan agar analisis data lebih cepat, lebih akurat dan efisien.
 - 4) Pemeriksaan data (*data cleaning*) dilakukan dengan pengecekan ulang data yang telah dimasukan, yang meliputi jawaban responden dan jenis variabel sehingga dapat dipastikan tersedia data bersih dan siap dianalisis.
 - 5) Pengkodean kembali (*recode*) dilakukan dengan mengelompokan jawaban responden dalam kategori yang telah ditetapkan. Rekode diutamakan bagi jawaban yang dapat disederhanakan atau yang berdasarkan nilai skor, misalnya jawaban benar = 0 dan salah = 1
 - 6) Pada FGD, jawaban responden yang dicatat (hasil notulensi) digabungkan dengan hasil rekaman yang direkam dengan menggunakan media perekam suara kemudian dibuat ringkasan atau rangkuman dari hasil FGD keseluruhan.
(Ruslan, 2004).

3.10 Analisis Data

Data yang diperoleh melalui hasil questioner pre test dan post test dari intervensi diskusi dengan media interaktif dan media kampanye penyadaran terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan dan evaluasi efektifitas antara media diskusi dengan media interaktif dan media kampanye penyadaran dilakukan dengan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat dengan bantuan statistik SPSS 17. Lebih detil mengenai analisis univariat, bivariat dan multivariat.

1. Analisis Statistik Deskriptif

Pada tahap awal pengolahan data, dilakukan analisis univariat dengan menampilkan *deskriptif statistic* dan distribusi frekwensi untuk memperoleh gambaran dasar dari obyek yang diteliti, meliputi; usia, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, dan pekerjaan sehari-hari.

2. Analisis *Paired T Test* (Uji T Berpasangan)

Penelitian yang digunakan untuk menganalisis dua variabel. Penelitian ini menggunakan analisis *pair t test* untuk melihat perbedaan hasil pre tes sebelum diberikannya intervensi dan post test sesudah diberikannya intervensi terhadap tingkat pengetahuan anak jalanan dari masing-masing kelompok.

Rumus yang digunakan untuk mencari nilai t dalam *pair t test* adalah:

$$t = (\bar{X} - \bar{Y}) \sqrt{\frac{n(n-1)}{\sum_{i=1}^n (\hat{X}_i - \hat{Y}_i)^2}}$$

Uji-t berpasangan menggunakan derajat bebas $n-1$, dimana n adalah jumlah sampel. Hipotesis pada uji-t berpasangan yang digunakan adalah sebagai berikut:

- $H_0: D = 0$ (perbedaan antara dua pengamatan adalah 0)
- $H_a: D \neq 0$ (perbedaan antara dua pengamatan tidak sama dengan 0)

3. Analisis ANOVA (*Analysis of Variance*).

Selanjutnya dilakukan uji perbedaan dengan menggunakan analisis ANOVA (*Analysis of Variance*). Prosedur yang digunakan dalam analisis ANOVA ini adalah prosedur One Way ANOVA atau sering disebut dengan perancangan sebuah faktor, yang merupakan salah satu alat analisis statistik ANOVA yang bersifat satu arah (satu jalur). Alat uji ini untuk menguji apakah dua populasi atau lebih yang independent, memiliki rata-rata yang dianggap sama atau tidak sama. Teknik ANOVA akan menguji variabilitas dari observasi masing-masing kelompok dan variabilitas antar mean kelompok. Melalui kedua variabilitas tersebut, akan dapat ditarik kesimpulan mengenai

mean populasi. Adapun langkah-langkah dalam prosedur One-Way ANOVA adalah sebagai berikut :

a. Tes Homogenitas Varian (Test of Homogeneity of Variance)

Asumsi dasar dari analisis ANOVA adalah bahwa seluruh kelompok yang terbentuk harus memiliki variannya sama. Untuk menguji asumsi dasar ini dapat dilihat dari hasil test homogenitas dari varians dengan menggunakan uji Levene Statistic. Hipotesis yang digunakan dalam tes homogenitas varian adalah :

H_0 : Diduga bahwa seluruh varians populasi adalah sama

H_1 : Diduga bahwa seluruh varians populasi adalah berbeda

Dasar dari pengambilan keputusan adalah:

- Jika probabilitas $> 0,05$, maka H_0 diterima
- Jika probabilitas $< 0,05$, maka H_0 ditolak

b. Pengujian Anova (Uji F)

Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis nol bahwa semua kelompok mempunyai mean populasi yang sama adalah Uji F. Ilarga F diperoleh dari rata-rata jumlah kuadrat (mean square) antar kelompok yang dibagi dengan rata-rata jumlah kuadrat dalam kelompok dengan rumus:

$$F = \frac{S^2_B}{S^2_W}$$

{dengan derajat bebas $a-1$ dan $a(b-1)$ }

dimana : S^2_B = variansi antar perlakuan

S^2_W = variansi dalam perlakuan

Hipotesis yang digunakan dalam pengujian Anova adalah :

H_0 : Diduga bahwa seluruh kelompok dari rata-rata populasi adalah sama

H_1 : Diduga bahwa seluruh kelompok dari rata-rata populasi adalah berbeda

Dasar pengambilan keputusan adalah :

- Jika $F_{hitung} > F_{tabel 0,05}$, maka H_0 ditolak
- Jika $F_{hitung} < F_{tabel 0,05}$, maka H_0 diterima

c. Test Post Hoc (*Post Hoc Test*)

Dari pengujian ANOVA (F test) telah diketahui bahwa secara umum seluruh kelompok memiliki perbedaan (tidak sama). Untuk mengetahui lebih lanjut perbedaan yang terjadi antar kelompok maka digunakan Post Hoc Test dengan menggunakan salah satu fungsi Tukey.

Adapun hipotesis yang digunakan dalam tes ini adalah :

H_0 : Diduga bahwa kedua kelompok memiliki nilai rata-rata yang sama

H_1 : Diduga bahwa kedua kelompok memiliki nilai rata-rata yang berbeda

Dasar dari pengambilan keputusan adalah : Jika probabilitas $> 0,05$, maka H_0 diterima, jika probabilitas $< 0,05$, maka H_0 ditolak (Modul Pelatihan SPSS, 2008).

4. Analisis Regresi Linear Sederhana

Analisis regresi merupakan salah satu analisis yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh suatu variabel terhadap variabel lain. Dalam analisis regresi, variabel yang mempengaruhi disebut *Independent Variable* (variabel bebas) dan variabel yang dipengaruhi disebut *Dependent Variable* (variabel terikat). Jika dalam persamaan regresi hanya terdapat satu variabel bebas dan satu variabel terikat, maka disebut sebagai persamaan regresi sederhana, sedangkan jika variabel bebasnya lebih dari satu, maka disebut sebagai persamaan regresi berganda.

Analisis Korelasi merupakan suatu analisis untuk mengetahui tingkat keeratan hubungan antara dua variabel. Tingkat hubungan tersebut dapat dibagi menjadi tiga kriteria, yaitu mempunyai hubungan positif, mempunyai hubungan negatif dan tidak mempunyai hubungan. Analisis Regresi Sederhana : digunakan untuk mengetahui pengaruh dari variabel bebas terhadap variabel terikat atau dengan kata lain untuk mengetahui seberapa jauh perubahan variabel bebas dalam mempengaruhi variabel terikat. Dalam analisis regresi sederhana, pengaruh satu variabel bebas terhadap variabel terikat dapat dibuat persamaan sebagai berikut : $Y = a + b X$. Keterangan : Y: Variabel terikat (Dependent Variable), dan X : Variabel bebas (Independent Variable); a : Konstanta; dan b : Koefisien Regresi. Untuk mencari persamaan garis regresi dapat digunakan berbagai pendekatan (rumus), sehingga nilai konstanta (a) dan nilai koefisien regresi (b) dapat dicari dengan metode sebagai berikut:

$$a = [(\sum Y \cdot \sum X^2) - (\sum X \cdot \sum XY)] / [(N \cdot \sum X^2) - (\sum X)^2] \text{ atau } a = (\sum Y/N) - b (\sum X/N)$$

$$b = [N(\sum XY) - (\sum X \cdot \sum Y)] / [(N \cdot \sum X^2) - (\sum X)^2]$$

Analisis Korelasi (r) : digunakan untuk mengukur tinggi rendahnya derajat hubungan antar variabel yang diteliti. Tinggi rendahnya derajat keeratan tersebut dapat dilihat dari koefisien korelasinya. Koefisien korelasi yang mendekati angka + 1 berarti terjadi hubungan positif yang erat, bila mendekati angka - 1 berarti terjadi hubungan negatif yang erat. Sedangkan koefisien korelasi mendekati angka 0 (nol) berarti hubungan kedua variabel adalah lemah atau tidak erat. Dengan demikian nilai koefisien korelasi adalah $-1 \leq r \leq +1$. Untuk koefisien korelasi sama dengan - 1 atau + 1 berarti hubungan kedua variabel adalah sangat erat atau sangat sempurna dan hal ini sangat jarang terjadi dalam data riil. Untuk mencari nilai koefisien korelasi (r) dapat digunakan rumus sebagai berikut :

$$r = [N \cdot \sum XY - (\sum X \cdot \sum Y)] / \sqrt{\{(N \cdot \sum X^2) - (\sum X)^2\} \cdot \{(N \cdot \sum Y^2) - (\sum Y)^2\}}$$

3.12 Validitas Dan Realibilitas

3.12.1 Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui valid tidaknya instrumen pengukuran. Dimana instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur apa yang semestinya diukur atau mampu mengukur apa yang ingin dicari secara tepat (Arikunto, 1998). Valid tidaknya suatu instrumen dapat dilihat dari nilai koefisien korelasi antara skor item dengan skor totalnya pada taraf signifikan 5%, item-item yang tidak berkorelasi secara signifikan dinyatakan gugur. Dalam kaitannya dengan besarnya angka korelasi ini, Saifuddin Azwar (2000:153) menyebutkan bahwa koefisien korelasi yang tidak begitu tinggi, katakanlah berada di sekitar 0,50 sudah dapat diterima dan dianggap valid. Namun apabila koefisien korelasi ini kurang dari 0,30 maka dianggap tidak valid. Jadi dapat disimpulkan bahwa item dari suatu variabel dikatakan valid jika mempunyai koefisien 0,30 (Azwar, 2000).

3.12.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Singarimbun, 1995). Untuk mengetahui apakah alat ukur reliable atau tidak, diuji dengan menggunakan metode Alpha Cronbach. Sebuah instrumen dianggap telah memiliki tingkat keandalan yang dapat diterima, jika nilai koefisien alpha yang terukur adalah lebih besar atau sama dengan 0,6 (Sekaran, 1992 dan Maholtra, 1996).

BAB IV

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

4.1. Deskripsi Objek Penelitian

4.1.1 Anak Jalanan dan Program Pendampingan Rumah Belajar Yayasan Pelita Ilmu (YPI)

Anak jalanan yang menjadi objek penelitian ini adalah anak jalanan usia remaja 13-19 tahun, berdasarkan pengertian anak jalanan yang diambil Salahuddin (2004) adalah seseorang dibawah 18 tahun yang menghabiskan atau melakukan kegiatan-kegiatan guna mendapatkan uang atau guna mempertahankan hidupnya. Dengan menggabungkan definisi WHO, kategori usia 10 – 19 tahun adalah masuk dalam kategori remaja (*adolescent*).

Anak jalanan yang didampingi oleh Yayasan Pelita Ilmu sebagian besar berusia di bawah 18 tahun, walaupun diantaranya ada yang berusia diatas 18 tahun, tapi masih menjadi kelompok binaan karena kelompok anak-anak usia diatas 18 tahun telah terjangkau pada saat usia 16-17 tahun. Wilayah sasaran dari jangkauan tersebut adalah anak-anak jalanan yang berada di wilayah Jakarta Timur.

Rumah Belajar Yayasan Pelita Ilmu (YPI), merupakan sebuah *drop in center* bagi anak jalanan dan keluarganya yang berlokasi di wilayah Jakarta Timur. Rumah Belajar YPI merupakan pengembangan program pendampingan pada anak, yang awalnya berdiri sejak tahun 2003 dengan sasaran program pada anak-anak yang terlibat dalam perdagangan narkoba (program ini merupakan kerjasama dengan *International Labour Organization/ ILO*). Baru pada tahun 2007 sampai dengan sekarang, program yang dilakukan berkembang dengan sasaran yang lebih luas yakni anak-anak jalanan. Bersama dengan ILO dan juga Mendikdasmen PLK

(Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah Pendidikan Layanan Khusus) mengimplentasikan program aksi penarikan pekerja anak khususnya anak jalanan melalui program pendidikan dan ketrampilan. Dimana salahsatu layanannya adalah pendidikan ketrampilan hidup yang diantaranya adalah pendidikan kesehatan reproduksi (termasuk didalamnya narkoba dan HIV/AIDS).

7.1.2 Anak Jalanan dan Masalah Kesehatan Reproduksi

Program pendidikan kesehatan reproduksi dianggap menjadi intervensi yang penting sebagai bagian dari program pendidikan anak jalanan. Masalah kesehatan reproduksi anak jalanan menjadi sangat penting untuk direalisasikan kedalam sebuah program ketrampilan hidup untuk anak jalanan dengan melihat kondisi kehidupan anak jalanan yang sangat rentan dengan aktifitas seksual yang tidak aman, lingkungan yang dekat dengan prostitusi dan peredaran narkoba, serta perilaku-perilaku yang diterima oleh mereka dari orangtua, ataupun orang dewasa, seperti pelecehan dan kekerasan seksual merupakan kondisi yang harus dihadapi oleh anak jalan baik dilingkungan mereka bekerja di jalan maupun di lingkungan tempat tinggal mereka, tentunya kondisi ini membahayakan hidup anak untuk tumbuh dan berkembang secara maksimal.

Program pendidikan atau promosi kesehatan reproduksi merupakan program yang telah dilaksanakan sejak lama oleh YPI. Bermula dari program promosi kesehatan HIV/ AIDS sejak tahun 1989 di sekolah-sekolah dan rumah sakit di Jakarta maupun di luar Jakarta. Isu HIV/AIDS yang disampaikan tidak berdiri sendiri, isu ini terintegrasi dengan isu kesehatan reproduksi, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan Narkoba didalamnya. Dalam kegiatannya, YPI menggunakan media komunikasi sebagai alat promosi. Adapun media promosi kesehatan yang digunakan, antara lain:

1. Penyuluhan/ Ceramah dalam bentuk Diskusi Interaktif

Promosi kesehatan yang dilakukan oleh YPI umumnya bersifat diskusi ataupun ceramah dengan melibatkan audiens 15 - 30 orang. Metode yang digunakan bersifat interaktif dengan melibatkan partisipasi audiens didalamnya, baik dengan menggunakan *brainstroming*, simulasi, *role play*, *games/ ice breaking*, serta diskusi kelompok/kelas dan termasuk juga penggunaan audiovisual pada media komputer. Media penyuluhan dalam bentuk diskusi interaktif telah dilakukan oleh YPI ke sekolah-sekolah, kelompok binaan, masyarakat umum, dan institusi medis seperti rumah sakit, klinik maupun puskesmas. Sedangkan penyuluhan dengan menggunakan media komputer interaktif telah dilakukan di sekolah-sekolah melalui program DAKU (Dunia Remajaku Seru!) dan anak-anak di lembaga pemasyarakatan (lapas) Tangerang melalui program SERU (Sumber Edukasi Masa Remajaku).

2. Konseling

Media konseling merupakan media untuk membantu individu atau kelompok dalam mengatasi permasalahan-permasalahan hidup. Konseling yang dilakukan YPI lebih diarahkan pada permasalahan individu yang menyangkut HIV/AIDS dan isu yang terkait didalamnya (termasuk kesehatan reproduksi, IMS, dan narkoba). Konseling diberikan oleh seorang konselor yang sebelumnya telah mengikuti pelatihan konseling. Umumnya konseling yang dilakukan oleh YPI adalah konseling individual, dan dilakukan tidak hanya di klinik tetapi juga di *drop in center* (termasuk rumah belajar), dan juga dilapangan atau di lokasi penjangkauan.

3. Kampanye Penyadaran

Selain media diskusi, media kampanye penyadaran juga merupakan media promosi kesehatan yang sering digunakan oleh YPI dalam upaya memberikan informasi dan penyadaran kepada publik. Media kampanye penyadaran umumnya dilakukan untuk memperingati *event-event* khusus atau *special event*, seperti;

memperingati Hari AIDS Sedunia (HAS), Hari Anti Narkoba Internasional (HANI), Hari Anak Nasional, Hari Dunia Menentang Pekerja Anak dan sebagainya.

Dalam kegiatan kampanye penyadaran biasanya melibatkan partisipasi dari kelompok yang didampingi baik sebagai pengorganisir pengunjung, maupun terlibat langsung dalam pelaksanaan kampanye baik dalam pengembangan dan proposal, pengembangan acara maupun sebagai pengisi acara. Dalam pelaksanaan kegiatan kampanye penyadaran seringkali mengusung seni untuk menarik pengunjung baik itu dalam bentuk musik, teater maupun tarian.

4. Talkshow Radio

Salahsatu format yang digunakan dalam kegiatan promosi kesehatan adalah kampanye melalui *talkshow radio*. Konsep *talkshow* yang dilakukan oleh YPI sama dengan bentuk dialog interaktif, hanya saja dilakukan di radio. Kegiatan promosi kesehatan melalui radio bekerjasama dengan radio lokal Bahana dengan jadwal rutin setiap hari minggu dan menghadirkan seorang narasumber baik ahli kesehatan, orang dengan HIV/AIDS, aktivis AIDS, maupun narasumber lain yang terkait dengan isu kesehatan reproduksi, narkoba dan HIV/AIDS.

5. Pengembangan Material KIE (Komunikasi, Edukasi, dan Informasi)

Material KIE yang dimaksud dalam hal ini adalah media-media bantu yang digunakan dalam kegiatan penyuluhan, seperti leaflet, brosur, sticker, poster dan pin, buklet, majalah maupun buletin yang berisikan informasi mengenai isu-isu kesehatan reproduksi, HIV/AIDS dan isue kesehatan terkait lainnya. Material KIE ini biasanya disebarkan disetiap kegiatan penyuluhan untuk dibagikan kepada publik.

Berdasarkan pengalaman tersebut dan kebutuhan yang didapat di lapangan terhadap upaya pendampingan anak jalanan, Rumah Belajar YPI merasa perlu untuk mengembangkan media promosi kesehatan reproduksi sebagai bagian dari program ketrampilan hidup. Dua media promosi kesehatan yang dipilih untuk diintegrasikan pada program rumah belajar adalah diskusi dengan media interaktif,

hal ini dikarenakan media teknologi ini cukup efektif dalam menjangkau remaja-remaja baik di sekolah dan juga di lapas. Media kampanye penyadaran (*awareness event*) dipilih namun lebih menekankan pada pembelajaran partisipasi anak jalanan untuk terlibat aktif dalam penyelenggaraan kampanye. Sedangkan media konseling dan pengembangan material KIE sudah terintegrasi pada program rumah belajar, sedangkan talkshow radio belum dapat dilakukan karena belum adanya kerjasama dengan radio sehingga belum mampu diimplementasikan pada program rumah belajar.

Uji coba penelitian pra eksperimen terhadap penerapan media diskusi interaktif dan media partisipasi penyadaran yang dilakukan adalah untuk menjawab sebuah kebutuhan dengan menghadirkan pendidikan yang terintegrasi dengan berbagai intervensi termasuk didalamnya penggunaan media komunikasi dan informasi sebagai bagian dari upaya pendampingan bagi anak jalanan.

Berikut dibawah ini, hasil penelitian eksperimen dari ke dua kelompok intervensi. Kelompok 1 adalah kelompok intervensi media diskusi interaktif, dan kelompok 2 adalah kelompok intervensi media penyadaran partisipasi.

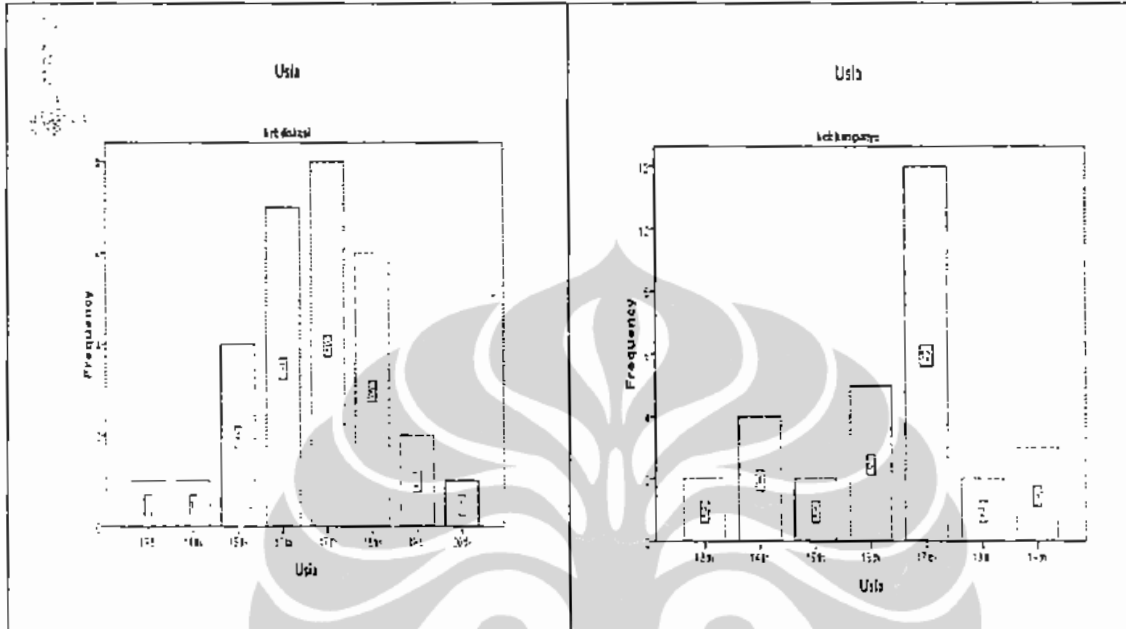
4.2 Deskripsi Hasil Penelitian; Gambaran Karakteristik Responden

Gambar 4.2.1, dapat diketahui bahwa karakteristik usia ke-2 kelompok hampir sama, umumnya pada kelompok 1 usia responden terbanyak adalah usia 16-18 tahun sebanyak 21 anak. Pada kelompok 2, usia reponden terbanyak berusia 17 tahun sebanyak 12 anak. Jumlah responden yang paling sedikit dari ke dua kelompok adalah usia 13 tahun, yakni > 2 anak.

Selain kelompok usia yang hampir sama, sebaran jenis kelamin responden pada gambar 4.2.2 memperlihatkan gambaran karakteristik yang sama pada ke 2 kelompok, yakni jumlah responden lebih banyak didominasi oleh anak laki-laki,

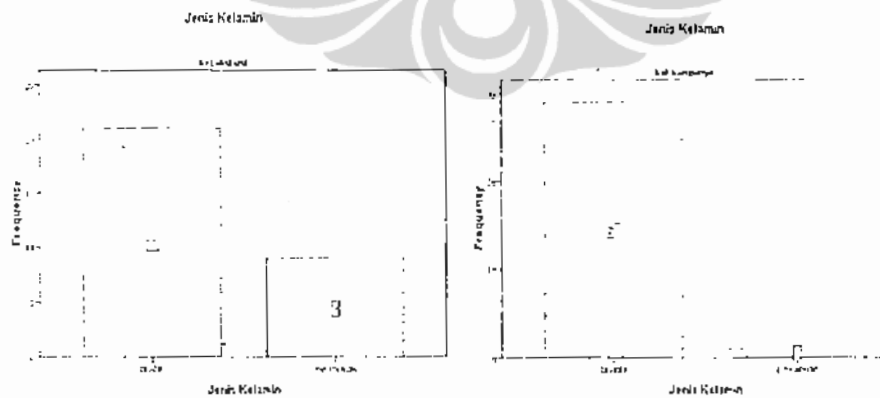
pada kelompok I jumlah anak laki-laki mencapai 70% (21 anak) dan pada kelompok 2 jumlah responden anak laki-laki mencapai 96.7 % (29 anak).

Gambar 4.2.1 : Sebaran Usia Responden



Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

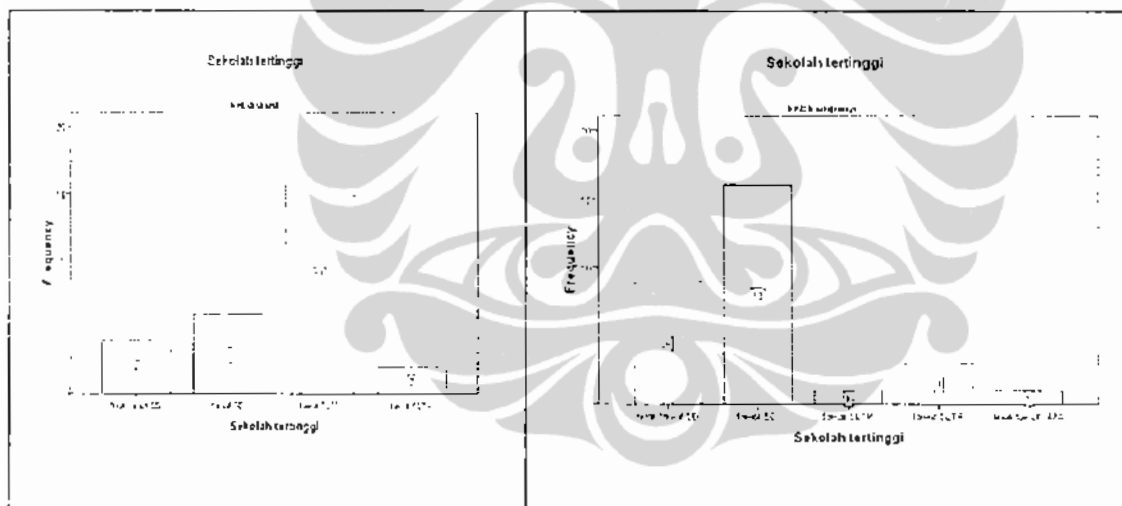
Gambar 4.2.2 : Jenis Kelamin Responden



Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

Begitupula pada gambar 4.2.3, didapati gambaran tingkat pendidikan responden yang berbeda dari ke dua kelompok. Pada kelompok 1 sebagian responden ada pada tingkat pendidikan dasar (mengacu pada UU pendidikan dasar 9 tahun) dengan tingkat pendidikan tamat SMP atau yang setingkat SMP (18 anak), tamat SD (6 anak), tamat SLTA (2 anak), dan hanya 4 anak yang tidak tamat SD. Responden pada kelompok 2, sebagian besar tingkat pendidikannya adalah tamat SD (16 anak), tamat SD (2 anak), tamat SMA (3 anak), dan yang tidak tamat SD cukup banyak 9 anak. Ke dua kelompok intervensi ini merupakan anak-anak yang mendapatkan program pendidikan yang diberikan oleh YPI melalui sistem rujukan pendidikan ke sekolah-sekolah formal maupun non formal (kejar paket). Bagi anak-anak yang tidak melanjutkan kembali ke sekolah mendapatkan pilihan lain yakni mengikuti kegiatan kursus ketrampilan seperti otomotif dan komputer.

Gambar 4.2.3 : Status Pendidikan

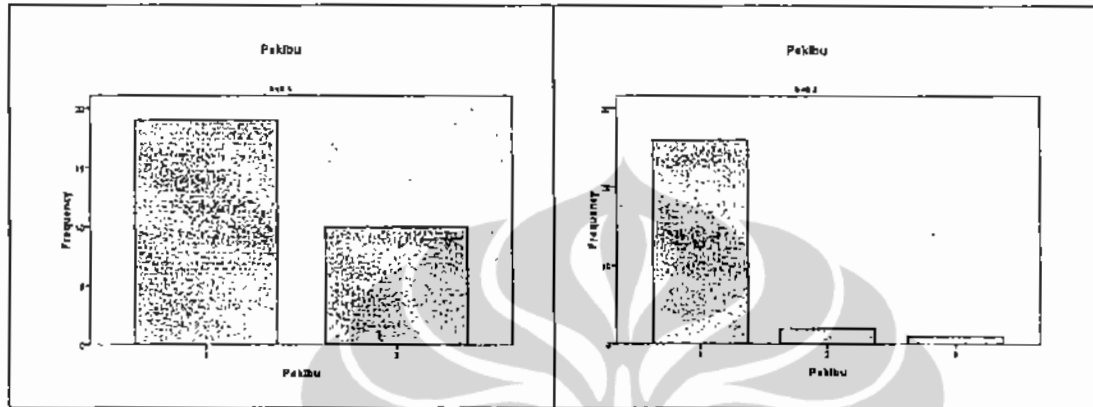


Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

Gambar 4.2.4 menggambarkan status pekerjaan ibu responden. Dari ke dua kelompok ini didapati gambaran status pekerjaan ibu yang sama. Umumnya ibu responden dari ke dua kelompok adalah ibu rumah tangga; pada kelompok 1, ibu responden yang hanya sebagai ibu rumah tangga sebanyak (63,3 %) dan pada kelompok 2 sebanyak (75%), sedangkan pekerjaan ibu responden yang lainnya

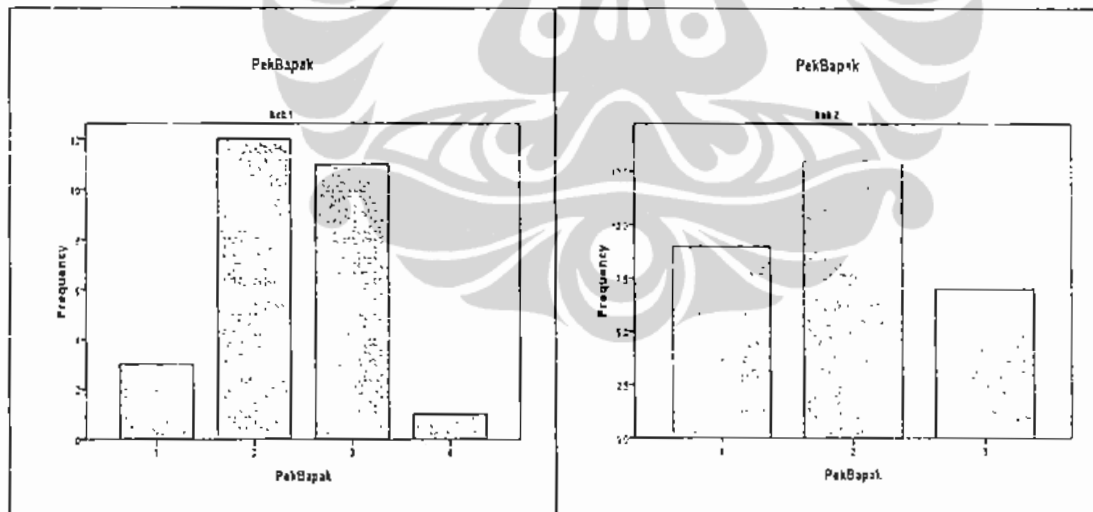
(pada kelompok 1 dan 2) bekerja pada sektor informal sebagai buruh cuci dan pedagang.

Gambar 4.2.4 Status Pekerjaan Ibu Repsonden



Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

Gambar 4.2.5 : Status Pekerjaan Bapak Responden



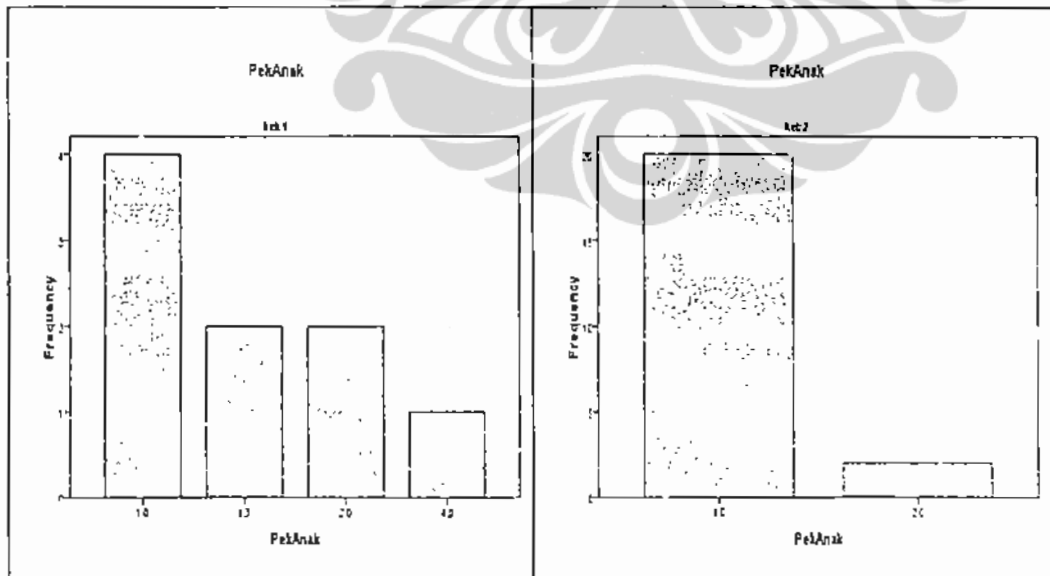
Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

Kemudian gambar 4.2.5 tentang status pekerjaan bapak dari responden juga didapati status pekerjaan bapak yang sama dari ke dua kelompok. Umumnya status pekerjaan bapak responden adalah pekerjaan sektor informal. Sebagian besar bapak

responden kelompok 1 dan 2 bekerja sebagai buruh (40%), sedangkan yang lainnya bekerja sebagai supir, pedagang, dan tidak bekerja (pengangguran).

Karena kondisi sosial ekonomi keluarga yang serba kekurangan, menyebabkan responden akhirnya turun kejalan dengan berbagai alasan klasik anak jalanan seperti sekadar membantu ekonomi keluarga atau ingin mencari uang jajan sendiri, diajak teman, atau karena merasa 'sumpek' di rumah (YPI, 2008). Dari Gambar 4.2.6 memperlihatkan kondisi pekerjaan anak yang sama dari ke dua kelompok. Dari gambar ini didapati bahwa sebagian besar anak bekerja sebagai pengamen. Pada kelompok 1, sebagian besar mengamen dan juga sekolah (56,7%), sedangkan pada kelompok 2 sebagian besar mengamen; baik mengamen saja, mengamen sambil sekolah, dan mengamen sambil dagang (93,3%). Pada kelompok 1 dan 2, selain bekerja sebagai pengamen, adapula yang bekerja sebagai pedagang, seperti jual kue, pakaian atau membantu ibu menjaga warung, pembantu rumah tangga, maupun sebagai penjaga warnet.

Gambar 4.2.6 : Status Pekerjaan Responden



Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, Gambar diolah dari Perhitungan: Statistik SPSS 17

4.3 Validitas dan Reliabilitas Instrument Penelitian

Uji Validitas dan Reliabilitas data dilakukan untuk melihat kelayakan instrumen. Uji ini dicobakan dari hasil sebagian jawaban pretest pada responden kelompok 1. Menilai validitas adalah penting bagi untuk mengukur konstruksi hipotetis yang dibangun dalam penelitian ini. Sedangkan reliabilitas tes berguna untuk menunjukkan sejauh mana perbedaan-perbedaan individual dalam skor tes. Ukuran-ukuran reliabilitas tes memungkinkan untuk memperkirakan berapa proporsi dari varians total skor-skor tes yang merupakan varians kesalahan.

Hasil uji validitas pada tabel 4.3.1 menunjukkan bahwa besarnya koefisien korelasi dari instrumen yang diujikan berkisar antara 0,998 sampai 0,999 maka item koefisien korelasi skor total $0,999 >$ dari r kritis = 0,30, sehingga dapat dikatakan maka instrumen yang digunakan dalam penelitian ini valid.

Tabel 4.3.1 Uji Validitas Instrumen Penelitian

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| VAR00001 | 400.9032 | 1164006.157 | .998 | .754 |
| VAR00002 | 401.4832 | 1167381.058 | .999 | .755 |
| Dst.. | | | | |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

Selanjutnya, tabel 4.3.2 menunjukkan realibitas berdasarkan perhitungan Cronbach's Alpha nilainya adalah $0,757 >$ 0.6 . R Kritis 0,700 maka dapat dikatakan bahwa sampel instrument yang digunakan untuk penelitian adalah Reliable untuk digunakan dalam penelitian.

Tabel 4.3.2 Uji Realibitas Instrumen Penelitian

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .757 | 100 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

4.4 Gambaran Hasil Pretest dan Postest

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi dari ke dua kelompok intervensi adalah sejumlah daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden sebelum mereka melakukan kegiatan atau diberikan *pre test*. Setelah mereka melakukan kegiatan, ke dua kelompok anak jalanan tersebut diberi pertanyaan yang sama sebagai bentuk *post test* untuk mengukur perubahan tingkat pengetahuan yang terjadi pada anak. Berikut gambaran hasil *pretest* dan *post test* dari kedua kelompok intervensi:

Tabel 4.4.1

Nilai rata-rata dan Standar Deviasi dari Pre Test dan Post Test Kelompok 1 pada masing-masing Variabel

| No | Pre test | Rata-rata | Std.deviasi | Post test | Rata-rata | Std.deviasi |
|----|--------------------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------|-----------|-------------|
| 1 | Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah | 42,22 | 12,42 | Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah | 58,00 | 12,14 |
| 2 | Seksualitas dan Cinta | 41,48 | 15,69 | Seksualitas dan Cinta | 74,07 | 9,37 |
| 3 | Kehamilan | 43,0 | 12,64 | Kehamilan | 76,3 | 14,50 |
| 4 | Lindungi Dirimu Sendiri dan HIV/AIDS | 44,3 | 15,69 | Lindungi Dirimu Sendiri dan HIV/AIDS | 81,3 | 15,92 |
| 5 | HIV/AIDS Kamu Juga Punya Peran | 36,0 | 20,8 | HIV/AIDS Kamu Juga Punya Peran | 78,0 | 27,2 |
| 6 | Narkoba | 49,55 | 14,29 | Narkoba | 70,66 | 14,39 |
| 7 | Mitos Dan Fakta | 56,27 | 11,681 | Mitos Dan Fakta | 71,76 | 10,02 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS

Data pada tabel 4.4.1 memberikan deskripsi awal mengenai nilai skor dari masing-masing variabel pada kelompok 1. Dari tabel bisa dilihat bahwa hasil nilai rata-rata pre test dari ke-tujuh materi yang diberikan meningkat setelah post test. Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak rata-rata diatas 50%. Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reroduksi tertinggi ada pada materi “HIV/AIDS kamu juga punya peran”.

Data pada tabel 4.4.2 memberikan deskripsi awal mengenai nilai skor dari masing-masing variabel pada kelompok 2. Dari tabel bisa dilihat bahwa hasil nilai rata-rata pre test dari ke-tujuh materi yang diberikan meningkat setelah post test. Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak rata-rata diatas 40% (tidak sebesar kelompok 1). Samahalnya kelompok 1, Perubahan tingkat pengetahuan kesehatan reroduksi tertinggi ada pada materi “HIV/AIDS kamu juga punya peran”.

Tabel 4.4.2

Nilai rata-rata dan Standar Deviasi dari Pre Test dan Post Test Kelompok 2 pada masing-masing Variabel

| No | Pre test | Rata-rata | Std.deviasi | Post test | Rata-rata | Std.deviasi |
|----|--|-----------|-------------|--|-----------|-------------|
| 1 | Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah | 34,44 | 16,14 | Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah | 56,22 | 11,16 |
| 2 | Diskusi Seksualitas dan Cinta | 44,53 | 14,15 | Diskusi Seksualitas dan Cinta | 62,22 | 11,52 |
| 3 | Kehamilan | 33,4 | 19,84 | Kehamilan | 43,2 | 14,78 |
| 4 | Diskusi Lindungi Dirimu Sendiri dan HIV/AIDS | 45,3 | 15,48 | Diskusi Lindungi Dirimu Sendiri dan HIV/AIDS | 61,0 | 14,70 |
| 5 | HIV/AIDS Kamu Juga Punya Peran | 38,0 | 17,7 | HIV/AIDS Kamu Juga Punya Peran | 57,0 | 16,5 |
| 6 | Diskusi Narkoba | 52,88 | 10,63 | Diskusi Narkoba | 50,66 | 14,71 |
| 7 | Mitos Dan Fakta | 41,66 | 12,31 | Mitos Dan Fakta | 58,33 | 9,27 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS

Selanjutnya, pada tabel 4.4.3 memberikan deskripsi awal mengenai nilai skor peningkatan pengetahuan kespro dari anak kelompok 1 dan 2. Penilaian skor dilakukan dengan menjumlah jawaban yang diberikan oleh responden pada saat pretest dan post test. Jawaban yang salah mendapat nilai 0 dan jawaban yang benar mendapat nilai 1 dan kemudian setelah ditotal pada setiap anak, kemudian diolah secara deskriptif statistik. Dari data yang diolah memperlihatkan bahwa hasil nilai rata-rata pengetahuan anak mengenai kesehatan reproduksi di kelompok 1 meningkat cukup tinggi dengan nilai rata-rata pre test 47,87 dan nilai rata-rata post test 71,60. Sedangkan pada kelompok 2, memperlihatkan nilai rata-rata pengetahuan anak mengenai kesehatan reproduksi yang juga tinggi walaupun tidak sebesar kelompok 1, dengan nilai rata-rata pretes 41,77 dan nilai rata-rata postest 55.83.

Tabel 4.4.3
 Nilai rata-rata, Nilai Terkecil dan Terbesar, Standar Deviasi Dari Pre Test dan Post Test Kelompok 1 dan 2

| No | Pengukuran Pengetahuan | Kelompok 1 Diskusi Media Interaktif N=30 | Kelompok 2 Kampanye Penyadaran N=30 |
|----|-------------------------------------|---|--|
| 1 | Hasil Pretes | | |
| | 1.Nilai rata-rata | 47,87 | 41,77 |
| | 2.Nilai terkecil | 27 | 25 |
| | 3.Nilai terbesar | 61 | 57 |
| | 4.Beda nilai terbesar dan terkecil | 32 | 32 |
| | 5. Standar deviasi | 9,031 | 6,841 |
| 2 | Hasil Postes | | |
| | 1.Nilai rata-rata | 71,60 | 55.83 |
| | 2.Nilai terkecil | 54 | 47 |
| | 3. Nilai terbesar | 85 | 65 |
| | 4..Beda nilai terbesar dan terkecil | 31 | 18 |
| | 5. Standar deviasi | 8573 | 5.233 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS

Dibawah ini, pengujian pengaruh antara media diskusi interaktif dan partisipasi penyadaran terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak jalanan dengan menggunakan analisis regresi.

45. Analisis Regresi Linier Sederhana Antara Media Diskusi Interaktif dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Anak Jalanan

4.5.1 Analisis Korelasi

Berikut akan disajikan analisis korelasi untuk melihat kekuatan pengaruh yang terjadi antara media diskusi interaktif dengan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi Anak Jalanan, baik secara parsial maupun secara simultan. Dengan menggunakan SPSS, diperoleh hasil analisis korelasi parsial sebagai berikut:

Model Summary^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | .818 ^a | .669 | .665 | 8.680 | 1.151 |

a. Predictors: (Constant), media diskusi interaktif

b. Dependent Variable: pengetahuan

Berdasarkan table output di atas diperoleh nilai koefisien korelasi antara media diskusi interaktif dengan tingkat pengetahuan sebesar 0.818. Nilai ini tergolong dalam kategori pengaruh yang kuat (0,700-0,899) dan positif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pendidikan yang dilakukan melalui media diskusi interaktif maka peningkatan pengetahuan akan semakin baik pula. Sedangkan nilai R^2 sebesar 0.669 menunjukkan pengaruh media diskusi terhadap Pengetahuan sebesar 66,9%.

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 13383.755 | 1 | 13383.755 | 177.624 | .000 ^a |
| | Residual | 6630.701 | 88 | 75.349 | | |
| | Total | 20014.456 | 89 | | | |

a. Predictors: (Constant), media diskusi

b. Dependent Variable: pengetahuan

Data diatas memberikan gambaran bahwa uji F antara media diskusi terhadap pengetahuan dengan hasil nilai $F = 177.624 >$ dari nilai F tabel sedangkan nilai p (sig.) = $0.000 < 0,05$. Karena $F = 177.624 >$ dari F tabel (lampirkan F tabel), maka hipotesis H_0 ditolak dan dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara media diskusi terhadap pengetahuan pada taraf signiifikasn 5 %.

4.6 Analisis Regresi Linier Sederhana Antara Media Penyadaran Partisipasi dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Anak Jalanan

4.6.1 Analisis Korelasi

Berikut akan disajikan analisis korelasi untuk melihat kekuatan pengaruh yang terjadi antara media penyadaran partisipasi terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak Jalanan, baik secara parsial maupun secara simultan. Dengan menggunakan SPSS, diperoleh hasil analisis korelasi parsial sebagai berikut:

Model Summary^b

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate | Durbin-Watson |
|-------|-------------------|----------|-------------------|----------------------------|---------------|
| 1 | .821 ^a | .675 | .671 | 8.602 | 1.162 |

a. Predictors: (Constant), media penyadaran partisipasi

b. Dependent Variable: pengetahuan

Berdasarkan table output di atas diperoleh nilai koefisien korelasi antara media penyadaran partisipasi dengan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak jalanan sebesar 0.821. Nilai ini tergolong dalam kategori pengaruh yang kuat (0,700-0,899) dan positif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pembelajaran pada media penyadaran partisipasi maka tingkat pengetahuan akan semakin baik pula. Sedangkan nilai R^2 sebesar 0,675 menunjukkan pengaruh media kampanye terhadap pengetahuan sebesar 67,5%.

ANOVA^b

| Model | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|----|-------------|---------|-------------------|
| 1 | Regression | 13503.151 | 1 | 13503.151 | 182.495 | .000 ^a |
| | Residual | 6511.304 | 88 | 73.992 | | |
| | Total | 20014.456 | 89 | | | |

a. Predictors: (Constant), partisipasi penyadaran

b. Dependent Variable: pengetahuan

Data diatas memberikan gambaran bahwa uji F antara media penyadaran partisipasi terhadap pengetahuan dengan hasil nilai $F = 182.495 >$ dari nilai F tabel sedangkan nilai p (sig.) = 0.000 < 0,05. Karena $F = 182.495 >$ dari F tabel, maka

hipotesis H_0 ditolak dan dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara media partisipasi penyadaran terhadap pengetahuan pada taraf signifikansi 5 %.

Seberapa jauh signifikansi peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi akan dilakukan pada pengujian secara statistik pada tahap selanjutnya melalui metode statistik Uji T berpasangan.

4.7. Gambaran Tentang Peningkatan Pengetahuan Kespro Melalui Uji T Berpasangan

Setelah melalui deskriptif statistik maka kemudian dilakukan uji T berpasangan untuk mengetahui signifikansi perbedaan data yang ada. Untuk melakukan uji T diperlukan persyaratan bahwa penyebaran distribusi nilai skor anak harus terdistribusi secara normal, untuk itu dilakukan uji normalitas data, menggunakan statistik uji Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov) *normality test*.

Hipotesis uji normalitas:

H_0 : Data menyebar normal

H_1 : Data tidak menyebar normal

$\alpha = 0.05$

Hasil uji lilliefors (kolmogorof smirnof) ; *p-value* hasil uji normalitas untuk data pre test dan post test dari kelompok 1 dan 2 lebih besar dari 0.05 atau $p(\text{sig.}) > 0,05$, maka kesimpulan statistika yang diambil adalah TERIMA H_0 , artinya dapat dikatakan bahwa kedua data berasal dari populasi yang menyebar normal. Dengan demikian uji-t berpasangan dapat diterapkan (lihat tabel 4.7.1).

Setelah data diketahui bahwa data terdistribusi secara normal, maka dilakukan uji T berpasangan terhadap nilai skor dari kelompok 1 dan 2. Hasilnya terlihat pada tabel 4.7.2.

Tabel 4.7.1
Hasil Uji Normalitas Data

| | Kolmogorov-Smirnov | | |
|---------------------------|--------------------|----|-------|
| | Statistik | Df | Sig |
| Skor pretest kelompok 1 | .124 | 30 | 0,200 |
| Skor post test kelompok 1 | .143 | 30 | 0,121 |
| Skor pretest kelompok 2 | .136 | 30 | 0,165 |
| Skor posttest kelompok | .100 | 30 | 0,200 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS

Tabel 4.7.2 memperlihatkan gambaran bahwa pada kelompok 1 tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak mengalami peningkatan berarti karena $p=0,000 < 0,05$ dengan tingkat kepercayaan 95%. Sedangkan pada kelompok 2 pengetahuan kesehatan reproduksi anak mengalami peningkatan yang berarti karena perbedaan signifikansi $p=0,000 < 0,05$ dengan tingkat kepercayaan 95 persen.

Tabel 4.7.2
Hasil Uji T Berpasang Terhadap Nilai Skor Post Test dan Pretest Anak
Kelompok 1 dan Kelompok 2

| Nilai skor | Kelompok 1 Diskusi Media Interaktif N=30 | Kelompok 2 Kampanye Penyadaran |
|----------------------|--|-----------------------------------|
| | Beda nilai pretes dan post tes | |
| Beda nilai rata-rata | -16,567 | -23,898 |
| Standar deviasi | 97,19 | 10,105 |
| T | -9.336 | -12.953 |
| df | 29 | 29 |
| Signifikansi | 0.000 | 0,000 |

Sumber: diolah data dari SPSS Juni 2010

Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa kelompok 1 atau anak-anak yang mendapat intervensi diskusi dengan media interaktif mengalami peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi yang lebih baik dibandingkan kelompok 2 atau anak-anak yang mendapatkan intervensi penyadaran partisipasi.

Untuk melihat lebih jauh perbedaan hasil pretest dan posttest antara dua kelompok tersebut maka digunakan metode pengujian *One Way Anova*. Pada tabel 4.7.3 memberikan gambaran bahwa uji perbedaan mean dengan hasil post test pada kelompok 1 dimana nilai $F = 6.795 >$ dari nilai F tabel sedangkan nilai $p = 0.000 >$ $0,5$. Sedangkan pada kelompok 2 nilai $F = 7.262 >$ dari nilai F tabel sedangkan nilai $p = 0.000 >$ $0,5$.

Sementara hipotesis F hitungnya adalah H_0 : tidak ada perbedaan rata-rata antara hasil posttest kelompok 1 dan 2, maka hipotesisnya ditolak dan H_1 : ada perbedaan rata-rata antara hasil posttest kelompok 1 dan 2, maka hipotesisnya ditolak.

Kriteria pengujian:

Jika F hitung $>$ F tabel tolak H_0

Jika F hitung $<$ F tabel terima H_0

Tablei 4.7.3

Analisis Varians Satu arah untuk Skor Post Test Kelompok 1 dan 2

| | Posttest kelompok 1 | Posttest kelompok 2 |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| df antar kelompok | 203 | 203 |
| F | 6.795 | 7.262 |
| Signifikansi | 0.000 | 0.000 |

Sumber: diolah data dari SPSS Juni 2010

Karena $F = 6.795 >$ dari F tabel pada kelompok 1, maka hipotesis H_0 ditolak dan dapat disimpulkan ada perbedaan antara hasil post test pada kelompok 1 pada taraf signifikansi 5%.

Karena $F = 7.262 >$ dari F tabel pada kelompok 2, maka hipotesis H_0 ditolak dan dapat disimpulkan ada perbedaan antara hasil post test pada kelompok 2 pada taraf signifikansi 5%.

Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi berdasarkan hasil post test dua kelompok anak tersebut. Dengan kata lain bisa disimpulkan bahwa kelompok anak yang mendapat intervensi diskusi interaktif, memiliki peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi yang lebih baik ketimbang kelompok anak yang mendapat intervensi penyadaran partisipasi.

4.8 Hasil Evaluasi Media Promosi Kesehatan

Evaluasi ini dilakukan setelah dilakukannya post test mengenai pengetahuan kesehatan reproduksi. Untuk melihat ke efektifitas dari ke dua media promosi kesehatan ini, ke dua kelompok yang sebelumnya hanya mendapatkan satu intervensi saja, diberikan kesempatan satu kali untuk berganti kegiatan, misalnya pada kelompok 1 yang sebelumnya mendapatkan intervensi diskusi interaktif mendapatkan kesempatan satu kali melakukan kegiatan penyadaran partisipasi dengan memilih materi kesehatan reproduksi yang mereka sukai dan kuasai. Begitupula dengan kelompok 2 yang sebelumnya mendapatkan intervensi penyadaran partisipasi diberikan kesempatan untuk melakukan satu kali kegiatan diskusi interaktif dengan memilih materi yang mereka butuhkan. Kemudian setelah itu mereka diberikan pertanyaan evaluasi mengenai efektifitas dari kedua media tersebut. Berikut dibawah ini hasil evaluasi dari masing-masing kelompok terhadap media diskusi interaktif dan media penyadaran partisipasi dengan menggunakan distribusi frekwensi.

Tabel 4.8.1 Distribusi Frekuensi Evaluasi Media Diskusi Kelompok 1

| Media Diskusi | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|---------------|--|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| No | Pertanyaan | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 1 | Metode Diskusi | 13 (43,3) | 16 (53,3) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| 2 | Proses Pembelajaran | 13 (43,3) | 15 (50) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| 3 | Proses Diskusi | 4 (13,3) | 21(70) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| 4 | Penyampaian Fasilitator | 1 (3,3) | 26 (86,7) | 3 (10) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menguasai | Menguasai | Kurang Menguasai | Tidak Menguasai | Sangat Tidak Menguasai |
| 5 | Penguasaan Materi Fasilitator | 4 (13,3) | 22 (73,3) | 4 (13,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Interaktif (dekat) | Interaktif (dekat) | Kurang Interaktif (dekat) | Tidak Interaktif (dekat) | Sangat Tidak Interaktif (dekat) |
| 6 | Keterlibatan Fasiltator | 4 (13,3) | 25 (83,3) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Nyaman | Nyaman | Kurang Nyaman | Tidak Nyaman | Sangat Tidak Nyaman |
| 7 | Tempat | 9 (30) | 20 (6,67) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Lama | Cukup lama | Pas (tidak lama dan tidak sebentar) | Kurang lama | Sangat Kurang Lama |
| 8 | Durasi Waktu | 6 (20) | 19 (63,3) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Aktif | Aktif | Kurang Aktif | Tidak Aktif | Sangat Tidak Aktif |
| 9 | Partisipasi Peserta | 7 (23,3) | 18 (60,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Baik | Baik | Biasa saja | Tidak Baik | Sangat Tidak Baik |
| 10 | Peran Fasilitator | 7 (23,3) | 23 (76,7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 11 | Efektifitas Diskusi Lwt Media Interaktif Thdp Peng, Kespro | 7 (23,3) | 18 (60,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 12 | Daya Tarik Diskusi Tanpa Media Interaktif | 4 (13,3) | 24 (80,0) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 13 | Efektifitas Diskusi Tanpa Media Interaktif | 5 (16,7) | 21(70,0) | 4 (13,3) | 0 (0) | 0 (0) |

Tabel 4.8.2 Distribusi Frekwensi Evaluasi Media Interaktif Kel.1

| Media Interaktifnya | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | N (%) |
|---|------------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Pertanyaan | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Sajian materi lewat M-Interaktif | 14 (46,7) | 14(46,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| Muatan materi pada M-Interaktif | Sangat Lengkap | Lengkap | Kurang Lengkap | Tidak Lengkap | Sangat Tidak Lengkap |
| Muatan materi pada M-Interaktif | 3 (11,5) | 20 (76,9) | 3 (11,5) | 0 (0) | 0 (0) |
| Kemudahan Memahami Materi | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| Kemudahan Memahami Materi | 2 (6,7) | 23 (76,7) | 4 (13,3) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| Materi Kespro di M-Interaktif Sesuai Harapan | Sangat Sesuai dengan Harapan | Sesuai dengan Harapan | Kurang Sesuai Dengan Harapan | Tidak Sesuai Harapan | Sangat Tidak Sesuai Harapan |
| Materi Kespro di M-Interaktif Sesuai Harapan | 3 (10,0) | 21 (70,0) | 6 (20,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Visualisasi/ Gambar | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Visualisasi/ Gambar | 8 (26,7) | 19 (63,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Warna | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Warna | 8 (26,7) | 20 (66,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| Animasi | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Animasi | 5 (16,7) | 23 (76,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| Tampilan Tokohnya | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Tampilan Tokohnya | 6 (20,0) | 24 (80,0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Jenis Huruf Yg Digunakan | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| Jenis Huruf Yg Digunakan | 7 (23,3) | 22 (73,3) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (3,3) |
| Audio/Suara | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| Audio/Suara | 4 (13,3) | 21 (70,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| Ilustrasi Musik | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Ilustrasi Musik | 10 (33,3) | 19 (63,3) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| Games | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Games | 7 (23,3) | 16 (53,3) | 7 (23,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| Kuis | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Kuis | 7 (23,3) | 19 (63,3) | 4 (13,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| Efektifitas M-Interaktif Thd Kespro | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Efektifitas M-Interaktif Thd Kespro | 9 (30,0) | 21 (70,0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Daya Tarik M-Interaktif Tanpa Diskusi | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Daya Tarik M-Interaktif Tanpa Diskusi | 1 (3,3) | 10 (33,3) | 16 (53,3) | 3 (10,0) | 0 (0) |
| Efektifitas M-Interaktif Tanpa Diskusi | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Efektifitas M-Interaktif Tanpa Diskusi | 1 (3,3) | 9 (30,0) | 20 (66,7) | 0 (0) | 0 (0) |

Tabel 4.8.3 Distribusi Frekwensi Evaluasi Media Penyadaran Partisipasi Kel 1.

| Kampanye | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|----------|---|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| No | Pertanyaan | Sangat Siap | Siap | Kurang Siap | Tidak Siap | Sangat Tidak Siap |
| 1 | Kampanye sebelum diskusi Kespro | 2 (6,7) | 13 (43,3) | 14 (46,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Siap | Siap | Kurang Siap | Tidak Siap | Sangat Tidak Siap |
| 2 | Kampanye Sesudah dikusi Kespro | 2 (6,7) | 21(70,0) | 6 (20,0) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Bermanfaat | Bermanfaat | Kurang Bermanfaat | Tidak Bermanfaat | Sangat Tidak Bermanfaat |
| 3 | Manfaat Kampanye Thd Peng, Kespro | 15 (50,0) | 13(43,3) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Bermanfaat | Bermanfaat | Kurang Bermanfaat | Tidak Bermanfaat | Sangat Tidak Bermanfaat |
| 4 | Manfaat Kampanye Kespro Thd Peng, Kespro Org lain | 9 (30,0) | 20(66,7) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 5 | Daya Tarik Media Kampanye buat Org lain | 6 (20,0) | 17(56,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Membantu | Membantu | Kurang Membantu | Tidak Membantu | Sangat Tidak Membantu |
| 6 | Peng KIE Membantu Kampanye | 11 (36,7) | 24(80,0) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 7 | Isi Pesan Leaflet dan Brosur | 3 (10,0) | 22(73,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 8 | Isi PesanPoster | 6 (20,0) | 20(66,7) | 1 (3,3) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 9 | Isi Pesan Sticker | 7 (23,3) | 22(73,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 10 | Daya tarik Leaflet dan Brosur | 8 (26,7) | 16 (53,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 11 | Daya Tarik Poster | 6 (20,0) | 23 (76,7) | 8 (26,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Lengkap | Lengkap | Kurang Lengkap | Tidak Lengkap | Sangat Tidak Lengkap |
| 12 | Materi Kespro d'im Leaflet/Brosur | 4 (13,3) | 26 (86,7) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 13 | Visualisasi Gambar l eaflet /Brosur | 2 (6,7) | 4 (46,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 14 | Visualisasi Pada Poster | 10 (33,3) | 21 (70,0) | 5 (16,7) | (1,33) | 0 (0) |

Lanjutan Tabel 4.8.3

| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
|----------------------------|----------------|-----------|----------------|---------------|----------------------|
| Visualisas Pada Sticker | 6 (20,0) | 18 (60,0) | 3 (10,0) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Warna Leaflet dan Brosur | 9 (30,0) | 11 (36,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Warna Poster | 11 (36,7) | 16 (53,3) | 2 (6,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Warna Sticker | 11 (36,7) | 14 (46,7) | 4 (13,3) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Games Pada Kampanye | 8 (26,7) | 20 (66,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Musik dalam Kampanye | 8 (26,7) | 16 (53,3) | 5 (16,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Partisipasi Dalam Kampanye | 7 (23,3) | 18 (60,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Aktif | Aktif | Kurang Aktif | Tidak Aktif | Sangat Tidak Aktif |
| Tugas Kampanye | 9 (30,0) | 19 (63,3) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Efektifitas Media Kampanye | 8 (26,7) | 22 (73,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |

Tabel 4.8.1 s/d tabel 4.8.3 menggambarkan hasil evaluasi media dari kelompok 1. Pada tabel 4.8. 1 hasil dari evaluasi terhadap media diskusi, 53, 3% anak mengatakan metode diskusi menarik karena proses pembelajarannya yang mudah dimengerti. Dan Metode ini dianggap menarik karena peran fasilitator dalam metode diskusi efektif (76,7%), dinilai dari penyampaian yang jelas, penguasaan materi serta keterlibatan fasilitator yang dekat dengan anak. Sedangkan pada tabel 4.8.2, menggambarkan media interaktif efektif (70%) karena sajian materinya yang menarik, kemudahan dalam memahami materi dan sesuai dengan harapan responden. Begitupula pada tabel 4.8.3, media penyadaran partisipasi dianggap efektif (22%) karena dirasakan manfaatnya, dan mampu memberikan partisipasi yang aktif pada kelompok yang melakukan kegiatan kampanye.

Tabel 4.8.4 Distribusi Frekuensi Evaluasi Media Diskusi Kelompok 2

| | Media Diskusi | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|----|--|---------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| No | Pertanyaan | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 1 | Metode Diskusi | 13 (43.3) | 13 (43,3) | 4(13.3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| 2 | Proses Pembelajaran | 18 (62,1) | 9 (31.0) | 1 (3.4) | 1 (3.4) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| 3 | Proses Diskusi | 6 (20.0) | 18 (60.0) | 6 (20,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| 4 | Penyampaian Fasilitator | 8 (26,7) | 16 (53.3) | 6 (20.0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menguasai | Menguasai | Kurang Menguasai | Tidak Menguasai | Sangat Tidak Menguasai |
| 5 | Penguasaan Materi Fasilitator | 9 (30.0) | 15 (50.0) | 5 (16.7) | 1 (3.3) | 0 (0) |
| | | Sangat Interaktif (dekat) | Interaktif (dekat) | Kurang Interaktif (dekat) | Tidak Interaktif (dekat) | Sangat Tidak Interaktif (dekat) |
| 6 | Keterlibatan Fasilitator | 16 (53.3) | 11 (36.7) | 2 (6.7) | 0 (0) | 1 (3.3) |
| | | Sangat Nyaman | Nyaman | Kurang Nyaman | Tidak Nyaman | Sangat Tidak Nyaman |
| 7 | Tempat | 21 (70.0) | 8 (26.7) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Lama | Cukup lama | Pas (tidak lama dan tidak sebentar) | Kurang lama | Sangat Kurang Lama |
| 8 | Durasi Waktu | 7 (23,3) | 7 (23,3) | 9 (30.0) | 7 (23.3) | 0 (0) |
| | | Sangat Aktif | Aktif | Kurang Aktif | Tidak Aktif | Sangat Tidak Aktif |
| 9 | Partisipasi Peserta | 13 (43.3) | 17 (56.7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Baik | Baik | Biasa saja | Tidak Baik | Sangat Tidak Baik |
| 10 | Peran Fasilitator | 6 (20) | 5 (16.7) | 9 (30.0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 11 | Efektifitas Diskusi Lwt Media Interaktif Thdp Peng, Kespro | 12 (40.0) | 16 (53.3) | 1 (3.3) | 1 (3.3) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 12 | Daya Tarik Diskusi Tanpa Media Interaktif | 6 (20.0) | 14 (46.7) | 10 (33.3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 13 | Efektifitas Diskusi Tanpa Media Interaktif | 10 (33.) | 13 (43.3) | 7 (23.3) | 0 (0) | 0 (0) |

Tabel. 4.8.5 Distribusi Frekwensi Media Interaktif Kel 2

| Media Interaktifnya | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | N (%) |
|--|------------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Pertanyaan | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Sajian materi lewat M-Interaktif | 14 (46,7) | 14(46,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Lengkap | Lengkap | Kurang Lengkap | Tidak Lengkap | Sangat Tidak Lengkap |
| Muatan materi pada M-Interaktif | 3 (11,5) | 20 (76.9) | 3 (11,5) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Mudah Dimengerti | Mudah Dimengerti | Kurang Dapat Dimengerti | Tidak Dapat Dimengerti | Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
| Kemudahan Memahami Materi | 2 (6,7) | 23 (76,7) | 4 (13,3) | 1 (3.3) | 0 (0) |
| | Sangat Sesuai dengan Harapan | Sesuai dengan Harapan | Kurang Sesuai Dengan Harapan | Tidak Sesuai Harapan | Sangat Tidak Sesuai Harapan |
| Materi Kespro di M-Interaktif Sesuai Harapan | 3 (10,0) | 21 (70,0) | 6 (20,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Visualisasi/ Gambar | 8 (26,7) | 19 (63,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Warna | 8 (26,7) | 20 (66,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Animasi | 5 (16,7) | 23 (76,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Tampilan Tokohnya | 6 (20,0) | 24 (80,0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| Jenis Huruf Yg Digunakan | 7 (23,3) | 22 (73,3) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (3,3) |
| | Sangat Jelas | Jelas | Kurang Jelas | Tidak Jelas | Sangat tidak Jelas |
| Audio/Suara | 4 (13,3) | 21 (70,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Ilustrasi Musik | 10 (33,3) | 19 63,3 | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Games | 7 (23,3) | 16 (53,3) | 7 (23,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Kuis | 7 (23,3) | 19 (63,3) | 4 (13,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Efektifitas M-Interaktif Thd Kespro | 9 (30,0) | 21 (70,0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| Daya Tarik M-Inteaktif Tanpa Diskusi | 1 (3,3) | 10(33.3) | 16 (53.3) | 3 (10,0) | 0 (0) |
| | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| Efektifitas M-Interaktif Tanpa Diskusi | 1 (3,3) | 9 (30,0) | 20 (66,7) | 0 (0) | 0 (0) |

Tabel 4.8.6 Distribusi Frekwensi Evaluasi Media Penyadaran Partisipasi Kel.2

| Kampanye | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
|----------|---|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| No | Pertanyaan | Sangat Siap | Siap | Kurang Siap | Tidak Siap | Sangat Tidak Siap |
| 1 | Kampanye sebelum diskusi Kespro | 2 (6,7) | 13 (43,3) | 14 (46,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Siap | Siap | Kurang Siap | Tidak Siap | Sangat Tidak Siap |
| 2 | Kampanye Sesudah dik'nsi Kespro | 2 (6,7) | 21(70,0) | 6 (20,0) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Bermanfaat | Bermanfaat | Kurang Bermanfaat | Tidak Bermanfaat | Sangat Tidak Bermanfaat |
| 3 | Manfaat Kampanye Thd Peng, Kespro | 15 (50,0) | 13(43,3) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Bermanfaat | Bermanfaat | Kurang Bermanfaat | Tidak Bermanfaat | Sangat Tidak Bermanfaat |
| 4 | Manfaat Kampanye Kespro Thd Peng, Kespro Org lain | 9 (30,0) | 20(66,7) | 1 (3,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 5 | Daya Tarik Media Kampanye buat Org lain | 6 (20,0) | 17(56,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Membantu | Membantu | Kurang Membantu | Tidak Meinbantu | Sangat Tidak Membantu |
| 6 | Peng KIE Membantu Kampanye | 11 (36,7) | 24(80,0) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 7 | Isi Pesan Leaflet dan Brosur | 3 (10,0) | 22(73,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 8 | Isi PesanPoster | 6 (20,0) | 20(66,7) | 1 (3,3) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Mudah Dipahami | Mudah Dipahami | Kurang Mudah dipahami | Tidak Mudang Dipahami | Sangat Tidak Mudah dipahami |
| 9 | Isi Pesan Sticker | 7 (23,3) | 22(73,3) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 10 | Daya tarik Leaflet dan Brosur | 8 (26,7) | 16 (53,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 11 | Daya Tarik Poster | 6 (20,0) | 23 (76,7) | 8 (26,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Lengkap | Lengkap | Kurang Lengkap | Tidak Lengkap | Sangat Tidak Lengkap |
| 12 | Materi Kespro dlm Leaflet/Brosur | 4 (13,3) | 26 (86,7) | 3 (10,0) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 13 | Visualisasi Gambar Leaflet /Brosur | 2 (6,7) | 4 (46,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 14 | Visualisasi Pada Poster | 10 (33,3) | 21 (70,0) | 5 (16,7) | (1,33) | 0 (0) |

Lanjutan Tabel 4.8.6

| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
|----|----------------------------|----------------|-----------|----------------|---------------|----------------------|
| 15 | Visualisas Pada Sticker | 6 (20,0) | 18 (60,0) | 3 (10,0) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 16 | Warna Leaflet dan Brosur | 9 (30,0) | 11 (36,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 17 | Warna Poster | 11 (36,7) | 16 (53,3) | 2 (6,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 18 | Warna Sticker | 11 (36,7) | 14 (46,7) | 4 (13,3) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 19 | Games Pada Kampanye | 8 (26,7) | 20 (66,7) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Menarik | Menarik | Biasa Saja | Tidak Menarik | Sangat Tidak Menarik |
| 20 | Musik dalam Kampanye | 8 (26,7) | 16 (53,3) | 5 (16,7) | 1 (3,3) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 21 | Partisipasi Dalam Kampanye | 7 (23,3) | 18 (60,0) | 5 (16,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat Aktif | Aktif | Kurang Aktif | Tidak Aktif | Sangat Tidak Aktif |
| 22 | Tugas Kampanye | 9 (30,0) | 19 (63,3) | 2 (6,7) | 0 (0) | 0 (0) |
| | | Sangat efektif | Efektif | Kurang Efektif | Tidak Efektif | Sangat Tidak Efektif |
| 23 | Efektifitas Media Kampanye | 8 (26,7) | 22 (73,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |

Pada tabel 4.8.4 s/d tabel 4.8.6 merupakan hasil evaluasi terhadap media dari kelompok 2. Pada tabel 4.8.4 menggambarkan hasil evaluasi terhadap metode diskusi. Umumnya (43%) anak mengatakan media ini menarik karena proses pembelajarannya yang sangat mudah dimengerti dan jelas. Berbeda pada kelompok 1, pada kelompok 2 peran fasilitator dianggap kurang efektif (30%), namun pada aspek-aspek keterlibatan fasilitator seperti penguasaan materi dan penyampaian materi sebagian besar mengatakan fasilitator menguasai materi diskusi (50%) dan jelas dalam penyampaiannya (53,3%). Pada tabel 4.8.5 menggambarkan evaluasi kelompok 2 terhadap implementasi media interaktif. Sebagian besar responden mengatakan media interaktif efektif (70%) karena sajian materinya yang menarik, kemudahan dalam memahami materi, serta sudah sesuai dengan harapan. Begitupula dengan media penyadaran partisipasi pada tabel 4.8.6 Sebagian besar

responden (73,3%) menyatakan efektif karena memberikan manfaat pengetahuan bagi responden dan orang lain (pengunjung kampanye) serta mampu mengaktifkan keterlibatan anak dalam kegiatannya.

Berikut rangkuman hasil keseluruhan evaluasi media dari kedua kelompok pada tabel 4.8.7.

Tabel 4.8.7
Efektifitas Media Interaktif dan Kampanye Penyadaran

| | Evaluasi Media interaktif N=30 | Evaluasi Kampanye N=30 |
|-----------------|--------------------------------|------------------------|
| Nilai minimum | 92 | 120 |
| Nilai maximum | 79 | 122 |
| Nilai rata-rata | 103,23 | 102,93 |
| Nilai Median | 102,50 | 102,00 |
| Standar deviasi | 5,870 | 8,432 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS

Dari Tabel 4.8.7 memberi gambaran bahwa nilai rata-rata evaluasi terhadap pelaksanaan media diskusi interaktif mencapai 103,23 sedang evaluasi terhadap media partisipasi penyadaran adalah 102,93.

Umumnya responden pada penelitian ini berpendapat bahwa media promosi kesehatan yang dilakukan melalui diskusi interaktif dan partisipasi penyadaran menarik, baik dan sebagainya. Tidak ada responden dari kelompok 1 dan 2 yang berpendapat bahwa diskusi dengan media interaktif dan kampanye penyadaran tidak baik. Tabel 4.8.8 memberikan gambaran tentang media pendidikan kesehatan mana yang lebih disukai responden. Meski informasi dari tabel sebelumnya memberikan gambaran bahwa diskusi dengan menggunakan media interaktif cenderung lebih meningkatkan pengetahuan responden, tetapi responden justru lebih menyukai media penyadaran partisipasi sebagai sarana promosi kesehatan.

Tabel 4.8.8

Media Promosi Kesehatan Yang lebih Menarik Menurut Responden

| | Media Interaktif | Media Kampanye |
|------------|------------------|----------------|
| Kelompok 1 | 9 (30%) | 21(70 %) |
| Kelompok 2 | 7 (23,3) | 25 (76,7) |

4.9 Hasil FGD (*Focus Group Discussion*)

Hasil FGD lebih diarahkan pada efektifitas pelaksanaan media diskusi dengan media interaktif. Seperti yang tergambar pada tabel 4.8.1 dan 4.8.2, bahwa dari segi efektifitas dalam hal ini media mana yang lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan, dari tabel 4.8.1 lebih banyak yang menjawab media diskusi dengan menggunakan media teknologi komputer atau media interaktif lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan, walaupun dalam tabel tersebut perbedaannya tidak terlalu begitu jauh. Pernyataan hasil ini diperkuat dari hasil FGD dari ke dua kelompok, umumnya jawaban mereka hampir sama, yakni dengan menggunakan media interaktif menjadi lebih jelas melalui gambar-gambar yang diperlihatkan didalam komputer. Dan bisa dilihat berulang-ulang jika responden lupa atau ada yang tidak dimengerti. Berbeda dengan media partisipasi penyadaran, informasi yang didapat seringkali lupa karena lebih banyak bermain atau lebih fokus pada keterlibatannya dalam musik, pemberi games, atau penyebar leaflet dalam kegiatan kampanye (jawaban ini di dapat dari kelompok 2 yang mendapatkan intervensi media penyadaran partisipasi). Selain media audiovisualnya yang mendukung, hal terpenting dari efektifitas media diskusi interkatif adalah peran fasilitator itu sendiri dalam memberikan informasi kepada responden. Kelompok 1 (kelompok yang mendapatkan intervensi diskusi interkatif) mengatakan bahwa penyampaian informasi dari fasilitator membuat informasi yang didapat menjadi lebih jelas, dan fasillitator mampu membantu mereka jika ada materi-materi yang kurang jelas bagi mereka. Selain itu juga ditunjang interaksi antara fasilitator pada peserta cukup dekat (tidak kaku. menyenangkan). serta

mampu menciptakan diskusi yang lebih interaktif (dengan simulasi, roleplay) membuat diskusi itu jadi lebih menarik dan informasi yang disampaikan menjadi lebih mudah untuk ditangkap atau dimengerti. Pernyataan ini diperkuat pula oleh kelompok 2, tanpa fasilitator kegiatan kampanye tidak ada yang mampu mengarahkan informasi yang akan disampaikan, dan ketiadaan fasilitator (peran fasilitator dalam kampanye hanya sebagai pendamping dan ikut memberikan penyuluhan bersama anak atau responden) membuat mereka mencerna informasi yang ada di leaflet, atau buklet dengan sendiri, dan itu menyulitkan responden. Hal yang sama juga diungkapkan oleh kelompok 1, yang turut merasakan kegiatan partisipasi penyadaran (mendapatkan kesempatan satu kali terlibat dalam media partisipasi penyadaran), ketiadaan fasilitator dalam memberikan bimbingan atau arahan menyulitkan mereka untuk memahami informasi lebih dalam, dan terlebih lagi harus terlibat sebagai penyuluh kepada masyarakat. Mereka mengatakan tanpa arahan membuat mereka kurang siap menjadi penyuluh dalam kegiatan kampanye.

Walaupun peran fasilitator penting dalam berikan arahan dalam kegiatan diskusi, namun media ini tidak dapat berdiri sendiri atau menjadi kurang efektif tanpa media interaktif. Kelompok 1 mengatakan bahwa diskusi tanpa media interaktif membosankan, bikin ngantuk karena hanya mendengarkan fasilitator berbicara, dengan adanya media interaktif audiovisual, menjadi lebih menarik terlebih lagi dengan adanya gambar-gambar, games dan kuis membuat peserta menjadi lebih tertarik untuk mengikuti kegiatan diskusi. Dari aplikasi yang ada pada media interaktif, mereka lebih menyukai kuis dan games (terutama games kondom menangkap sperma).

Jadi dengan begitu, media diskusi dengan media interaktif tidak dapat berdiri sendiri. Kesatuan antara media diskusi dengan media audiovisual yang ada membuat diskusi menjadi interaktif bagi peserta diskusi sehingga media ini menjadi lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan karena disamping memberikan informasi yang lebih jelas tetapi mampu membangun suasana belajar yang lebih menarik bagi peserta untuk terlibat didalamnya.

Diantara ke dua media promosi ini; diskusi dengan media diskusi interaktif dan media partisipasi penyadaran, mana yang lebih menarik? Ke dua kelompok sama-sama menyatakan bahwa media partisipasi lebih menarik dibandingkan media diskusi interaktif, pernyataan ini juga tergambar dalam tabel 4.8.2. Menurut kelompok 2, media ini menjadi menarik disamping isu kesehatan reproduksi, IMS, narkoba dan HIV/AIDSnya sendiri membuat pengunjung tertarik ingin tahu, tetapi media ini juga mampu menghadirkan musik performance, dan permainan-permainan yang menghibur sehingga suasana yang dihadirkan lebih atraktif dan menghibur. Hal yang terpenting dari media partisipasi penyadaran ini dipilih lebih menarik dari media diskusi interaktif, dari kedua kelompok menyatakan hal yang sama; mereka merasa senang terlibat aktif didalamnya baik sebagai penyuluh, musik performance, maupun sebagai penyebar leaflet, sticker dan brosur. Ada rasa kebanggaan yang bisa mereka tunjukkan kepada masyarakat dari keterlibatan mereka sebagai penyuluh dalam kegiatan kampanye. Jadi dapat disimpulkan, media penyadaran partisipasi lebih menarik karena mampu menjadi wadah aktualisasi diri anak jalanan, tidak hanya sebagai wadah menyalurkan bakat dan seni mereka tetapi juga peran mereka sebagai anggota didalam masyarakat.

Namun tentunya media penyadaran partisipasi ini tidak dapat berdiri sendiri, kelompok 2 menyatakan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan kampanye mereka perlu diberikan pengayaan materi terlebih dahulu untuk mampu melaksanakan peran mereka sebagai penyuluh, dan pengayaan dilakukan melalui kegiatan diskusi dapat dilakukan dengan media interaktif. Kelompok 1 memperkuat pernyataan kelompok 2, bahwa kegiatan partisipasi penyadaran lebih melatih keberanian mereka untuk tampil dihadapan publik, sehingga menurut mereka akan lebih baik dilakukan kegiatan diskusi dengan media interaktif lebih dahulu setelah itu melakukan kegiatan kampanye.

Dari hasil FGD ini, memperkuat bahwa ke dua media efektif dalam meningkatkan pengetahuan, namun media diskusi dengan media interaktif lebih mampu dalam memberikan efek yang lebih baik terhadap pengetahuan responden,

Pendekatan media bantu CD interaktif mampu memberikan proses belajar mengajar yang lebih baik, namun hal ini juga tidak terlepas dari peran fasilitator dalam memberikan bimbingan pengajaran kepada anak, sehingga memperkuat pemahaman anak terhadap materi-materi yang diberikan dalam kegiatan diskusi. Sehingga media diskusi interaktif lebih berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan karena media ini menggabungkan dua pendekatan interpersonal (pendekatan persuasif) yang diintegrasikan dengan media audiovisual dalam pengajarannya sehingga mampu memperkuat tingkat kognisi anak dalam pemahaman mengenai kesehatan reproduksi.

Namun bukan berarti media partisipasi penyadaran tidak efektif, dari segi daya tarik media ini ternyata lebih menarik dalam melibatkan bagi responden. Karena lebih menekankan pendekatan yang partisipatoris dari audiens untuk terlibat didalamnya. Ke dua media ini dapat berjalan atau dapat diintegrasikan dengan baik, dengan melihat peran masing-masing media. Media diskusi interaktif lebih efektif sebagai media yang bersifat pengayaan materi dan media penyadaran partisipasi lebih pada media aktualisasi anak itu sendiri. Sehingga dari penelitian ini didapatkan, sebaiknya media diskusi diberikan terlebih dahulu sebagai pembekalan dari kegiatan atau program partisipasi anak jalanan terhadap isu kesehatan reproduksi dan HIV/AIDS.

Terkait dengan hasil kajian yang sudah dilakukan oleh peneliti sebelumnya, maka hasil penelitian ini dibandingkan dengan penelitian participatori yang dilakukan oleh *Save the Children* (2006) di lima propinsi; Jakarta, Pemangkat, Ambon, Kupang dan Belu Indonesia yang menyatakan bahwa perlunya diterapkan program uji coba media kesehatan reproduksi kepada anak-anak jalanan, maka maka hasil penelitian ini merupakan sebuah langkah lanjutan dari penelitian tersebut.

Bahwa hasil penelitian ini menggambarkan terjadinya peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi pada responden yang diperlakukan

menggunakan diskusi dengan media interaktif, ini sejalan dengan kajian yang pernah dilakukan oleh Togar H.Pangaribuan mengenai Peningkatan Kemampuan Penalaran Logis Siswa dengan Menggunakan Media Interaktif di SMP Negeri 255 di Jakarta yang menggambarkan adanya hubungan yang sangat kuat antara variabel pembelajaran interaktif dengan penalaran logis siswa. Kajian ini menjadi dasar yang menguatkan hipotesis peneliti terhadap penting penggunaan media komunikasi dan informasi dalam upaya peningkatan pengetahuan anak jalanan pada masalah kesehatan.

Penelitian ini juga sejalan dengan kajian yang dilakukan Rahman, Sri Wedarti, Fatwa Sari Tetra Dewi mengenai Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tindakan Keperawatan di Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makasar, yang menggunakan metode kuantitatif dan metode quasi yang menyatakan adanya pengaruh dari intervensi dari dua media pelatihan komunikasi terapeutik seperti modul dan role play dengan media CD terhadap peningkatan kemampuan perawat dalam melaksanakan kegiatan komunikasi terapeutik.

Bentuk diskusi dengan media interaktif juga sejalan dengan kajian yang dilakukan oleh Dwiati Sekaringsih mengenai pengaruh pembimbingan terhadap pengetahuan dan sikap tentang kesehatan reproduksi remaja pada siswa SMU Santo Fransiskus Asisi di kecamatan Tebet, Jakarta Selatan yang menyebutkan intervensi pembimbingan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap siswa terhadap kesehatan reproduksi.

BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan data hasil penelitian pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terjadi pengaruh yang signifikan diantara dua kelompok yang mendapatkan intervensi diskusi interaktif kesehatan reproduksi dan partisipasi penyadaran kesehatan reproduksi terhadap tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi anak.
2. Terjadi pengaruh yang signifikan, melalui uji statistik Uji T berpasangan, bahwa anak-anak kelompok 1 atau kelompok yang diberi intervensi diskusi interaktif kesehatan reproduksi mempunyai pengetahuan kesehatan reproduksi yang lebih tinggi daripada anak-anak kelompok 2 atau kelompok yang mendapat intervensi penyadaran partisipasi.
3. Hasil evaluasi anak-anak itu sendiri, secara deskriptif statisik maupun hasil FGD menunjukkan bahwa nilai rata-rata skor kepuasan anak terhadap diskusi interaktif dalam hal peningkatan pengetahuan lebih besar ketimbang nilai rata-rata skor kepuasan anak terhadap media partisipasi penyadaran.
4. Hasil evaluasi anak-anak itu sendiri, secara deskriptif maupun dari hasil FGD menunjukkan bahwa nilai skor kepuasan anak terhadap media partisipasi penyadaran sebagai media yang lebih menarik lebih besar ketimbang nilai skor kepuasan anak terhadap media diskusi interaktif.

5.2 Implikasi Teoritis

Berangkat dari teori Edward Dale, maka pembelajaran media yang bersifat interaktif baik melalui audiovisual maupun melibatkan partisipasi audiens didalamnya lebih mampu memberikan pembelajaran menjadi lebih menarik dan menyenangkan sehingga mampu menimbulkan motivasi bagi audiens untuk belajar dan secara tidak langsung tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dapat tercapai melalui model pembelajaran ini.

Berangkat dari teori yang dikemukakan oleh Smith, maka pendekatan interpersonal mampu memberikan pembelajaran yang lebih persuasif. Terbukti dari penelitian ke dua media ini (pendekatan diskusi dan partisipasi) mampu memberikan gambaran peningkatan pada pengetahuan anak jalanan.

Dari ke dua teori ini dapat diambil implikasi secara teoritis bahwa pendekatan interpersonal yang diintegrasikan dengan pendekatan media teknologi atau media interaktif mampu memberikan pembelajaran yang lebih bermakna dan lebih besar dalam memberikan pengaruh peningkatan pengetahuan pada anak atau remaja.

Berangkat dari teori difusi dan inovasi, penggunaan media teknologi komputer maupun pelibatan partisipasi anak melalui pengusungan media seni dan hiburan dalam kegiatan kampanye menjadi sebuah alternatif dalam penyelenggaraan program promosi kesehatan itu sendiri.

5.3 Implikasi Praktis

Adanya pengaruh signifikan dari penggunaan media interaktif dan proses diskusi maupun partisipasi penyadaran yang dilakukan terhadap anak jalanan membawa pengaruh peningkatan pengetahuan reproduksi, maka diharapkan dapat memberi masukan kepada YPI untuk mengembangkan ke dua media ini dalam

program ketrampilan hidup bagi anak-anak jalanan di wilayah Jakarta Timur dan dapat digunakan atau diaplikasi oleh lembaga-lembaga pemerhati anak lainnya.

5.4 Diskusi dan Rekomendasi

Berdasarkan hasil analisa data, pengaruh diskusi dengan media interaktif terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi anak-anak jalanan membuat media interaktif dapat digunakan sebagai salah satu media pilihan bagi individu, organisasi atau lembaga yang berkeinginan memberikan berbagai penyuluhan kepada audiensnya.

Diskusi interaktif, yang menggabungkan diskusi dengan media interaktif dalam hal ini pengembangan teknologi modern sebagai media bantu diskusi mampu melakukan komunikasi persuasi kepada peserta didik dalam hal ini anak jalanan untuk memperhatikan materi-materi yang ada. Pengemasan media interaktif yang bersifat audio visual dapat mensukseskan program edukasi kesehatan reproduksi bagi anak jalanan

Namun demikian media interaktif sebaiknya tidak menjadi taktik komunikasi satu-satunya, tetapi harus dikombinasikan dengan taktik-taktik komunikasi lainnya, melalui diskusi, game, atau pelibatan partisipasi anak, sehingga media ini tidak hanya mampu menarik atau memberikan anak kesenangan anak dalam belajar tetapi juga mampu memberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman pada anak jalanan itu sendiri.

Lebih jauh, dalam memastikan efektifitas taktik komunikasi yang akan diaplikasikan, kita harus memperhatikan teori Smith yang menjelaskan jangkauan media dan efek persuasi, sehingga kita tahu kelemahan dan kelebihan masing-masing taktik komunikasi. Pendekatan interpersonal dan media interaktif mampu memberikan pengaruh yang lebih tinggi terhadap peningkatan pengetahuan pada anak atau remaja.

Media penyadaran partisipasi menjadi lebih efektif dalam pelibatan audiens sebagai penyampai informasi, namun perlu menjadi perhatian bahwa sebelum melakukan kegiatan penyadaran partisipasi yang melibatkan audiens didalamnya kegiatannya sebaiknya perlu diberikan pengayaan materi melalui kegiatan diskusi terlebih dahulu untuk hasil yang lebih memaksimalkan kapasitas anak sebagai media penyuluhan ke masyarakat khususnya remaja sebayanya.

5.5 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini sifatnya Pre eksperimental, untuk itu perlu penelitian lebih lanjut dalam bentuk yang lebih baik seperti dilakukan penelitian eksperimental sepenuhnya dimana ada kelompok anak lain yang diberlakukan sebagai variabel kontrol, sehingga bisa lebih teruji kesahihan dari penelitian pra eksperimental semacam ini.
2. Karena mempertimbangkan faktor waktu, maka hasil penelitian hanya secara khusus untuk peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi pada anak-anak jalanan rumah belajar YPI. Tetapi peneliti berharap bahwa penelitian ini bisa dijadikan acuan bagi individu, institusi, lembaga yang berminat untuk meneliti efek yang lebih jauh terhadap individu atau publik melalui implementasi media diskusi dengan media interaktif dan kampanye penyadaran.
3. Penelitian pra eksperimental ini memberikan banyak pertanyaan kepada responden secara berulang dan sama dalam bentuk pre tes dan post test, dimana kemungkinan anak-anak sudah menjadi lelah atau bosan dengan pertanyaan yang sama, sehingga cenderung memberikan jawaban yang kurang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bland, Michael, Alison Theaker, and Wragg, David. 2004. Hubungan Media yang Efektif (Edisi ke Dua), Erlangga, Jakarta.
- Bulaeng, Andi. 2005. Metode Penelitian Komunikasi Kontemporer. Andi Publisher.
- Bungin, Burhan. 2005. Metodologi Penelitian Kuantitatif, Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-ilmu Sosial Lainnya (Edisi Pertama). Kencana Prenada Media Group.
- Cresswell, Jhon W. 2002. *Research Design; Qualitative & Quantitative Approaches* (Edisi Revisi – Cetakan ke Dua). KIK Press, Jakarta.
- Depkes RI. Jaringan Epidemiologi Nasional. 2001 Kesehatan Reproduksi Narkoba dan Kota Sehat. Proseding Kongres Nasional IX Epidemiologi 6-9 November 2000 Buku I, Badan Litbangkes, Jakarta.
- Ewless, Linda & Simnett. Ina. 1994. Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis (Edisi ke Dua), Gajahmada University Press
- Green, Lawrence W. and Philip, Lois. 1991. *Health Promotion Planning: and Educational Environmental Approach*. United States of America: Mayfield Publishing Company.
- Hardjana, Andre. 2000. Audit Komunikasi: Teori dan Praktek. Garsindo, Jakarta.
- Irwanto.1998. Focus Group Discussion. Pusat Kajian Pembangunan Masyarakat.

- Kasjono, Heru Subaris, dan Yasril. 2009. *Tehnik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Kollman. 1998. *Kesehatan Reproduksi Remaja*, The Ford Foundation.
- Kotler, Philip and Keller, Kevin Lane. 2007. *Manajemen Pemasaran (Edisi ke Duabelas)*. PT Indeks.
- Lesly, Philip. 1991. *Lesly's Handbook of Public Relations and Communications (Edisi ke Empat)*. Probus Publishing Company, Chicago, Illinois.
- Mappiare, Andi AT. 2004. *Pengantar Konseling dan Psikoterapi*. Rajawali press.
- Martindale, Colin. 1991. *Cognitive Psychology A Neural - Network Approach*. Brooks/ Cole Publishing Company. Pacific Grove, California.
- Murti, Bhisma. 2010. *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan (Edisi ke Dua)*. Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1989. *Dasar-Dasar Pendidikan dan Pelatihan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan (Cetakan Pertama)*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurudin , 2004. *Sistem Komunikasi Indonesia*, Rajawali Pers, Jakarta
- Piotrow. Phyllis Tilson and Kincaid, D.Lawrence. 1997. *Health Communication*. Westport, Conecticut London.

- Pusat Penelitian Kebijakan dan Inovasi Pendidikan (Puslitjaknov). 2008. Metode Penelitian Pengembangan. Badan Penelitian dan Pengembangan, Depdiknas.
- Ruslan, Rosady. 2008. Metode Penelitian: Public Relations dan Komunikasi (Edisi ke Satu). PT Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Ruslan, Rosady. 2008. Manajemen Public Relations dan Media Komunikasi, Konsepsi dan Aplikasi. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta
- Rubent, Brent D and Stewart, Lea P. 2006. *Communication and Human Behavior* (Edisi ke Lima). Pearson Education Inc.
- Rogers, Everett M. 1995. *Diffusion of Innovations* (Edisi ke Empat). The Free Press.
- Santoso, Singgih. 2009. Panduan Lengkap Menguasai Statistik dengan SPSS 17. PT Elex Media Komputindo, Kompas, Gramedia, Jakarta.
- Save The Children UK. 2006. *Small Also Have Something To Say... A Report on Research into The Effects of HIV/AIDS on Children in Six Asian Countries.*
- Save The Children UK. 2006. *Vulnerabilities and Impacts of HIV/AIDS on Children's Lives: A Participatory Research in Jakarta, Pemangkat, Ambon, Kupang and Belu, Indonesia.*
- Schramm, Wilbur. 1984. Media Besar Media Kecil, Alat dan Teknologi untuk Pendidikan. Ikip Semarang Press.
- Sendjaja, S, Djuarsa. 2004. Teori Komunikasi (Cetakan VIII). Jakarta, Universitas Terbuka.

Smith, Ronald D. 2002. *Strategic Planning for Public Relations*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

Straubhaar/ Larose. 2008. *Media Now*. Thomson Wadsworth, USA.

Suparlan, Parsudi. 2002. *Research Design, Qualitative dan Quantitative Approaches (Edisi Revisi)*. KJK Press. Jakarta.

Susilo.2009. *Penelitian Pendidikan*. Jakarta, Poliyama Widya Pustaka. Jakarta

Tannenbaum, R dan Massarik, F. 1992. *Partisipasi dan Dinamika Kelompok*. Dahara Prize.

Vaughan, Tay. 2006. *Multimedia: Making It Work (Edisi ke Enam)*. Andi Yogyakarta.

Wilcox, Dennis L, Philip H. Ault and Agee, Warren K. 1998. *Public Relation; Strategies and Tactics (5th Edition)*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

Lain-lain

Komunikasi Sebagai Proses Perubahan Sosial [http://www. indoskripsi.com](http://www.indoskripsi.com) /Ilmu komunikasi sebagai alat perubahan sosial

Komunitas AIDS Indonesia. 2009. <http://aids-ina.org/modules.php?name=Report&file=report&idreport=55>.

Maulana, Heri DJ. 2009. *Artikel Promosi Kesehatan*, Jakarta.

Marpaung, Bahtiar E. 1997. Efektifitas Pemanfaatan Program Paket Multimedia Terhadap Daya Serap Belajar Siswa(studi kasus pada STM yang memanfaatkan dan yang tidak memanfaatkan program paket multimedia). Jakarta. Universitas Indonesia.

Media Departemen Pendidikan Nasional, Kumpulan Metode Pengajaran atau Pendampingan, <http://media.diknas.go.id/media/document/3553.pdf>

Nasution, Siti K. 2004. Meningkatkan Status Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan dan Penerapan Pola Hidup Sehat. http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm_siti%20khadijah.pdf

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Provinsi DKI Jakarta. 2002. Membantu Remaja Memahami Dirinya, BKKBN.

Pengaruh Media Massa Terhadap Perubahan Sosial. <http://adzelgar.wordpress.com/2009/03/08>

Puslitbang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. 2007. Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. BKKBN

Rahman, Sri Wedarti, Fatwa Sari Tetra Dewi, 2003. Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tindakan Keperawatan Di Perusahaan Jawatan Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berita Kedokteran Masyarakat XIX (3) .

Sigit, Joko B. 2008. Pengembangan Pembelajaran Dengan Menggunakan Multimedia Untuk Pembelajaran yang Berkualitas. <http://luarsekolah.blogspot.com/2008/05/pengembanganpembelajaran-dengan.html>.

Sekaringsih, Dwiati. 2001. Pengaruh Pembimbingan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Siswa SMU Santo Fransiskus Asisi di Kecamatan Tebet, Jakarta Selatan. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Tumeri, H.Togar Pangaribuan. 2009. Peningkatan Kemampuan Penalaran Logis Siswa Dengan Menggunakan Media Interaktif di SMP Negeri 255 Jakarta. Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi.

Upaya Pemberdayaan Anak Jalanan. <http://anjal.blogdrive.com/archive/11.html> .

Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia. 1998. Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Seri Lokakarya Kesehatan Perempuan. The Ford Foundation

Yayasan Pelita Ilmu. 2009. Proposal Program Edukasi Kesehatan Reproduksi SERU.

Yayasan Pelita Ilmu. 2009. Dokumentasi; Laporan Program, Laporan Kegiatan dan Pelatihan.

II. PENGETAHUAN TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI

Lingkari salahsatu jawaban yang menurut kamu benar

A. Ketika Tubuhku dan Tubuhmu Berubah

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|---|---|------|
| 1. Perubahan apa yang terjadi pada masa puber? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tubuh tidak mengalami perubahan 2. Mulai tertarik lawan jenis 3. Tumbuh bulu dibagian tubuh 4. Tidak tertarik dengan lawan jenis 5. 2 dan 3 benar | |
| 2. Apa saja perubahan tubuh yang terjadi pada remaja putri? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Payudara membesar 2. Pinggul membesar dan berisi 3. Bulu mulai tumbuh dibawah ketiak dan alat kelamin 4. Mengalami siklus bulanan/ menstruasi 5. Semua benar | |
| 3. Sebutkan perubahan tubuh yang terjadi pada dua remaja putera ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rambut mulai tumbuh di tubuh, lengan dan sekitar penis 2. Mengalami mimpi basah 3. Tubuh dan otot semakin besar 4. Suara menjadi lebih berat 5. Semua benar | |
| 4. Pubertas terjadi pada sebagian besar anak perempuan, umumnya pada usia ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. 10 - 14 tahun 2. 12 - 15 tahun 3. 10 - 12 tahun 4. 12 - 14 tahun 5. 10 - 15 tahun | |
| 5. Pubertas terjadi pada anak laki-laki, umumnya pd usia ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. 10 - 14 tahun 2. 12 - 15 tahun 3. 10 - 12 tahun 4. 12 - 14 tahun 5. 10 - 15 tahun | |
| 6. Apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi & prosesnya 2. Hanya tentang penis dan vagina 3. 1 dan 2 benar 4. 1 dan 2 salah | |
| 7. Apa fungsi vagina ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai tempat penis pada waktu bersenggama 2. Tempat keluarnya darah menstruasi 3. Tempat janin berlindung & menyediakan makanan untuk pertumbuhan janin 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 dan 3 benar | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 8. Apa fungsi ovarium ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat berjalannya sel telur 2. Menangkap sel telur yg dilepas indung telur 3. Mengeluarkan sel telur 4. 1 dan 3 benar 5. Semua salah | | |
| 9. Apa yang dimaksud dengan pembuahan ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sel telur yang tidak dibuahi 2. Tempat berjalannya sel telur setelah keluar dari ovarium 3. Bertemunya sel telur dengan sperma 4. 1 dan 3 benar 5. Semua salah | | |
| 10. Apa fungsi testis (buah zakar) ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memproduksi sperma 2. Menghasilkan sekaligus menampung air mani 3. Tempat penampungan sementara air yang berasal dari ginjal 4. Menghasilkan air mani 5. Saluran untuk mengeluarkan air seni dan Sperma | | |
| 11. Apa saja faktor kemandulan? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kualitas ovum (sel telur) atau sperma yang buruk 2. Gangguan penyakit, seperti tumor, infeksi menular seksual, dll 3. Dengkul kopong berarti mandul 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2, 3 benar | | |
| 12. Bagaimana cara menjaga kebersihan organ reproduksi wanita dan pria? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeringkan alat kelamin dengan tisu atau handuk agar tidak lembab setiap kali setelah mandi atau buang air 2. Mengganti ceana dalam minimal dua kali sehari 3. Mengganti celana dalam minimal sekali sehari 4. 1 dan 2 benar 5. Semua benar | | |
| 13. Bagaimana cara membersihkan bagian vagina ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membasuhnya dari bawah ke atas/ dari belakang ke depan 2. Membasuhnya dari atas ke bawah/ dari depan ke belakang 3. 1 dan 2 benar 4. 1 dan 2 salah | | |
| 14. Masturbasi itu berbahaya? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | | |
| 15. Penggunaan sabun khusus kewanitaan sebaiknya dihindari? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | | |

B. Seksualitas dan Cinta

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|---|--|------|
| 16. Apa yang dimaksud dengan seksualitas ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sama dengan seks 2. Sama dgn hubungan seks 3. Bersenggama atau bersetubuh 4. Segala sesuatu yang berhubungan dgn perasaan seksual serta pikiran/khayalan & keg. seksual 5. 1, 2 dan 3 benar | |
| 17. Apa yang dimaksud dengan seks ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis kelamin; laki-laki dan perempuan 2. Bersenggama atau bersetubuh 3. kegiatan seksual 4. Berkhayal 5. Berhubungan | |
| 18. Apa yang dimaksud dengan seks oral ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan mulut dan/lidah utk merangsang alat kelamin pasangannya. 2. Hubungan seks melalui vagina 3. Hubungan seks melalui dubur/ anus 4. 1, 2 dan 3 benar 5. 2 dan 3 benar | |
| 19. Apa yang dimaksud dengan masturbasi ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memegang atau menggosok alat kelamin 2. Hubungan seks melalui vagina 3. Hubungan seks melalui dubur/ anus 4. 1, 2, dan 3 benar 5. Semua benar | |
| 20. Hubungan seks yang bertanggung jawab adalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dipaksakan 2. Saling menghargai dan menyayangi 3. Dilakukan sesuai dengan norma agama & sosial 4. Dilakukan setelah menikah 5. Semua benar | |
| 21. Mana perilaku berikut ini yang tidak aman ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seks oral 2. Masturbasi 3. Hubungan seks 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 & 3 benar | |
| 22. Perilaku berikut ini yang tidak aman ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciuman 2. Mengeluarkan penis sebelum ejakulasi 3. Meraba dan memeluk 4. 1, 2 & 3 benar 5. 2 dan 3 benar | |
| 23. Resiko utama dari seks tidak aman ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. IMS 2. HIV/AIDS 3. Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD) 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2, dan 3 benar | |
| 24. Keperawanan selalu ditandai dengan berdarahnya perempuan akibat robeknya selaput darah? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |

C. Kehamilan

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|--|---|------|
| 25. Bagaimana proses terjadinya menstruasi? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Luruhnya dinding rahim karena terjadinya pembuahan (sel telur dengan sperma) 2. Luruhnya dinding rahim karena tidak terjadinya pembuahan (sel telur tidak bertemu dengan sperma) 3. 1 dan 2 benar 4. 1 dan 2 salah | |
| 26. Bagaimanakah proses kehamilan ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadinya hubungan intim antara pria dan wanita 2. Ketika sperma laki-laki membuahi sel telur perempuan 3. 1 dan 2 benar 4. 1 dan 2 salah | |
| 27. Tanda-tanda kehamilan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mual & muntah 2. Payudara lebih penuh dan berisi 3. Merasa lelah setiap hari 4. Semua benar 5. Semua salah | |
| 28. Setiap berapa bulan sekali seliap perempuan melepas sel telur ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 bulan 2. 2 bulan 3. 3 bulan 4. 4 bulan 5. 5 bulan | |
| 29. Kerugian yang harus ditanggung oleh remaja putera maupun puteri yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Putus sekolah 2. Dikucilkan keluarga atau masyarakat 3. Bagi remaja putera sudah harus bertanggung jawab terhadap istri dan calon bayinya (mencari nafkah) 4. Harus mengurus calon bayi yang akan lahir 5. Semua benar | |
| 30. Cara terbaik untuk menghindari kehamilan? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak melakukan hubungan seks (abstinence) 2. Menggunakan alat kontrasepsi 3. Menarik penis keluar sebelum ejakulasi pada saat hubungan seks 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 dan 3 benar | |
| 31. Menggunakan alat kontrasepsi seperti, pil, susukan dan suntik dapat mencegah penularan IMS & HIV/AIDS ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |

| | | |
|--|---|--|
| 32. Mana yang termasuk alat kontrasepsi ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondom 2. Spiral 3. Susuk 4. 2 dan 3 Benar 5. 1, 2, dan 3 benar | |
| 33. Kontrasepsi yang mengikat saluran yg m'hubungkan dengan testis untuk mencegah sperma bercampur dengan semen disebut? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tubektomi 2. Vasektomi 3. Spiral 4. 1 dan 2 benar 5. Semua salah | |
| 34. Aborsi dapat membuat perempuan berada dalam resiko kesehatan besar seperti kanker bahkan kematian ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |

D. Lindungi Dirimu Sendiri dan HIV/AIDS

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|---|---|------|
| 35. Apa yang dimaksud dengan Infeksi Menular Seksual (IMS)? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit yang ditularkan melalui kontak seksual/ hubungan seks 2. Infeksi yang ditularkan melalui kontak cairan tubuh seperti sperma 3. Infeksi yang ditularkan melalui kontak cairan tubuh seperti cairan vagina 4. Infeksi yang ditularkan melalui kontak cairan tubuh seperti cairan darah 5. Semua benar | |
| 36. Tanda-tanda IMS, antara lain | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gatal-gatal di sekitar alat kelamin 2. Terdapat luka, kutil, melepuh, bengkak, kudis dibagian alat kelamin 3. Keluar cairan putih/ nanah dari penis atau anus 4. Cairan dari vagina yang berwarna dan berbau tidak sedap 5. Semua benar | |
| 37. IMS jika tidak diobati dapat menyebabkan? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemandulan pada pria 2. Kemandulan pada wanita 3. Mempermudah masuknya HIV ke dalam tubuh 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 dan 3 benar | |
| 38. Cara untuk menghindari IMS dan HIV? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinence (puasa berhubungan seks) 2. Be Faithful (setia dengan pasangan) 3. C (kondom) 4. 1, 2 dan 3 benar 5. 1 dan 4 benar | |

| | | |
|---|---|--|
| 39. Perempuan lebih mudah terkena IMS (Infeksi Menular Seksual) dibandingkan laki-laki? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |
| 40. Apa yang dimaksud dengan VCT. ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Test Konseling Sukarela 2. Test Konseling 3. Test Darah 4. 1, 2 dan 3 benar 5. 1, 2 dan 3 salah | |
| 41. Kondom bisa mencegah HIV/AIDS ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |
| 42. Kamu tidak akan hamil jika | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan kondom dengan benar 2. Jika perempuannya masih remaja 3. Jika kamu mencucinya dengan air soda, bir atau sabun setelah hubungan seks 4. 1, 2 dan 3 benar 5. Semua salah | |
| 43. Anal Seks berisiko menularkan HIV/ AIDS ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |
| 44. Oral Seks berisiko menularkan HIV/ AIDS ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iya 2. Tidak | |

E. HIV/AIDS Kamu Juga Punya Peran

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|--|--|------|
| 45. Apa HIV itu ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bakteri yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia 2. Kuman yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia 3. Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2, & 3 benar | |
| 46. Virus HIV ada dalam cairan tubuh seperti | <ol style="list-style-type: none"> 1. Darah 2. Cairan Vagina 3. Air Mani 4. Air Susu Ibu 5. Semua benar | |
| 47. Bagaimana cara penularan HIV/AIDS ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melalui hubungan seksual 2. Melalui penggunaan jarum suntik yang tidak steril | |

| | | |
|---|--|--|
| | 3. Melalui ibu hamil yang HIV+ ke anaknya. 4. Melalui makanan 5. 1, 2, dan 3 benar 6. Semua benar | |
| 48. Cara melindungi diri dari HIV/ AIDS ? | 1. Tidak berhubungan seks 2. Setia pada satu pasangan atau tidak berganti-ganti pasangan 3. Tidak berbagi makanan dengan seseorang yg terinfeksi HIV 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2, dan 3 benar | |
| 49. Apa yang kamu lakukan jika kamu tidak terinfeksi HIV? | 1. Hindari hubungan seks yang tidak aman 2. Hindari penggunaan jarum suntik yang tidak steril 3. Hindari orang dengan HIV positif 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 dan 3 benar | |
| 50. Yang dimaksud periode masa jendela ? | 1. 3 – 6 bulan 2. 1 – 2 bulan 3. 7 – 10 bulan 4. 1 tahun | |
| 51. Obat orang dengan HIV+ ? | 1. ART 2. ARV 3. AND 4. AVR | |

F. Narkoba

| Pertanyaan | Jawaban | Kode |
|--|--|------|
| 52. Narkoba adalah zat yang dikonsumsi lewat ? | 1. Mulut 2. Hidung 3. suntik 4. 1, 2, dan 3 benar 5. 1 dan 2 benar | |
| 53. Narkoba dapat mempengaruhi? | 1. Pikiran 2. Perasaan/ suasana hati 3. Perilaku seseorang 4. 1, 2, dan 3 benar 5. 1 dan benar | |
| 54. Narkoba kependekan dari? | 1. Narkolika 2. Psicotropika 3. Bahan Adiklif 4. 1 dan 2 benar 5. 1, 2 dan 3 benar | |

| | | |
|---|---|--|
| 55. Narkotika adalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zat yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. 2. Yang dapat mempengaruhi susunan syaraf pusat dan dapat menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. 3. 1 dan 2 benar 4. Semua salah | |
| 56. Contoh narkotika adalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rokok 2. Ganja 3. Kopi 4. Extacy 5. Shabu-shabu | |
| 57. Contoh Psikotropika adalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rokok 2. Ganja 3. Kopi 4. Putaw 5. Shabu-shabu | |
| 58. Contoh zat adiktif adalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Putaw 2. Ganja 3. Kopi 4. Extacy 5. Shabu-shabu | |
| 59. Alkohol dapat menyebabkan ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perbuatan Kriminal 2. Hilangnya ingatan 3. Kerusakan hati 4. Meninggalkan resiko penyakit jantung 5. Semua benar | |
| 60. Nikotin yang terdapat dalam rokok berisiko terhadap ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kanker 2. Penyakit jantung 3. Kemandulan 4. Bayi lahir prematur 5. Semua benar | |
| 61. Efek pemakaian narkoba | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat orang menjadi tenang 2. Membuat orang menjadi aktif 3. Membuat orang menjadi penuh khayalan 4. 1, 2 dan 3 benar 5. 2 dan 3 benar | |
| 62. Jarum yang tidak steril dapat menyebabkan ? | <ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 2. Hepatitis 3. Paru-paru 4. 1 dan 2 benar 5. Semua salah | |
| 63. Narkoba yang bersifat stimulan? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Putaw 2. Extacy 3. Shabu-shabu | |

| | | |
|--|---|--|
| | 4. Ganja 5. 2 dan 3 benar 6. 1 dan 4 benar | |
| 64. Narkoba yang bersifat halusinogen? | 1. Putaw 2. LCD 3. Shabu-shabu 4. Ngelem 5. 2 dan 4 benar 6. 1 dan 3 benar | |
| 65. Pembuat dan distributor heroin dan marijuana, opium dan kokain dikenai hukuman ? | 1. 20 tahun 2. Seumur hidup 3. 30 tahun 4. Hukuman mati 5. 5 tahun | |
| 66. Orang yang sudah ketergantungan memiliki banyak masalah, antara lain | 1. Dikeluarkan dari sekolah 2. Kehilangan berat badan 3. Tidak dapat berkomunikasi 4. Memiliki pola makan dan tidur yang tidak sehat 5. Semua benar | |

G. Mitos dan Fakta

| Pernyataan | B | S | Kode |
|---|---|---|------|
| 67. Hubungan seks bisa membuat payudara kendor | | | |
| 68. Melakukan hubungan seks sekali tidak akan hamil | | | |
| 69. Hubungan seks bisa membuat pantat laki-laki tepos | | | |
| 70. Hubungan seks bisa menghifangkan jerawat | | | |
| 71. Menarik penis keluar saat ejakulasi dalam hubungan seks tidak menyebabkan hamil | | | |
| 72. Mencuci vagina segera setelah melakukan hubungan seks bisa mencegah kehamilan? | | | |
| 73. Meloncat-loncat setelah melakukan hubungan seks bisa mencegah kehamilan | | | |
| 74. Melakukan seks hanya dengan memasukkan sebagian penis ke vagina bisa mencegah kehamilan ? | | | |
| 75. Melakukan seks selama menstruasi dapat mencegah kehamilan ? | | | |
| 76. Seseorang yang terlihat bersih, sehat, atau berpakaian rapi pastilah aman dari Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS | | | |
| 77. Kamu akan tertular IMS dan HIV dengan berbagi toilet | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 78. Kamu dapat tertular IMS/ HIV hanya dari satu kali hubungan seks tanpa kondom | | | |
| 79. Kondom bisa menghindari kehamilan tetapi tidak virus HIV | | | |
| 80. Ciuman dapat menularkan HIV | | | |
| 81. Keputihan berhubungan dengan pola makan (makan pepaya, nanas, mentimun, bengkoang) | | | |
| 82. Siapa saja bisa terkena HIV | | | |
| 83. HIV/AIDS bisa disembuhkan | | | |
| 84. Orang dengan HIV bisa kelihatan | | | |
| 85. HIV tetap bisa memasuki tubuh melalui pori-pori kondom | | | |
| 86. Orang kaya tidak terkena HIV | | | |
| 87. Tidak berbahaya menggunakan obat adiktif sekarang dan nanti | | | |
| 88. Remaja menjadi golongan yang paling rentan untuk terkena HIV/AIDS | | | |
| 89. Orang muda dan dewasa menggunakan narkoba karena keren | | | |
| 90. Laki-laki akan ketahuan kalau tidak perjaka lagi | | | |
| 91. Perempuan yang berdada besar maka dorongan seksnya besar | | | |
| 92. Payudara bisa menjadi besar jika diremas-remas | | | |
| 93. Penis bisa diperbesar dengan cara direndam air teh | | | |
| 94. Minum coca cola bisa mempercepat menstruasi | | | |
| 95. Narkoba bisa mempengaruhi perasaan, mood, dan persepsi kita | | | |
| 96. Reaksi setiap orang terhadap narkoba tidak sama | | | |
| 97. Tidak semua narkoba berbahaya | | | |
| 98. Alkohol dan heroin adalah obat adiktif yang paling umum dikonsumsi | | | |
| 99. Rokok, alkohol, dan kopi (cafein) adalah jenis obat adiktif yang secara sosial diterima | | | |
| 100. Pil adalah obat yang legal sehingga tidak mungkin disalahgunakan | | | |

**EVALUASI
MEDIA DISKUSI INTERAKTIF DAN KAMPANYE KESEHATAN REPRODUKSI**

A. Diskusi Dengan Media Interaktif

1. Bagaimana menurut kamu metode diskusi kesehatan reproduksi dengan menggunakan media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

2. Apakah metode diskusi kesehatan reproduksi dengan media interaktif (komputer) mudah untuk dipahami/ dimengerti ?

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|
| 1. Sangat Mudah Dimengerti | 2. Mudah Dimengerti | 3. Kurang Dapat Dimengerti | 4. Tidak Dapat Dimengerti | 5. Sangat Tidak Dapat Dimengerti |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---|

3. Bagaimana dengan cara penyampaian fasilitator dalam diskusi kesehatan reproduksi dengan media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1. Sangat Jelas | 2. Jelas | 3. Kurang Jelas | 4. Tidak Jelas | 5. Sangat tidak Jelas |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|

4. Bagaimana penguasaan fasilitator terhadap materi kesehatan reproduksi yang disampaikan ?

| | | | | |
|---------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| i. Sangat Menguasai | 2. Menguasai | 3. Kurang Menguasai | 4. Tidak Menguasai | 5. Sangat Tidak Menguasai |
|---------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|

5. Bagaimana keterlibatan fasilitator dengan peserta diskusi kesehatan reproduksi ?

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Sangat Interaktif (dekat) | 2. Interaktif (dekat) | 3. Kurang Interaktif (dekat) | 4. Tidak Interaktif (dekat) | 5. Sangat Tidak Interaktif (dekat) |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|

6. Bagaimana dengan tempat pelaksanaan diskusi kesehatan reproduksi menurut kamu ?

| | | | | |
|------------------------|--------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. Sangat Nyaman | 2. Nyaman | 3. Kurang Nyaman | 4. Tidak Nyaman | 5. Sangat Tidak Nyaman |
|------------------------|--------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|

7. Bagaimana dengan durasi waktu pelaksanaan diskusi kesehatan reproduksi menurut kamu ?

| | | | | |
|-------------------|------------------|---|-------------------|--------------------------|
| 1. Sangat Lama | 2. Cukup lama | 3. Pas (tidak lama dan tidak sebentar) | 4. Kurang lama | 5. Sangat Kurang Lama |
|-------------------|------------------|---|-------------------|--------------------------|

8. Bagaimana dengan proses pembelajaran dalam diskusi kesehatan reproduksi dengan media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Sangat Baik | 2. Baik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Baik | 5. Sangat Tidak Baik |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------------|

9. Bagaimana dengan partisipasi peserta diskusi kesehatan reproduksi dengan media interaktif, menurut kamu ?

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Sangat Aktif | 2. Aktif | 3. Kurang Aktif | 4. Tidak Aktif | 5. Sangat Tidak Aktif |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|

10. Bagaimana peran fasilitator dalam membuka pertanyaan dan memberikan feed back (umpan balik) dari setiap pertanyaan yang diajukan oleh setiap peserta diskusi ?

| | | | | |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Sangat Baik | 2. Baik | 3. Biasa saja | 4. Tidak Baik | 5. Sangat Tidak Baik |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------------|

11. Apakah menurut kamu media Diskusi dengan media interaktif kesehatan reproduksi merupakan media yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat efektif | 2. Efektif | 3. Kurang Efektif | 4. Tidak Efektif | 5. Sangat Tidak Efektif |
|----------------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------------------|

B. Media Interaktif Komputer

12. Bagaimana dengan penyajian materi kesehatan reproduksi yang disampaikan pada media interaktif (komputer)

| | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|

13. Bagaimana dengan muatan materi kesehatan reproduksi yang ada pada media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Lengkap | 2. Lengkap | 3. Kurang Lengkap | 4. Tidak Lengkap | 5. Sangat Tidak Lengkap |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

14. Apakah materi kesehatan reproduksi yang ada dalam media interaktif (komputer) sesuai dengan harapan kamu ?

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------|---|
| 1. Sangat Sesuai dengan Harapan | 2. Sesuai dengan Harapan | 3. Kurang Sesuai Dengan Harapan | 4. Tidak Sesuai Harapan | 5. Sangat Tidak Sesuai Harapan |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------|---|

15. Apakah materi kesehatan reproduksi yang tersaji dalam media interaktif (komputer) mudah dipahami / dimengerti?

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|
| 1. Sangat Mudah Dipahami/ Dimengerti | 2. Mudah Dipahami/ Dimengerti | 3. Kurang bisa Dipahami/ dimengerti | 4. Tidak Bisa Dipahami/ Dimengerti | 5. Sangat Tidak Bisa Dipahami |
|--|--|--|---|-------------------------------------|

16. Bagaimana visualisasi gambar secara keseluruhan yang ada dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

17. Bagaimana dengan bentuk animasi yang ada dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

18. Bagaimana dengan penggunaan warna yang ada dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

19. Bagaimana dengan tokoh-tokoh yang ada (Rini, Panji dan Iwan) yang dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

20. Bagaimana dengan jenis huruf yang digunakan dalam media interaktif (komputer)?

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Sangat Jelas | 2. Jelas | 3. Kurang Jelas | 4. Tidak Jelas | 5. Sangat Tidak Jelas |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|

21. Bagaimana dengan penggunaan audio suara yang ada di dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Sangat Jelas | 2. Jelas | 3. Kurang Jelas | 4. Tidak Jelas | 5. Sangat Tidak Jelas |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------|

22. Bagaimana dengan penggunaan ilustrasi musik yang ada di dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|

23. Bagaimana dengan penyajian games dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|

24. Bagaimana dengan penyajian kuis dalam media interaktif (komputer) ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|

25. Apakah menurut kamu media interaktif (komputer) kesehatan reproduksi merupakan media yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat efektif | 2. Efektif | 3. Kurang Efektif | 4. Tidak Efektif | 5. Sangat Tidak Efektif |
|----------------------|---------------|----------------------|---------------------|----------------------------|

C. Kampanye Kesehatan Reproduksi

1. Ketika kamu harus melakukan kampanye kesehatan reproduksi sebelum dilakukan diskusi kesehatan reproduksi, apakah kamu sudah merasa siap dengan pengetahuan kesehatan reproduksi yang ada ?

| | | | | |
|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Sangat Siap | 2. Siap | 3. Kurang Siap | 4. Tidak Siap | 5. Sangat Tidak Siap |
|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------------|

2. Ketika kamu harus melakukan kampanye kesehatan reproduksi sesudah dilakukan diskusi kesehatan reproduksi, apakah kamu sudah merasa siap dengan pengetahuan kesehatan reproduksi yang ada ?

| | | | | |
|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| 1. Sangat Siap | 2. Siap | 3. Kurang Siap | 4. Tidak Siap | 5. Sangat Tidak Siap |
|-------------------|------------|-------------------|------------------|-------------------------|

3. Apakah menurut kamu kampanye kesehatan reproduksi memberi manfaat pengetahuan kesehatan reproduksi bagi dirimu sendiri ?

| | | | | |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Bermanfaat | 2. Bermanfaat | 3. Kurang Bermanfaat | 4. Tidak Bermanfaat | 5. Sangat Tidak Bermanfaat |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

4. Apakah menurut kamu kampanye kesehatan reproduksi memberi manfaat pengetahuan kesehatan reproduksi bagi dirimu sendiri ?

| | | | | |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Bermanfaat | 2. Bermanfaat | 3. Kurang Bermanfaat | 4. Tidak Bermanfaat | 5. Sangat Tidak Bermanfaat |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

5. Apakah menurut kamu kampanye kesehatan reproduksi memberi manfaat pengetahuan kesehatan reproduksi bagi orang lain?

| | | | | |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Bermanfaat | 2. Bermanfaat | 3. Kurang Bermanfaat | 4. Tidak Bermanfaat | 5. Sangat Tidak Bermanfaat |
|-------------------------|------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

6. Apakah media kampanye yang kamu laksanakan cukup menarik minat pengunjung?

| | | | | |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|----------------------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------|

7. Apakah penggunaan KIE (leaflet, brosur, sticker, dan poster) membantumu dalam melakukan kegiatan kampanye ?

| | | | | |
|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|
| 1. Sangat Membantu | 2. Membantu | 3. Kurang Membantu | 4. Tidak Membantu | 5. Sangat Tidak Membantu |
|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|

8. Apakah isi leaflet dan brosur yang ada mudah dipahami ?

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Sangat Mudah Dipahami | 2. Mudah Dipahami | 3. Kurang Mudah dipahami | 4. Tidak Mudang Dipahami | 5. Sangat Tidak Mudah dipahami |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

9. Apakah isi pesan dalam poster yang ada kamu buat mudah dipahami atau dimengerti oleh pengunjung?

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. Sangat Mudah Dipahami | 2. Mudah Dipahami | 3. Kurang Mudah dipahami | 4. Tidak Mudang Dipahami | 5. Sangat Tidak Mudah dipahami |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|

10. Apakah isi pesan dalam sticker yang ada mudah dipahami ?

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. Sangat Mudah Dipahami | 2. Mudah Dipahami | 3. Kurang Mudah dipahami | 4. Tidak Mudang Dipahami | 5. Sangat Tidak Mudah dipahami |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|

11. Apakah bentuk media leaflet dan brosur yang ada cukup menarik ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

12. Apakah bentuk media poster yang ada cukup menarik ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

13. Apakah, menurut kamu isi materi kesehatan reproduksi yang ada di leaflet dan brosur cukup lengkap ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Lengkap | 2. Lengkap | 3. Kurang Lengkap | 4. Tidak Lengkap | 5. Sangat Tidak Lengkap |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

14. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media leaflet dan brosur ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

15. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media leaflet dan brosur ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

16. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media poster?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

17. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media sticker ?

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. Sangat Mudah Dipahami | 2. Mudah Dipahami | 3. Kurang Mudah dipahami | 4. Tidak Mudang Dipahami | 5. Sangat Tidak Mudah dipahami |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|

10. Apakah isi pesan dalam sticker yang ada mudah dipahami ?

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. Sangat Mudah Dipahami | 2. Mudah Dipahami | 3. Kurang Mudah dipahami | 4. Tidak Mudang Dipahami | 5. Sangat Tidak Mudah dipahami |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|

11. Apakah bentuk media leaflet dan brosur yang ada cukup menarik ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

12. Apakah bentuk media poster yang ada cukup menarik ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

13. Apakah, menurut kamu isi materi kesehatan reproduksi yang ada di leaflet dan brosur cukup lengkap ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Lengkap | 2. Lengkap | 3. Kurang Lengkap | 4. Tidak Lengkap | 5. Sangat Tidak Lengkap |
|-------------------------|---------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|

14. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media leaflet dan brosur ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

15. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media leaflet dan brosur ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

16. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media poster?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

17. Bagaimana dengan visualisasi gambar yang ada pada media sticker ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

18. Bagaimana dengan visualisasi warna yang ada pada media leaflet dan brosur ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

19. Bagaimana dengan visualisasi warna yang ada pada media poster ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

20. Bagaimana dengan visualisasi warna yang ada pada media sticker ?

| | | | | |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Menarik | 2. Menarik | 3. Biasa Saja | 4. Tidak Menarik | 5. Sangat Tidak Menarik |
|-------------------------|---------------|------------------|------------------------|-------------------------------|

21. Bagaimana dengan games-games yang ada dalam pelaksanaan kampanye kesehatan reproduksi, apakah dapat menarik pengunjung?

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Sangat Menarik Pengunjung | 2. Menarik Pengunjung | 3. Kurang Menarik Pengunjung | 4. Tidak Menarik Pengunjung | 5. Sangat Tidak Menarik Pengunjung |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|

22. Apakah musik yang diusung dalam kampanye kesehatan reproduksi dapat menarik pengunjung ?

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. Sangat Menarik pengunjung | 2. Menarik Pengunjung | 3. Kurang Menarik Pengunjung | 4. Tidak Menark Pengunjung | 5. Sangat Tidak Menarik Pengunjung |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---|

23. Apakah menurut kamu kampanye kesehatan reproduksi merupakan media yang efektif untuk menyebarkan pengetahuan kesehatan reproduksi ?

| | | | | |
|----------------------|---------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. Sangat Efektif | 2. Efektif | 3. Kurang Efektif | 4. Tidak Efektif | 5. Sangat Tidak Efektif |
|----------------------|---------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|

24. Apakah menurut kamu, teman-teman yang terlibat berpartisipasi aktif dalam kegiatan kampanye kesehatan reproduksi ?

| | | | | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1. Sangat aktif | 2. Aktif | 3. Kurang Aktif | 4. Tidak Aktif | 5. Sangat Tidak Aktif |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|

25. Apakah menurut kamu, tugas yang diberikan untuk melaksanakan kegiatan kampanye kesehatan reproduksi menyenangkan ?

| | | | | |
|------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1. Sangat Menyenangkan | 2. Menyenang kan | 3. Kurang Menyenangkan | 4. Tidak Menyenangkan | 5. Sangat Tidak Menyenangkan |
|------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|



Tabel 4.1 Uji Validitas Instrumen Penelitian

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| VAR00001 | 400.9032 | 1164006.157 | .998 | .754 |
| VAR00002 | 401.4839 | 1167381.058 | .999 | .755 |
| VAR00003 | 400.3226 | 1160637.292 | .999 | .753 |
| VAR00004 | 400.4516 | 1161385.389 | .998 | .753 |
| VAR00005 | 400.0645 | 1159140.598 | .999 | .753 |
| VAR00006 | 401.0968 | 1165131.224 | .998 | .754 |
| VAR00007 | 400.9032 | 1164007.224 | .998 | .754 |
| VAR00008 | 400.2581 | 1160261.931 | .999 | .753 |
| VAR00009 | 400.9677 | 1164382.499 | .998 | .754 |
| VAR00010 | 401.5484 | 1167755.656 | .999 | .755 |
| VAR00011 | 400.5101 | 1161759.591 | .998 | .753 |
| VAR00012 | 400.2581 | 1160262.188 | .999 | .753 |
| VAR00013 | 400.2581 | 1160264.065 | .999 | .753 |
| VAR00014 | 400.5806 | 1162132.052 | .998 | .754 |
| VAR00015 | 400.9032 | 1164006.690 | .998 | .754 |
| VAR00016 | 401.0323 | 1164754.499 | .998 | .754 |
| VAR00017 | 400.9677 | 1164381.166 | .998 | .754 |
| VAR00018 | 400.0645 | 1159140.998 | .999 | .753 |
| VAR00019 | 400.2581 | 1160259.798 | .999 | .753 |
| VAR00020 | 400.0645 | 1159139.662 | .999 | .753 |
| VAR00021 | 400.1535 | 1159887.028 | .999 | .753 |
| VAR00022 | 401.2258 | 1165879.647 | .998 | .754 |
| VAR00023 | 400.5806 | 1162131.318 | .998 | .754 |
| VAR00024 | 401.2903 | 1166255.346 | .998 | .754 |
| VAR00025 | 400.5161 | 1161760.125 | .998 | .753 |
| VAR00026 | 400.6452 | 1162508.037 | .998 | .754 |
| VAR00027 | 400.0000 | 1158787.067 | .999 | .753 |
| VAR00028 | 400.1935 | 1159889.428 | .999 | .753 |
| VAR00029 | 400.0000 | 1158789.200 | .999 | .753 |
| VAR00030 | 401.6129 | 1168130.845 | .999 | .755 |
| VAR00031 | 401.0323 | 1164752.499 | .998 | .754 |
| VAR00032 | 401.2258 | 1165881.514 | .998 | .754 |
| VAR00033 | 400.4516 | 1161386.189 | .998 | .753 |
| VAR00034 | 400.3226 | 1160638.892 | .999 | .753 |
| VAR00035 | 400.5161 | 1161759.191 | .998 | .753 |
| VAR00036 | 401.1613 | 1165504.140 | .998 | .754 |
| VAR00037 | 400.7097 | 1162882.146 | .998 | .754 |
| VAR00038 | 401.2903 | 1166254.013 | .998 | .754 |
| VAR00039 | 400.4516 | 1161384.189 | .998 | .753 |
| VAR00040 | 400.6452 | 1162508.437 | .998 | .754 |
| VAR00041 | 401.2258 | 1165877.547 | .998 | .754 |
| VAR00042 | 401.0968 | 1165127.624 | .998 | .754 |
| VAR00043 | 400.3871 | 1161009.512 | .998 | .753 |
| VAR00044 | 400.7742 | 1163257.647 | .998 | .754 |
| VAR00045 | 401.2258 | 1165880.047 | .998 | .754 |
| VAR00046 | 400.1935 | 1159891.428 | .999 | .753 |
| VAR00047 | 400.3226 | 1160636.892 | .999 | .753 |
| VAR00048 | 400.5806 | 1162131.518 | .998 | .754 |
| VAR00049 | 400.1290 | 1159515.516 | .999 | .753 |
| VAR00050 | 400.0000 | 1158766.133 | .999 | .753 |
| VAR00051 | 400.9032 | 1164004.290 | .998 | .754 |
| VAR00052 | 400.6452 | 1162507.503 | .998 | .754 |
| VAR00053 | 400.7097 | 1162880.546 | .998 | .754 |
| VAR00054 | 401.4839 | 1167378.925 | .999 | .755 |
| VAR00055 | 400.6452 | 1162508.837 | .998 | .754 |
| VAR00056 | 400.2581 | 1160264.198 | .999 | .753 |

Tabel 4.1 Uji Validitas Instrumen Penelitian

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|----------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| VAR00001 | 400.8032 | 1164008.157 | .998 | .754 |
| VAR00002 | 401.4839 | 1167381.058 | .999 | .754 |
| VAR00003 | 400.3226 | 1160837.292 | .999 | .753 |
| VAR00004 | 400.4510 | 1161385.389 | .998 | .753 |
| VAR00005 | 400.0645 | 1159140.596 | .999 | .753 |
| VAR00006 | 401.0968 | 1165131.224 | .998 | .754 |
| VAR00007 | 400.9032 | 1164007.224 | .998 | .754 |
| VAR00008 | 400.2581 | 1160261.931 | .999 | .753 |
| VAR00009 | 400.9677 | 1164382.499 | .998 | .754 |
| VAR00010 | 401.5484 | 1167755.656 | .999 | .755 |
| VAR00011 | 400.5161 | 1161759.581 | .998 | .753 |
| VAR00012 | 400.2581 | 1160262.198 | .999 | .753 |
| VAR00013 | 400.2581 | 1160264.065 | .999 | .753 |
| VAR00014 | 400.5806 | 1162133.052 | .998 | .754 |
| VAR00015 | 400.9032 | 1164006.690 | .999 | .754 |
| VAR00016 | 401.0323 | 1164754.499 | .998 | .754 |
| VAR00017 | 400.9677 | 1164381.166 | .998 | .754 |
| VAR00018 | 400.0645 | 1159140.866 | .999 | .753 |
| VAR00019 | 400.2581 | 1160259.798 | .999 | .753 |
| VAR00020 | 400.0645 | 1159139.882 | .999 | .753 |
| VAR00021 | 400.1935 | 1159887.028 | .999 | .753 |
| VAR00022 | 401.2258 | 1165879.847 | .998 | .754 |
| VAR00023 | 400.5806 | 1162131.318 | .998 | .754 |
| VAR00024 | 401.2903 | 1168255.346 | .998 | .754 |
| VAR00025 | 400.5161 | 1161760.125 | .998 | .753 |
| VAR00026 | 400.6452 | 1162508.037 | .998 | .754 |
| VAR00027 | 400.0000 | 1158767.067 | .999 | .753 |
| VAR00028 | 400.1935 | 1159889.428 | .999 | .753 |
| VAR00029 | 400.0000 | 1158769.200 | .999 | .753 |
| VAR00030 | 401.6120 | 1168130.815 | .999 | .755 |
| VAR00031 | 401.0323 | 1164752.499 | .998 | .754 |
| VAR00032 | 401.2258 | 1165881.514 | .998 | .754 |
| VAR00033 | 400.4516 | 1161385.189 | .998 | .753 |
| VAR00034 | 400.3226 | 1160838.892 | .999 | .753 |
| VAR00035 | 400.5161 | 1161759.101 | .998 | .753 |
| VAR00036 | 401.1613 | 1165504.140 | .998 | .754 |
| VAR00037 | 400.7097 | 1162882.146 | .998 | .754 |
| VAR00038 | 401.2903 | 1166254.013 | .998 | .754 |
| VAR00039 | 400.4516 | 1161384.189 | .998 | .753 |
| VAR00040 | 400.6452 | 1162508.437 | .998 | .754 |
| VAR00041 | 401.2258 | 1165877.847 | .998 | .754 |
| VAR00042 | 401.0968 | 1165127.824 | .998 | .754 |
| VAR00043 | 400.3871 | 1161009.512 | .999 | .753 |
| VAR00044 | 400.7742 | 1163257.647 | .998 | .754 |
| VAR00045 | 401.2258 | 1165880.047 | .998 | .754 |
| VAR00046 | 400.1935 | 1159889.428 | .999 | .753 |
| VAR00047 | 400.3226 | 1160838.892 | .999 | .753 |
| VAR00048 | 400.5806 | 1162131.518 | .998 | .754 |
| VAR00049 | 400.1290 | 1159515.516 | .999 | .753 |
| VAR00050 | 400.0000 | 1158766.133 | .999 | .753 |
| VAR00051 | 400.9032 | 1164004.290 | .998 | .754 |
| VAR00052 | 400.6452 | 1162507.903 | .998 | .754 |
| VAR00053 | 400.7097 | 1162880.546 | .998 | .754 |
| VAR00054 | 401.4839 | 1167378.925 | .999 | .755 |
| VAR00055 | 400.6452 | 1162508.837 | .998 | .754 |
| VAR00056 | 400.2581 | 1160264.198 | .999 | .753 |

| | | | | |
|-------------|----------|-------------|-------|-----|
| VAR00057 | 400.6452 | 1182508.170 | .998 | 754 |
| VAR00058 | 401.0968 | 1185129.890 | .998 | 754 |
| VAR00059 | 400.7742 | 1183256.714 | .998 | 754 |
| VAR00060 | 400.3871 | 1161009.912 | .999 | 753 |
| VAR00061 | 400.9877 | 1164378.232 | .998 | 754 |
| VAR00062 | 400.1935 | 1159888.228 | .999 | 753 |
| VAR00063 | 399.9355 | 1158393.596 | 1.000 | 753 |
| VAR00064 | 400.0000 | 1158767.200 | .999 | 753 |
| VAR00065 | 401.1013 | 1165592.940 | .998 | 754 |
| VAR00066 | 400.3871 | 1161009.912 | .999 | 753 |
| VAR00067 | 400.0645 | 1159139.629 | .999 | 753 |
| VAR00068 | 401.4839 | 1187381.056 | .999 | 755 |
| VAR00069 | 400.3226 | 1160637.292 | .999 | 753 |
| VAR00070 | 400.4516 | 1161385.389 | .998 | 753 |
| VAR00071 | 400.0645 | 1159140.596 | .999 | 753 |
| VAR00072 | 401.0988 | 1165131.224 | .998 | 754 |
| VAR00073 | 400.9032 | 1164007.224 | .998 | 754 |
| VAR00074 | 400.2581 | 1160281.931 | .999 | 753 |
| VAR00075 | 400.9677 | 1164382.499 | .998 | 754 |
| VAR00076 | 401.5484 | 1167755.656 | .999 | 755 |
| VAR00077 | 400.5161 | 1161759.591 | .998 | 753 |
| VAR00078 | 400.2581 | 1160282.198 | .999 | 753 |
| VAR00079 | 400.2581 | 1160284.065 | .999 | 753 |
| VAR00080 | 400.5806 | 1162133.052 | .998 | 754 |
| VAR00081 | 400.9032 | 1164008.690 | .998 | 754 |
| VAR00082 | 401.0323 | 1164754.499 | .998 | 754 |
| VAR00083 | 400.9877 | 1164381.166 | .998 | 754 |
| VAR00084 | 400.0645 | 1159140.956 | .999 | 753 |
| VAR00085 | 400.2581 | 1160259.796 | .998 | 753 |
| VAR00086 | 400.0645 | 1159139.662 | .999 | 753 |
| VAR00087 | 400.1935 | 1159887.028 | .999 | 753 |
| VAR00088 | 401.2258 | 1165879.647 | .998 | 754 |
| VAR00089 | 400.5806 | 1162131.318 | .998 | 754 |
| VAR00090 | 401.2803 | 1166255.346 | .998 | 754 |
| VAR00091 | 400.5161 | 1161760.125 | .998 | 753 |
| VAR00092 | 400.6452 | 1182508.037 | .998 | 754 |
| VAR00093 | 400.0000 | 1158767.000 | .999 | 753 |
| VAR00094 | 400.1935 | 1159889.428 | .999 | 753 |
| VAR00094 | 400.0000 | 1158769.200 | .999 | 753 |
| VAR00095 | 401.6129 | 1168130.845 | .999 | 755 |
| VAR00096 | 401.0323 | 1164752.499 | .998 | 754 |
| VAR00097 | 401.2258 | 1165881.514 | .998 | 754 |
| VAR00098 | 400.4516 | 1161386.189 | .998 | 753 |
| VAR00099 | 400.3226 | 1160638.692 | .999 | 753 |
| Variable100 | 401.0323 | 1164752.499 | .998 | 754 |

Sumber: Hasil Penelitian Juni 2010, diolah dari Perhitungan Statistik SPSS 17

