

## PENGARUH *VISUALITATION IN PARTICIPATORY PROGRAM (VIPP)* DAN METODE CERAMAH TERHADAP PENGETAHUAN, SIKAP, DAN KETERAMPILAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI JEMBER

*Effect of Visualitation In Participatory Program (VIPP) and Lecture Method on Knowledge, Attitudes, and Skills of Reproductive Health among Adolescent in Jember*

Tantut Susanto<sup>1,\*</sup>, Iis Rahmawati<sup>2</sup>, Wantiyah<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departemen Keperawatan Keluarga dan Komunitas, Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Maternitas, Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah, Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Jember

Naskah masuk 24 November 2016; review 4 April 2017; disetujui terbit 31 Desember 2017

### Abstract

**Background:** *The visualitation in participatory program (VIPP) can be applied as a method of adolescent reproductive health (ASRH) education to improve the coverage of PKPR program at the community health center.*

**Objective:** *This study aims to assess the effect of VIPP and lecture method on ASRH knowledge, attitudes and skills.*

**Methods:** *A quasi-experimental design with pretest-posttest design was conducted on 65 high school students (32 of VIPP group and 33 of lecture method group) who have experienced puberty and voluntarily participated in the program for 10 sessions of VIPP and lecture method using multi stage random sampling in two working areas of Puskesmas Kabupaten Jember. The ASRH knowledge, attitudes, and skills before and after intervention were measured and compared in each group. Data were analyzed by paired t-test.*

**Results:** *In the lecture group, there were no difference in ASRH knowledge and attitudes ( $p > 0.05$ ), whereas there were significant differences in ASRH skills ( $p < 0.05$ ) in the lecture method group. Meanwhile, in the VIPP group, there were significant differences in ASRH knowledge, attitudes, and skills ( $p < 0.001$ ) before and after VIPP intervention for 10 sessions.*

**Conclusion:** *The VIPP method is capable of changing 3 domains of knowledge, attitudes, and skills, but the lecture method can only change the skill domain. It is recommended that VIPP method should become alternative method for ASRH health education method in accordance with the standard of PKPR in increasing the 3 domains of ASRH.*

**Keywords:** *VIPP, Lecture method, Adolescent health of behavior, PKPR*

### Abstrak

**Latar belakang:** *Visualitation in participatory program (VIPP) dapat diterapkan sebagai metode pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) untuk meningkatkan cakupan layanan program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di puskesmas.*

**Tujuan:** *diketuainya pengaruh visualitation in participatory program (VIPP) dan metode ceramah terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR.*

**Metode:** *Desain penelitian adalah quasy experiment with pretest-posttest design. Sampel penelitian 65 siswa SMA yang telah mengalami pubertas (32 kelompok VIPP dan 33 kelompok metode ceramah) diambil secara multi stage random sampling di dua Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember dan secara sukarela mau mengikuti program selama 10 sesi VIPP maupun metode ceramah. Variabel pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR sebelum dan sesudah intervensi diukur dan dibandingkan pada masing-masing kelompok. Data dianalisis dengan paired t-test.*

**Hasil:** *Pada kelompok metode ceramah tidak ada perbedaan bermakna pengetahuan dan sikap KRR ( $p > 0.05$ ), tetapi ada perbedaan yang bermakna ketrampilan KRR ( $P < 0.05$ ) sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok VIPP terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan, sikap, dan ketampilan KRR ( $p < 0.001$ ) sebelum dan sesudah intervensi VIPP selama 10 sesi.*

**Kesimpulan:** *Metode VIPP mampu merubah 3 domain pengetahuan, sikap, dan ketrampilan, tetapi metode ceramah hanya mampu merubah domain ketrampilan. Agar metode VIPP menjadi metode alternatif pendidikan kesehatan sesuai dengan standar PKPR dalam meningkatkan 3 domain KRR.*

**Kata kunci:** *VIPP, Ceramah, Kesehatan reproduksi remaja, PKPR*

## PENDAHULUAN

Indonesia merupakan bangsa multi budaya dengan prinsip moralitas dan agama yang tetap dipertahankan dalam kehidupan bermasyarakat.<sup>1</sup> Hal ini berpengaruh terhadap pola perkembangan remaja<sup>2</sup>, khususnya dalam kesehatan reproduksi remaja (KRR)<sup>3</sup> sehingga menimbulkan konflik internal remaja dalam konteks sosial dan budaya Indonesia.<sup>4</sup> Permasalahan KRR di Indonesia mengalami perubahan akibat pengaruh perkembangan dunia barat atau *westernization*.<sup>5</sup> Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2012 menunjukkan bahwa satu persen remaja perempuan dan delapan persen remaja laki-laki melakukan hubungan seksual di luar nikah.<sup>6</sup> Sementara itu, 2,5 juta aborsi terjadi setiap tahunnya dengan proporsi 21,2 persen dilakukan oleh remaja.<sup>7</sup> Survei Komisi Nasional Perlindungan Anak di 33 propinsi dari Januari sampai Juni 2008 menunjukan 97 persen remaja mengaku pernah melihat film porno, 93,7 persen remaja melakukan ciuman, rangsangan genital, dan oral sex, dan 62,7 persen remaja perempuan SMP tidak virginal dan 21,2 persen melakukan aborsi.<sup>8</sup> Kondisi ini memerlukan penanganan pemerintah dalam meningkatkan pemahaman dan pengertian tentang pentingnya KRR bagi remaja.

Permasalahan KRR di Kabupaten Jember memperlihatkan prevalensi perilaku KRR aktif pada remaja laki-laki sebesar 56,6 persen (95% CI: 50,6%–62,6%)<sup>9</sup> dan remaja perempuan sebesar 43,7 persen (95% CI: 37,6%–49,8%)<sup>10</sup> yang berkaitan dengan sikap yang negatif terhadap KRR dan kurangnya akses yang berkaitan dengan kurangnya komunikasi tentang KRR antara anak dan orang tua dan pengetahuan KRR yang rendah.<sup>11</sup> Kondisi ini memerlukan suatu strategi pendidikan KRR yang sesuai dengan kebutuhan remaja dan perkembangan lingkungan sosial, budaya, dan agama setempat.<sup>12</sup> Program KRR di Indonesia diaplikasikan dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) oleh

Kemenkes dan Pusat Informasi Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Kedua program tersebut dicanangkan masing-masing pada tahun 2007 dan 2009 sebagai upaya untuk menyediakan pendidikan KRR<sup>13</sup> untuk mewujudkan generasi yang sehat dan produktif dengan berbagai strategi dan metode pendidikan kesehatan.<sup>14</sup> Meski demikian, tingkat keterpaparan remaja Indonesia terhadap program ini masih terbatas. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan hanya 25,1 persen remaja Indonesia yang mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi dengan komposisi 32,2 persen di wilayah urban dan 7,3 persen remaja di wilayah rural.<sup>6</sup> Di lain pihak, diskusi tentang KRR sangat terbatas, terutama dalam syaria Islam sebagai agama yang mayoritas dianut di Indonesia.<sup>15</sup>

Berdasarkan fenomena permasalahan KRR tersebut di atas, maka diperlukan suatu solusi metode pendidikan kesehatan yang tepat dalam upaya meningkatkan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan KRR sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan remaja dalam konteks sosial, budaya, dan agama di Indonesia. Metode yang umum digunakan selama ini dalam pendidikan kesehatan adalah metode ceramah, tetapi metode ini kurang mampu menjawab kebutuhan program pendidikan remaja karena perkembangan remaja dan kondisi lingkungan sosial, budaya, dan agama yang terus berubah dan bergerak dinamis. Di sisi lain Kemenkes<sup>14</sup> menawarkan metode baru yang dirancang dalam program kerangka kerja PKPR, yaitu mengenalkan metode *Visualitation in Participatory Program* (VIPP) sebagai suatu metode dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja di sekolah dan komunitas dengan menerapkan metode belajar aktif yang tersusun kedalam suatu kurikulum dan modul pelatihan yang komprehensif dari aspek kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan remaja.

---

\* Corresponding author  
(Email: tantut\_s.psic@unej.ac.id)

Oleh karena itu, program ini menjadi lebih sesuai dengan perkembangan remaja saat ini dengan mengikuti pola perkembangan budaya dan agama yang kemungkinan berpotensi lebih baik dalam mencapai hasil peningkatan pengetahuan, sikap, dan ketrampilan KRR. Meski demikian, belum ada penelitian terkait efektifitas program ini, sehingga menjadi penting untuk meneliti pengaruh VIPP dan ceramah terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan remaja terkait KRR. Oleh karena itu, fokus kajian penelitian ini adalah untuk menilai pengetahuan, sikap, dan ketrampilan KRR sebelum dan sesudah intervensi pendidikan kesehatan selama 10 sesi di sekolah pada kelompok metode VIPP dan kelompok metode ceramah di Kabupaten Jember.

## METODE

Desain penelitian menggunakan quasi eksperimen dengan *pre-test and post-test design*. Penelitian ini menerapkan dua metode pendidikan kesehatan KRR, yaitu VIPP dan ceramah, sehingga partisipan dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok VIPP dan kelompok ceramah. Partisipan pada kedua kelompok akan mengikuti kegiatan penelitian selama 2,5 bulan yang dibagi kedalam 10 sesi kegiatan, dimana setiap sesi dilaksanakan seminggu sekali dan setiap sesi berlangsung selama 90 menit. Kegiatan penelitian dilaksanakan di sekolah dengan rincian kegiatan, yaitu: sesi 1 *pre-test*, sesi 2-9 materi inti PKPR, dan sesi 10 *post-test* (secara rinci dalam Gambar 1).

Adapun materi setiap sesi pada dua kelompok sama, yaitu: sesi 2 (tumbuh kembang remaja), sesi 3 (nutrisi remaja), sesi 4 (kenakalan remaja), sesi 5 (perilaku merokok dan penyalahgunaan narkoba), sesi 6 (kesehatan reproduksi remaja), sesi 7 (seks bebas, penyakit menular seksual, dan HIV/AIDS), sesi 8 (kehamilan), sesi 9 (pendewasaan usia pernikahan). Teknik kerja VIPP pada sesi 2 sampai dengan sesi 9 dapat dilihat pada tabel 1, adapun teknik kerja metode ceramah adalah dengan hanya memberikan materi dan kemudian tanya jawab seperti pada Gambar 1

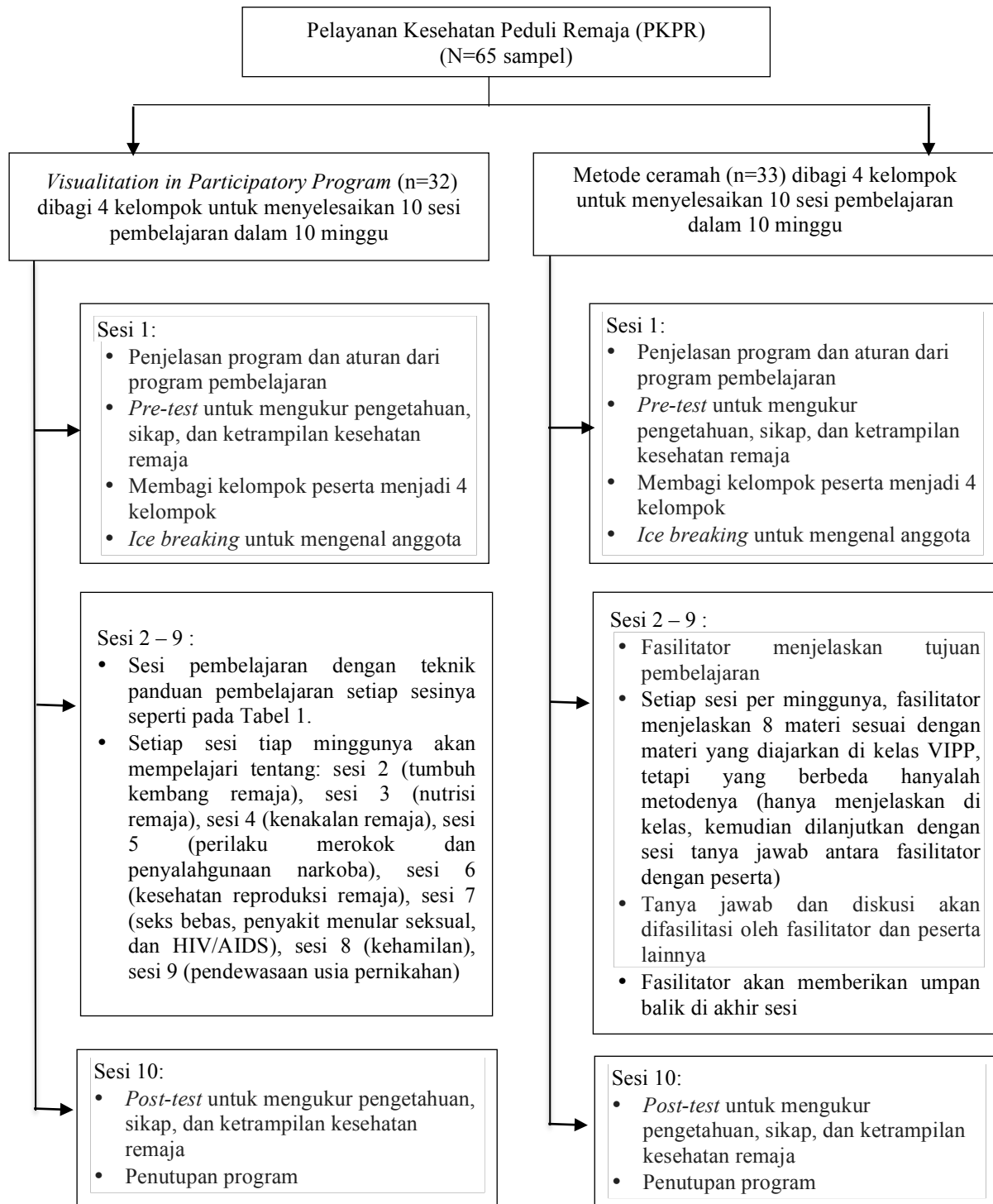
Partisipan dalam penelitian ini adalah siswa SMA di dua wilayah kerja puskesmas Kabupaten Jember yang belum mengikuti program kesehatan remaja. Penjarangan partisipan diawali dengan sosialisasi program PKPR ke puskesmas, kemudian pihak puskesmas melakukan penjarangan sekolah yang mau berpartisipasi dalam program PKPR. Dalam penjarangan, hanya dua SMA yang ikut berpartisipasi, dengan kriteria sampel adalah sudah mengalami pubertas primer dan sekunder, bersedia mengikuti program kegiatan PKPR sampai selesai (10 sesi selama 2,5 bulan). Sebanyak 65 siswa terjaring melalui *multi stage random sampling* yang kemudian dibagi menjadi dua kelompok (32 orang kelompok VIPP dan 33 orang kelompok metode ceramah) yang secara rinci dapat dilihat pada Gambar 1. Partisipan yang terpilih kemudian diberikan penjelasan tentang program kegiatan dan sesi kegiatan yang terdiri dari 10 sesi dan setiap sesi akan berlangsung kegiatan yang secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 1 dan diakhiri dengan permohonan *informed consent*.

Partisipan diminta mengisi kuesioner tertutup yang terdiri dari karakteristik responden (usia, jenis kelamin, dan status pacaran), pengetahuan, sikap, keterampilan KRR. Domain pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR diukur dua kali, yaitu *pre-test* (sesi 1) dan *post-test* (sesi 10). Domain pengetahuan terdiri dari 25 item (dua pilihan jawaban, yaitu benar=1 dan salah=0, dengan rentang skor 0 sampai 25), domain sikap terdiri dari 19 item (empat skala likert, yaitu sangat tidak setuju=1, tidak setuju=2, setuju=3, dan sangat setuju=4, dengan rentang skor 1 sampai 76), dan domain keterampilan terdiri dari 30 item (dua pilihan jawaban, yaitu ya=1 dan tidak=0, dengan rentang skor 0 sampai 30).

Kuesioner dikembangkan berdasarkan modul pelatihan PKPR dari Kementerian Kesehatan dan modul PIK-KRR dari BKKBN. Kuesioner sebelum digunakan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan melalui uji *content validity* dengan analisis kualitatif terkait konten pertanyaan oleh seorang spesialis keperawatan anak, dua orang spesialis

maternatis, dan dua orang spesialis keperawatan komunitas. Hasil analisis spesialis disepakati item pertanyaan untuk mengukur domain pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR, selanjutnya dilakukan uji reliabilitas kuesioner pada pada 50 remaja

yang tidak diikuti pada penelitian ini dengan hasil uji domain pengetahuan (*Cronbach*  $\alpha=0.862$ ), domain sikap (*Cronbach*  $\alpha=0.910$ ), dan domain keterampilan (*Cronbach*  $\alpha = 0.782$ ).



**Gambar 1. Desain penelitian PKPR dengan *Visual in Participatory Program* (VIPP) dan metode ceramah**

**Tabel 1. Panduan teknis kerja *Visual in Participatory Program (VIPP)* pada setiap sesi**

Fase	Deskripsi Kegiatan
Pre Interaksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitator menyiapkan kartu dengan berbagai bentuk, warna, dan ukuran</li> <li>• Fasilitator menyeting ruangan kelas dengan tempat duduk peserta setengah lingkaran</li> <li>• Fasilitator menata meja dan papan tulis didepan untuk meletakkan dan menempelkan kartu hasil kerja peserta nantinya</li> </ul>
Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitator menjelaskan topik dan tujuan pembelajaran VIPP sesi tersebut</li> <li>• Fasilitator membuat kesepakatan bersama dengan peserta, seperti: tidak ada pengulangan, tidak boleh ada dikusi yang berkepanjangan, tidak ada stagnasi diskusi, batas waktu, teknik menyanggah, dan mengeluarkan peserta dari kelas</li> <li>• Mengidentifikasi kekhawatiran dan harapan peserta dengan kartu mood meter</li> <li>• Kontrak waktu pada setiap sesi, yaitu: orientasi (10 menit), menuliskan ide gagasan pendapat pada kartu dan menempelkan kartu didepan (15 menit), presentasi dan diskusi (50 menit), dan umpan balik (15 menit).</li> </ul>
Kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menulis di kartu: Minta peserta untuk menuliskan apa yang mereka tahu mengenai topik yang dipelajari pada sesi tersebut di kartu. Aturan menulis di kartu: satu ide satu kartu, maksimum 3 baris, tulis dengan huruf besar dan jelas, ukuran dan warna berbeda, dan sesuai dengan warna kartu yang telah dibagikan. Setiap peserta boleh menuliskan lebih dari satu ide, tuliskan kata kunci, bukan kalimat lengkap. Minta peserta untuk menempelkan kartu hasil kerjanya di papan tulis untuk setiap kelompok</li> <li>• Presentasi dan Diskusi: Minta setiap kelompok untuk mempresentasikan apa yang telah mereka tulis dan tempelkan didepan dari setiap peserta di kelompoknya. Setelah satu kelompok presentasi, minta kelompok lainnya untuk menanggapi hasil kerja kelompok tersebut dan beri kesempatan pada kelompok tersebut untuk memberikan umpan balik. Aturan selama diskusi dan presentasi: semua peserta anggota kelompok kedepan, pertahankan kontak mata, mencoba dengan presentasi yang kreatif, libatkan seluruh peserta, seluruh kartu hasil kerja dibaca, tidak boleh mengulang-ulang kartu dan memperpanjang diskusi.</li> <li>• Umpan balik: Fasilitator memberikan umpan balik dari hasil presentasi dan diskusi dari semua peserta sesuai dengan topik dan tujuan pembelajaran.</li> </ul>
Terminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitator mengevaluasi pencapaian tujuan pembelajaran dan memberikan umpan balik positif pada peserta.</li> <li>• Fasilitator mengukur kembali harapan dan kekhawatiran peserta di akhir sesi dan apa harapan peserta untuk sesi berikutnya.</li> <li>• Fasilitator menutup sesi pembelajaran.</li> </ul>

Sumber: Buku Panduan PKPR Depkes (2005)

Penelitian ini menerapkan beberapa prinsip etika penelitian melalui *informed consent* yang mencakup aspek penjelasan mengenai proses penelitian, meliputi tujuan penelitian prosedur, pengumpulan data, manfaat dan kerugian menjadi partisipan, kemudian partisipan diberi hak untuk bersedia atau tidak dalam penelitian dengan menjelaskan terlebih dahulu hak dan kewajiban partisipan serta peneliti. Penelitian ini juga memperhatikan masalah kerahasiaan dimana informasi yang diberikan partisipan dirahasiakan dan tidak akan diakses oleh orang selain tim peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil

riset sesuai dengan yang dibutuhkan dalam penelitian. Penelitian ini mendapatkan ijin penelitian dari Lembaga Penelitian Universitas Jember No. 165/UN25.3.1/LT/2015.

Dalam penelitian ini karena subyek adalah anak, maka *informed consent* disampaikan secara aktif lisan kepada siswa dan guru, sedangkan secara pasif melalui siswa yang akan disampaikan kepada orang tua di rumah, sehingga yang menandatangani lembar *informed consent* adalah siswa, orang tua, dan guru. Penelitian dimulai dengan menjelaskan tujuan dan mekanisme

pengumpulan data selama penelitian baik pada kelompok VIPP dan kelompok ceramah, dan kemudian menandatangani *inform consent*.

Data yang terkumpul dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif (frekuensi, persentase, mean, dan standard deviasi) dan uji normalitas data. Karena berdasarkan uji normalitas data menunjukkan normalitas ( $p > 0,05$ ), maka dependent *t-test* digunakan dalam analisis komparatif dengan alpha value  $p < 0,05$  untuk menentukan signifikansi secara statistik.

**HASIL**

Penelitian dilaksanakan pada 65 remaja pada kelompok ceramah (33 orang) dan kelompok VIPP (32 orang) dengan karakteristik yang disajikan pada Tabel 2. Remaja pada kelompok metode ceramah lebih banyak adalah perempuan 24 orang (72,7%) dengan rata-rata usia  $16,09 \pm 0,73$  tahun, adapun pada kelompok VIPP lebih banyak adalah laki-laki 19 orang (59,4%) dengan rata-rata usia  $15,21 \pm 0,59$  tahun. Pada kedua kelompok lebih banyak yang mengaku belum berpacaran, yaitu 20 orang (60,6%) pada metode ceramah dan 28 orang (85,71%) pada kelompok VIPP.

**Tabel 2. Karakteristik remaja kelompok metode ceramah dan *Visualitation in Participatory Program* (VIPP)**

Karakteristik	Metode ceramah (n=33)	VIPP* (n=32)
Umur	$16,09 \pm 0,73^*$ (15 - 17)	$15,21 \pm 0,59^*$ (15 - 18)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9 (27,3)	19 (59,4)
Perempuan	24 (72,7)	13 (40,6)
Status Pacaran		
Ya	13 (39,4)	4 (14,29)
Tidak	20 (60,6)	28 (85,71)

Keterangan \*) Mean  $\pm$  SD (Min - Max); n (%); VIPP= *Visualitation in Participatory Program*

Tabel 3 menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan domain pengetahuan ( $p=0,092$ ) dan sikap ( $p=0,092$ ) KRR pada kelompok metode ceramah, tetapi terdapat perbedaan yang signifikan hanya domain keterampilan KRR ( $p=0,014$ ) sebelum dan

sesudah intervensi pada kelompok metode ceramah. Pada kelompok ceramah, ada kenaikan rata-rata skor keterampilan kesehatan remaja dari  $19,70 \pm 2,99$  menjadi  $20,36 \pm 2,98$  yang berarti semakin baik keterampilan KRR-nya.

**Tabel 3. Perbedaan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kesehatan remaja *Pre-Intervention* dan *Post-Intervention* metode ceramah dan *Visualitation in Participatory Program* (VIPP)**

Domain	<i>Pre intervention</i>		<i>Post intervention</i>	
	Mean $\pm$ SD	t (p)	Mean $\pm$ SD	t (p)
Pengetahuan				
Metode Ceramah	$18,12 \pm 2,26$	6,85 (< 0,001)	$18,61 \pm 1,85$	52,53 (< 0,001)
VIPP	$13,72 \pm 2,88$		$1,22 \pm 0,42$	
Sikap				
Metode Ceramah	$60,33 \pm 4,10$	56,18 (< 0,001)	$59,79 \pm 3,62$	3,34 (< 0,001)
VIPP	$15,13 \pm 2,11$		$56,28 \pm 4,75$	
Keterampilan				
Metode Ceramah	$19,70 \pm 2,99$	35,56 (< 0,001)	$20,36 \pm 2,98$	-45,98 (< 0,001)
VIPP	$1,47 \pm 0,51$		$59,31 \pm 3,81$	

Ket: n=65  
 Mean  $\pm$  SD. t(p) = *t-test* and *p-value*  
 VIPP= *Visualitation in Participatory Program*

Pada Tabel 3 juga menunjukkan pada kelompok VIPP ditemukan adanya perbedaan yang bermakna pada domain pengetahuan ( $p=0,001$ ), sikap ( $p=0,001$ ), dan keterampilan KRR ( $p=0,001$ ) sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok VIPP, terjadi penurunan rata-rata skor pengetahuan sebelum intervensi ( $13,72 \pm 2,89$ ) dan sesudah intervensi menjadi ( $1,22 \pm 0,42$ ) yang berarti terjadi penurunan pengertian terhadap KRR. Domain sikap KRR pada kelompok VIPP, rata-rata skornya naik secara bermakna dari sebelum intervensi ( $15,13 \pm 2,11$ ) dan sesudah intervensi menjadi ( $56,28 \pm 4,75$ ) yang berarti menunjukkan tingkat sikap yang positif terhadap KRR. Adapun domain keterampilan KRR pada kelompok VIPP naik secara bermakna dari sebelum intervensi ( $1,47 \pm 0,51$ ) dan sesudah intervensi menjadi ( $59,31 \pm 3,81$ ) yang menunjukkan adanya kemampuan keterampilan yang lebih baik dalam KRR.

## PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh VIPP dan metode ceramah terhadap pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR dalam kerangka kerja program PKPR di sekolah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa VIPP merubah sikap dan keterampilan KRR yang lebih positif setelah intervensi, tetapi skor pengetahuan KRR tidak mengalami perubahan setelah intervensi. Dilain sisi, metode ceramah secara bermakna hanya meningkatkan keterampilan KRR setelah intervensi, tetapi domain sikap mengalami penurunan dan domain pengetahuan mengalami kenaikan setelah intervensi meskipun tidak bermakna secara statistik. Hal ini menunjukkan bahwa VIPP lebih mengoptimalkan perubahan sikap dan keterampilan KRR, dibandingkan metode ceramah yang hanya merubah keterampilan KRR.

Pada kelompok ceramah tidak terjadi perbedaan yang bermakna domain pengetahuan dan sikap KRR setelah 10 sesi kegiatan PKPR di sekolah. Meskipun apabila dilihat dari perubahan skor, terjadi kenaikan rata-rata pengetahuan KRR yang tidak

bermakna. Hal ini kemungkinan diakibatkan metode ceramah lebih menekankan pada materi yang tersampaikan selama pembelajaran secara tatap muka, sehingga banyak topik bisa dipelajari untuk diingat secara kognitif selama pembelajaran materi KRR. Pender et al<sup>16</sup> menyatakan penguatan informasi materi secara berulang selama pendidikan kesehatan<sup>17</sup> merubah pengertian dan pemahaman informasi yang dipelajari selama pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan.<sup>18</sup>

Pada kelompok ceramah, terjadi penurunan rata-rata skor sikap KRR meskipun tidak bermakna. Hal ini kemungkinan diakibatkan karena pembelajaran dengan metode ceramah, umumnya remaja akan lebih canggung dalam mengungkapkan permasalahan remaja terutama isu kesehatan reproduksi. Hal ini didukung oleh riset sebelumnya bahwa masalah KRR dianggap tabu dan sensitif untuk didiskusikan<sup>19</sup>, sehingga kebutuhan KRR tidak terfasilitasi dengan baik di keluarga, sekolah, ataupun komunitas<sup>1</sup> dan mempengaruhi sikap KRR. Untuk itu, diperlukan suatu upaya yang mampu melibatkan remaja secara aktif dalam pendidikan kesehatan dalam merubah sikap KRR yang lebih positif.

Domain keterampilan KRR pada kelompok ceramah terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi 10 sesi PKPR. Hal ini mengindikasikan pencapaian pendidikan kesehatan. Hal ini sejalan dengan riset sebelumnya bahwa metode pengajaran secara ceramah ataupun kombinasi simulasi memberikan kepuasan peserta didik dalam meningkatkan teknis keterampilan, meskipun metode ceramah hanya akan memberikan dampak pada pengenalan yang baik dalam membaca setiap materi pembelajaran.<sup>20</sup> Pada penelitian ini metode ceramah tidak mampu merubah sikap KRR, hal ini sesuai dengan riset terdahulu yang menunjukkan bahwa peserta didik terkesan bersikap pasif dan negatif dengan metode pembelajaran ceramah<sup>21</sup>, tetapi riset lainnya menunjukkan metode ceramah juga mampu meningkatkan keterampilan<sup>22</sup> tetapi memerlukan pengantar membaca dan fasilitasi yang lebih intensif dalam meningkatkan pengertian dan pemahaman terlebih dahulu.

Pada kelompok VIPP, terjadi penurunan rata-rata skor pengetahuan KRR sebelum intervensi ( $13,72 \pm 2,89$ ) dan sesudah intervensi menjadi  $1,22 \pm 0,42$ . Hal ini menunjukkan tingkat pengertian dan pemahaman KRR menjadi rendah setelah intervensi yang kemungkinan dikarenakan faktor proses belajar selama penerapan metode VIPP dengan cara *problem based learning*. Riset terdahulu menyatakan bahwa metode *problem based learning* kurang akan menghasilkan pemahaman yang baik dari peserta didik apabila tidak didahului dengan pengenalan masalah yang didasari dari konsep dasar yang memadai.<sup>21</sup> Kondisi yang sama dalam penelitian ini, metode VIPP lebih ditekankan pada apa yang diketahui oleh remaja yang kemudian digambarkan kedalam tulisan untuk dilakukan pembahasan, sehingga remaja tidak memiliki konsep dasar dari materi yang akan disampaikan pada sesi pembelajaran. Hal ini diperlukan pendekatan teknis dalam suatu sesi khusus dalam menyiapkan konsep dasar modul pembelajaran aktif dari KRR.

Domain sikap KRR pada kelompok VIPP, rata-rata skornya naik secara bermakna dari sebelum intervensi ( $15,13 \pm 2,11$ ) dan sesudah intervensi menjadi  $56,28 \pm 4,75$ . Hal ini dikarenakan pada metode visualiasi, remaja lebih bebas mengekspresikan persepsi, norma, dan nilai tentang permasalahan remaja pada masa pubertasnya. Hal ini sesuai dengan riset bahwa metode pembelajaran aktif melalui suatu visualisasi konsep dalam kehidupan nyata merupakan suatu metode penilaian pembelajaran yang mampu merubah sikap belajar peserta didik.<sup>23</sup> Metode VIPP ini memvisualisasikan masalah KRR dan kemudian peserta didik berpartisipasi secara aktif dalam menghubungkan konsep tersebut dengan pandangan masalah remaja, sehingga remaja mampu mengadaptasi sikap yang positif terhadap KRR.

Domain keterampilan KRR pada kelompok VIPP naik signifikan dari sebelum intervensi ( $1,47 \pm 0,51$ ) dan sesudah intervensi menjadi  $59,31 \pm 3,81$ . Hal tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa VIPP mampu meningkatkan partisipasi aktif remaja secara efektif dalam pengendalian perilaku merokok dan pencegahan penyalahgunaan

Narkoba<sup>24</sup>, sehingga VIPP sangat efektif untuk dilakukan sebagai metode dalam program promosi kesehatan lainnya. Hal ini sejalan juga dengan penelitian di UK tahun 2012 yang menyatakan bahwa *Design for Vulnerable Generations: Children and Elderly (DEVICE)* Program dirancang khusus sebagai media promosi kesehatan pada kelompok rentan seperti anak yang secara bermakna mampu meningkatkan kemampuan hidup.<sup>25</sup> Hal ini menunjukkan peranan PKPR yang sangat penting bagi remaja di tingkat puskesmas, sehingga remaja dapat memperoleh kebutuhan KRR, tempat bersosialisasi, hingga mendapatkan pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja.

Hasil penelitian ini menunjukkan VIPP dalam program PKPR mampu meningkatkan sikap dan keterampilan KRR. Metode VIPP sebenarnya sudah banyak dilakukan di beberapa *pilot project* di Asia, Amerika Latin, Afrika, Eropa, dan Amerika Utara sebagai program komunikasi dan pendidikan, sebagai *toolkit* untuk partisipatif perencanaan dan pelatihan, serta membangun kemitraan untuk berbagai program termasuk pengembangan dan desain komunikasi daerah inisiatif.<sup>24</sup> Program VIPP mampu kebutuhan KRR kearah yang terencana dan sehat melalui peran aktif remaja dalam pemenuhan kebutuhan KRR secara mandiri. Remaja memerlukan dukungan keluarga<sup>26</sup> dalam meningkatkan pemahaman terkait dengan KRR. World Health Organization (WHO) dan Depkes RI mengadopsi program ini sebagai pendekatan dalam program PKPR<sup>14</sup> sebagai strategi intervensi komunitas bagi kelompok remaja di masyarakat.<sup>27-29</sup> Hal ini sesuai dengan riset bahwa keberhasilan program PKPR dalam meningkatkan pemahaman tentang kebutuhan kesehatan remaja dengan metode VIPP dikarenakan program yang lebih aplikatif<sup>30,31</sup> dan hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian sebelumnya dimana klinik sahabat remaja mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan kesehatan reproduksi remaja.<sup>32</sup> VIPP sebagai media promosi kesehatan harus segera dilaksanakan di puskesmas yang terintegrasi dengan pelayanan di luar gedung dalam menjangkau kesehatan remaja di sekolah, sehingga



mampu menciptakan remaja yang berperilaku sehat di keluarga, sekolah, dan komunitas.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian didapatkan perbedaan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, dan keterampilan kesehatan remaja sebelum dan sesudah intervensi VIPP, meskipun rata-rata skor pengetahuan mengalami penurunan setelah intervensi VIPP. Di sisi lain, metode ceramah hanya mampu merubah keterampilan remaja. Hal ini dapat disimpulkan bahwa program VIPP dapat menjadi metode pilihan sebagai metode pendidikan kesehatan dalam promosi kesehatan pada populasi remaja di komunitas. VIPP memberikan pengaruh yang positif dengan lebih menarik remaja secara aktif dalam pembelajaran, sehingga apa yang divisualisasikan oleh remaja mampu terpetakan dalam tulisan yang kemudian difasilitasi untuk dipecahkan bersama dalam kelompok dengan umpan balik dari fasilitator. Hal ini mampu berdampak pada perubahan perilaku kesehatan remaja yang lebih sehat.

## SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka peneliti menyarankan agar program VIPP dapat dilaksanakan dalam kerangka kerja program PKPR di puskesmas, tetapi diperlukan sesi khusus dalam meningkatkan pemahaman yang sama terkait konsep KRR sebagai pengetahuan dasar. Pelaksanaan program PKPR terintegrasi di sekolah melalui metode VIPP dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR. Program VIPP dapat dirancang bersama antara pihak puskesmas dan sekolah melalui kegiatan pembelajaran ekstra kulikuler dengan adanya buku panduan bagi fasilitator dan peserta didik sehingga program akan menjadi efektif dan efisien. Pihak sekolah dengan guru bimbingan konseling dapat berperan sebagai fasilitator setelah diberikan pelatihan oleh pihak puskesmas, sedangkan pihak puskesmas bertugas melakukan supervisi dan evaluasi program saat program

tersebut diimplementasikan. Disarankan penelitian lanjutan, perlu adanya perbandingan penerapan metode VIPP dengan ceramah ataupun metode pendidikan kesehatan lainnya dalam meningkatkan kapasitas pengetahuan, sikap, dan keterampilan KRR dalam kerangka PKPR di puskesmas.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Kementerian Riset Teknologi dan Pendidikan Tinggi (Kemenristek Dikti) atas dana hibah bersaing tahun 2015 tahun pertama, Lembaga Penelitian Universitas Jember, Dinas Pendidikan Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan, dan Puskesmas di kabupaten Jember, dan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Utomo ID, McDonald P, Reimondos A, Utomo A, Hull TH. Do primary students understand how pregnancy can occur? A comparison of students in Jakarta, West Java, West Nusa Tenggara and South Sulawesi, Indonesia. *Sex Educ.* 2014;14(1):95–109.
2. Ritanti R, Wiarsih W, Asih ID, Susanto T. A phenomenological study of families with drug-using children living in the society. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2017;4(3):100–7.
3. Susanto T, Kimura R, Wuryaningsih EW, Rahmawati I. Persepsi remaja dalam perencanaan keluarga di daerah rural dan urban Kabupaten Jember, Provinsi Jawa Timur, Indonesia. *J Kel Berencana.* 2016;1(1):1–13.
4. Purdy CH. Fun and Safe: Creating a Youth Condom Brand in Indonesia. *Reprod Health Matters.* 2006;14(28):127–34.
5. Diarsvitri W, Utomo ID, Neeman T, Oktavian A. Beyond sexual desire and curiosity: sexuality among senior high school students in Papua and West Papua Provinces (Indonesia) and implications for HIV prevention. *Cult*

- Health Sex. 2011;13(9):1047–60.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DK. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2013.
7. Kiswati K. Evaluasi Pelaksanaan Manajemen Program (PIK-KRR) Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja oleh Penyuluh Keluarga Berencana di Kabupaten Jember Tahun 2011. KISMA. 2012;8(1).
8. BKKBN. Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) [Internet]. 1st ed. BKKBN, editor. Direktorat Bina Ketahanan Remaja, BKKBN Pusat; 2009. Available from: [https://www.k4health.org/sites/default/files/Bagian\\_II\\_Program\\_Pemerintah\\_PIK-KRR.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/Bagian_II_Program_Pemerintah_PIK-KRR.pdf)
9. Susanto T, Rahmawati I, Wuryaningsih EW, Saito R. Prevalence of factors related to active reproductive health behavior: a cross-sectional study Indonesian adolescent. *Epidemiol Health*. 2016;38.
10. Susanto T, Saito R, Kimura R, Tsuda A, Tabuchi N, Sugama J. Immaturity in puberty and negative attitudes toward reproductive health among Indonesian adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 2016;
11. Susanto T, Rahmawati I, Sulistyorini L. Pojok Remaja: Upaya Peningkatan Keterampilan Kesehatan Reproduksi. Vol. 3. 2012. 246-255 p.
12. Susanto T. Pengaruh terapi keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja di Kelurahan Ratujuaya, Kecamatan Pancoran Mas, Kota Depok. *J Keperawatan*. 2010;1(2):190–8.
13. Susanto T. Analisis Situasi Penerapan Manajemen Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Adolescent Friendly) Pada Pemenuhan Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Aggregate Remaja Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. *J Keperawatan*. 2011;2(2):119–30.
14. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. 1st ed. Departemen Kesehatan, editor. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2003. 1-34 p.
15. Utomo I, McDonald P. Adolescent reproductive health in Indonesia: contested values and policy inaction. *Stud Fam Plann*. 2009;40(2):133–46.
16. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 2006;
17. Kholifah SN, Yumni H, Susanto T. Structural model of factors relating to the health promotion behavior of reproductive health among Indonesian adolescents. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(4):367–73.
18. Susanto T, Sulistyorini L, Wuri E, Bahtiar S. School health promotion: A cross-sectional study on Clean and Healthy Living Program Behavior (CHLB) among Islamic Boarding Schools in Indonesia. *Int J Nurs Sci*. 2016;3(3):291–8.
19. Sarnan J. Adolescent Reproductive Health Services in Indonesia: A Challenge to Achieve MDGs. In: 13th World Congress on Public Health [Internet]. wfpha; 2012. p. 0–23. Available from: <https://wfpha.confex.com/wfpha/2012/wbprogram/Paper9579.html>
20. Reime M, Harris A, Aksnes J, Mikkelsen J. The most successful method in teaching nursing students infection control-E-learning or lecture? *Nurse Educ Today*. 2008;28(7):798–806.
21. Nandi P, Chan J, Chan C, Chan P, Chan L. Undergraduate medical education: comparison of problem-based learning and conventional teaching. *Hong Kong Med J*. 2000;6(3):301–6.
22. O’Flaherty J, Phillips C. The use of flipped classrooms in higher education: A scoping review. *Internet High Educ*. 2015;25:85–95.
23. Manoj K, Saxena I, Jayballabh Kumar, Kumar G, Kapoor S. Assessment of Lecture Strategy with Different Teaching Aids. *J Clin diagnostic Res*. 2015;9(1):3–7.
24. Mohamed Nazri MT, Sulastris S, Nur Afni A, Sazaroni MR, Haslina H, Maizurah O, et al. Role of Visualisation in Participatory Programme (VIPP) in Engaging Youth and School Children in Health Promotion Activities: A Four-

- Year Experience in Malaysia. In: International Social Work Conference. Malaysia; 2012. p. 1–10.
25. Eriksson E, Torgersson O. Teaching Interaction Designers How to Design for Vulnerable Generations. In: 10th European Academy of Design Conference Crafting the Future pp UK. 2013. p. 1–18.
  26. Susanto T. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Teori pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga. 1st ed. Jakarta: Trans Info Media; 2012. 1-200 p.
  27. Susanto T, Sahar J, Widyatuti. Peer Sexual and Reproductive Health Education for Adolescent at Tugu, Cimanggis subdistrict, Depok, West Java Security. In: The Fourth International Nursing Conference: Working Together for Health Security. 2012. p. 63.
  28. Susanto T. Intervensi coaching dan guidance dalam peningkatan keterampilan hidup kesehatan reproduksi remaja di Kabupaten Jember. *J Ilm Keperawatan*. 2013;2(2):1–10.
  29. Susanto T, Sahar J, Widyatuti. Model Remaja Untuk Remaja Dalam Pemenuhan Kebutuhan Reproduksi Pada Aggregatte Remaja Di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. *J Ners Indones*. 2015;2(3):1–12.
  30. Susanto T, Sahar J, Widyastuti. Game Therapy as Strategy Intervention Treatment of Community in Accomplishment of Adolescent Reproductive Health in Sub-District of Tugu, Cimanggis, Depok Town, Indonesia. *Indones J Heal Sci*. 2014;4(2):1–12.
  31. Arsani NL, Agustini NN, Purnomo IK. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Buleleng. *J Ilmu Sos dan Hum*. 2013;2(1):129–37.
  32. Susanto T, Rahmawati I. A community-based friendly health clinic: an initiative adolescent reproductive health project in the rural and urban areas of Indonesia. *Int J Nurs Sci*. 2016;3(4):371–8.