

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Remaja

2.1.1 Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan periode transisi dari masa anak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dan berlangsung pada dekade kedua masa kehidupan. Menurut Undang-Undang No.4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum menikah. Piaget (1991) menyatakan bahwa secara psikologis remaja adalah suatu usia dimana individu menjadi terintegrasi kedalam masyarakat dewasa, suatu usia dimana anak tidak merasa bahwa dirinya berada di bawah tingkat orang yang lebih tua melainkan merasa sama atau paling tidak sejajar (Ali, 2005:9).

Masa remaja dapat dikatakan masa yang paling kritis bagi perkembangan pada tahap – tahap kehidupan selanjutnya, ini dikarenakan pada masa ini terjadi begitu banyak perubahan dalam diri individu baik itu perubahan fisik maupun psikologis. Perubahan dari ciri – ciri kanak - kanak menuju kedewasaan pada perempuan ditandai dengan mulainya menstruasi atau buah dada yang semakin membesar, pada anak laki – laki ditandai dengan perubahan suara, otot yang semakin membesar serta mimpi basah. Dalam kondisi perubahan tersebut, remaja biasanya tidak mau lagi dikatakan

sebagai anak – anak, namun remaja pun belum dapat dikatakan sebagai orang dewasa jika dilihat dari berbagai kesiapan yang mereka miliki (Hasmini, 2001).

2.1.2 Tahap – Tahap Usia Remaja

Menurut Sarwono pada tahun 2000, ada tiga tahap perkembangan remaja, yaitu remaja awal, remaja madya dan remaja akhir.

a. Masa Remaja Awal / *Early Adolescence* (11–13 tahun)

Merupakan remaja yang berusia berkisar 11-13 tahun, dimana pada masa ini adalah masa yang paling penting untuk mengetahui pendidikan seks, karena pada masa ini remaja cepat tertarik dengan lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. Oleh karena itu, anak remaja penting untuk mengetahui pendidikan seks sejak dini (Soetjiningsih, 2004)

b. Masa Remaja Pertengahan / *Middle Adolescence* (14-16 tahun)

Merupakan remaja yang berusia berkisar 14-16 tahun, masa ini adalah masa mengenal diri sendiri, menjauhkan diri dari keluarga dan lebih senang bergaul dengan temannya. Remaja mungkin tidak mau berbagi perasaan mereka dengan orang tuanya, jika tidak ditangani secara serius dapat menimbulkan kesenjangan dalam komunikasi dan hilangnya rasa percaya terhadap orang lain. Pada masa ini remaja memerlukan informasi mengenai penyakit menular seksual (Soetjiningsih, 2004).

c. Masa Remaja Akhir / *Late Adolescence* (17-20 tahun)

Merupakan remaja yang berusia berkisar 17-20 tahun, masa ini adalah masa yang sudah lebih terkontrol oleh karena masa ini adalah masa menuju periode dewasa. Pada masa ini remaja mengenal dirinya sendiri, tahu apa

yang menjadi minatnya, mau bersosialisasi dengan orang lain, tidak terlalu egois terhadap keinginannya sendiri, dan dapat membedakan antara hal yang pribadi dengan hal yang umum (Soetjiningsih, 2004).

2.1.3 Karakteristik Remaja Berdasarkan Umur

Karakteristik remaja menurut Kumalasari (2012) adalah sebagai berikut :

1. Masa Remaja Awal (11-13 tahun)

- a. Lebih dekat dengan teman sebaya.
- b. Ingin bebas
- c. Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.
- d. Mulai berpikir abstrak.

2. Masa Remaja Pertengahan (14-16 tahun)

- a. Mencari identitas diri
- b. Timbul keinginan untuk berkencan.
- c. Timbul rasa cinta yang mendalam.
- d. Mengembangkan kemampuan berpikir abstrak.
- e. Berkhayal tentang aktivitas seks.

3. Masa Remaja Akhir (17-21 tahun)

- a. Pengungkapan kebebasan diri.
- b. Lebih selektif dalam mencari teman sebaya.
- c. Mempunyai citra tubuh (*body image*) terhadap dirinya sendiri.
- d. Dapat mewujudkan rasa cinta.

2.1.4 Tugas Perkembangan Remaja

Seiring dengan tumbuh dan berkembangnya seseorang individu, dari masa anak-anak sampai dewasa, individu memiliki tugas masing-masing pada setiap tahap perkembangannya. Tugas yang dimaksud pada setiap tahap perkembangan adalah setiap tahapan usia, individu tersebut mempunyai tujuan untuk mencapai suatu kepandaian, keterampilan, pengetahuan, sikap, dan fungsi tertentu sesuai dengan kebutuhan pribadi. Kebutuhan pribadi itu sendiri muncul dari dalam diri yang dirangsang oleh kondisi di sekitar atau masyarakat.

Tugas perkembangan remaja difokuskan pada upaya meninggalkan sikap dan perilaku kekanak-kanakan serta berusaha untuk mencapai kemampuan bersikap dan berperilaku secara dewasa. Menurut Hurlock (1991) tugas perkembangan remaja tersebut diantaranya adalah :

1. Mampu menerima keadaan fisiknya.
2. Mampu menerima dan memahami peran seks usia dewasa.
3. Mampu membina hubungan baik dengan anggota kelompok yang berlainan jenis.
4. Mencapai kemandirian ekonomi.
5. Mencapai kemandirian emosional.
6. Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat.
7. Memahami dan menginternalisasi nilai-nilai orang dewasa.
8. Mengembangkan perilaku tanggung jawab sosial yang diperlukan untuk memasuki dunia dewasa.

9. Mempersiapkan diri memasuki perkawinan.
10. Memahami dan mempersiapkan berbagai tanggung jawab kehidupan berkeluarga.

2.1.5 Perubahan Fisik pada Remaja

Pada masa remaja terjadi suatu perubahan fisik yang cepat dan disertai banyak perubahan, termasuk didalamnya pertumbuhan organ-organ reproduksi (organ seksual) untuk mencapai kematangan yang ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan fungsi reproduksi. Perubahan yang terjadi pada pertumbuhan tersebut diikuti tanda-tanda sebagai berikut.

1. Tanda-tanda seks primer

Tanda-tanda seks primer yang dimaksud adalah yang berhubungan langsung dengan organ seks. Dalam modul kesehatan reproduksi remaja (Depkes,2002) disebutkan bahwa ciri-ciri seks primer pada remaja adalah:

a. Remaja laki-laki

Remaja laki-laki sudah bisa melakukan fungsi reproduksi bila telah mengalami mimpi basah. Mimpi basah biasanya dialami pada remaja laki-laki berusia antara 10-15 tahun. Mimpi basah sebenarnya merupakan suatu cara tubuh laki-laki ejakulasi. Ejakulasi terjadi karena sperma yang terus-menerus diproduksi perlu dikeluarkan.

b. Remaja perempuan

Pada remaja perempuan sebagai tanda kematangan organ reproduksi adalah ditandai dengan datangnya menstruasi (menarche). Menstruasi adalah proses pelepasan lapisan dalam uterus melalui vagina. Hal ini

berlangsung terus sampai menjelang masa menopause yaitu ketika seorang berumur sekitar 40-50 tahun.

2. Tanda-tanda seks sekunder

a. Remaja laki-laki

- Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
- Bahu melebar, pundak dan dada bertambah besar dan membidang, pinggang menyempit.
- Pertumbuhan rambut di sekitar alat kelamin, ketiak, dada, tangan, dan kaki.
- Tulang wajah memanjang dan membesar tidak tampak seperti anak kecil lagi.
- Tumbuh jakun, suara menjadi besar.
- Penis dan buah zakar membesar.
- Kulit menjadi lebih kasar dan tebal dan berminyak.
- Rambut menjadi lebih berminyak.
- Produksi keringat menjadi banyak.

b. Remaja Perempuan

- Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
- Pinggul lebar, bulat, dan membesar.
- Tumbuh bulu-bulu halus disekitar ketiak dan vagina.
- Tulang-tulang wajah mulai memanjang dan membesar.
- Pertumbuhan payudara, puting susu membesar dan menonjol, serta kelenjar susu berkembang, payudara menjadi lebih besar dan bulat.

- Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, lubang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak, dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
- Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai.
- Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu.

2.1.6 Perubahan Emosional/Psikologis pada Remaja

Pada masa remaja juga terjadi perubahan-perubahan emosi, pikiran, lingkungan pergaulan dan tanggung jawab yang dihadapi. Pada masa ini remaja akan mulai tertarik pada lawan jenis. Remaja perempuan akan berusaha untuk kelihatan atraktif dan remaja laki-laki ingin terlihat sifat lelaki-lakiannya.

Beberapa perubahan mental lain yang juga terjadi adalah berkurangnya kepercayaan diri (malu, sedih, khawatir dan bingung). Remaja juga merasa canggung terhadap lawan jenis. Remaja akan lebih senang pergi bersama-sama dengan temannya daripada tinggal di rumah dan cenderung tidak menurut pada orang tua, cari perhatian dan bertindak tanpa berpikir terlebih dahulu.

Hal ini akan membuat mereka lebih mudah terpengaruh oleh temannya. Remaja perempuan, sebelum menstruasi akan menjadi sangat sensitif, emosional, dan khawatir tanpa alasan yang jelas. Perkembangan psikis ditandai dengan adanya benturan nilai dan faktor kehidupan seperti keluarga, teman, sekolah dan lain-lain. Menurut Myles dkk (1993) ada tiga aspek keprobadian yang cukup penting dalam perkembangan seksualitas. Seperti

harga diri, kemampuan komunitas, dan kemampuan mengambil keputusan (Herdalena, 2003).

2.2 Kesehatan Reproduksi

2.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Menurut Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development/ICPD*) kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya tidak ada penyakit atau kelemahan, tetapi dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses-prosesnya. Menurut BKKBN, (2001), definisi kesehatan reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan.

Menurut WHO kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Sedangkan menurut Depkes RI, 2000 kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah.

2.2.2 Pengertian Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja didefinisikan sebagai suatu keadaan sehat jasmani, psikologis, dan sosial yang berhubungan dengan fungsi dan proses sistem reproduksi pada remaja. Pengertian sehat tersebut tidak semata-mata berarti terbebas dari penyakit atau kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural.

Pada masa ini, seorang anak mengalami kematangan biologis. Kondisi ini dapat menempatkan remaja pada kondisi yang rawan bila mereka tidak dibekali dengan informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada di sekitarnya (Hasmi, 2001).

2.2.3 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Kehidupan

Secara lebih luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi :

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Keluarga Berencana
3. Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk PMS-HIV / AIDS
4. Pencegahan dan penangulangan komplikasi aborsi
5. Kesehatan Reproduksi Remaja
6. Pencegahan dan Penanganan Infertilitas
7. Kanker pada Usia Lanjut dan Osteoporosis
8. Berbagai aspek Kesehatan Reproduksi lain misalnya kanker serviks, mutilasi genitalia, fistula dll.

2.2.4 Hak-Hak Reproduksi

Hak reproduksi perorangan adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga, dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, serta penentuan waktu kelahiran anak dan akan melahirkan. Hak reproduksi ini didasarkan pada pengakuan akan hak-hak asasi manusia yang diakui di dunia internasional (Depkes RI, 2002). Menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain :

1. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
2. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tak melawan hukum.
4. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.

5. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan
6. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsure pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
7. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggungjawab
8. Setiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS

Terpenuhi atau tidaknya kebutuhan hak reproduksi ini akan digambarkan dalam derajat kesehatan reproduksi masyarakat. Untuk Indonesia saat ini, derajat kesehatan reproduksi masih rendah antara lain ditunjukkan oleh angka kematian ibu (AKI) yang masih tinggi, banyaknya ibu hamil yang mempunyai “4 terlalu” (terlalu muda, terlalu sering, terlalu tua, terlalu banyak anak), atau banyak yang mempunyai masalah kesehatan dan kurang energi kronis sehingga memperburuk kesehatan reproduksi masyarakat. Selain itu perempuan juga kurang terlindungi terhadap penularan penyakit menular seksual (PMS), sementara laki-laki kurang paham terhadap upaya pencegahan dan penularannya, yang dapat berakibat buruk terhadap kesehatan reproduksi laki-laki dan perempuan, serta kesehatan keturunannya.

2.2.5 Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

2.2.5.1 Masalah Seks dan Kesehatan Seksualitas

Wiknjosastro (2006) mengatakan bahwa ketidaksiapan remaja menghadapi perubahan-perubahan dalam dirinya termasuk diantaranya menerima kenyataan dorongan seks mulai meningkat dan sulit dikendalikan, sering kurang dipahami oleh orang dewasa yang ada disekitarnya. Nilai dan norma yang ada tidak jarang menyebabkan konflik yang khas remaja, misalnya masalah masturbasi mereka tahu menurut agama itu dilarang, tetapi mereka tidak mempunyai kemampuan untuk mengelola dorongan seksnya. Akibatnya tidak sedikit remaja pria yang memiliki masalah dengan masturbasi.

Situasi diatas diperburuk dengan terbatasnya akses remaja memperoleh informasi seks yang benar dan lenhkap. Dalam ketidaksiapannya remaja harus berhadapan dengan stimulus seks dari lingkungan, dorongan seks yang muncul dalam dirinya, norma masyarakat dengan nilai agama yang harus dipegang teguh. Sementara mereka berjalan sendiri tanpa kawan seiring. Orang tua hingga saat ini masih sulit untuk menjadi kawan seiring remaja untuk masalah seksualitas. Karena banyak orang tua yang masih bingung akan apa yang mereka perbuat. Kebingungan itu meliputi informasi apa yang pantas diberikan kepada remaja dan bagaimana cara memulainya.

2.2.5.2 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Sejak tahun 1994, masalah remaja dibicarakan secara terbuka sebagai salah satu masalah kesehatan reproduksi di konferensi kependudukan di Kairo. Di negara-negara berkembang, salah satu masalah kesehatan

reproduksi seperti angka kematian ibu yang tinggi diduga terkait erat dengan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja. Antara lain, karena masa transisi dari periode anak-anak ke orang dewasa berlangsung terlalu cepat di negara-negara berkembang.

Kematangan biologis remaja perempuan di pedesaan (haid pertama) biasanya segera diikuti dengan perkawinan usia belia yang menghantarkan remaja perempuan pada risiko kehamilan dan persalinan. Hal ini memberikan kontribusi pada tingginya angka kematian ibu akibat komplikasi kehamilan dan persalinan pada usia dini. Di sisi lain, kematangan biologis remaja laki-laki dan perempuan di perkotaan kehamilan tak diinginkan, upaya pengguguran kandungan secara tidak aman, infeksi saluran reproduksi termasuk penyakit menular seksual dan akibat kecacatan yang harus dialami (Kollmann, 1998). Kesehatan reproduksi sendiri seringkali berkaitan dengan risiko-risiko (Outlook, 2000), diantaranya :

a. Kehamilan

Kehamilan dan persalinan membawa risiko kesakitan dan kematian yang lebih besar pada remaja dibandingkan pada perempuan yang telah berusia 20 tahunan, terutama di wilayah dimana pelayanan medis sangat langka atau tidak tersedia. Remaja perempuan berusia di bawah 18 tahun berisiko 2-5 kali terhadap kematian (*maternal mortality*) dibandingkan perempuan usia 18-25 tahun akibat persalinan lama dan persalinan macet, perdarahan maupun faktor lain. Kegawat-daruratan akibat kehamilan, misalnya tekanan darah tinggi dan anemia juga lebih sering terjadi pada ibu-ibu berusia remaja, terutama pada daerah dimana kekurangan gizi merupakan endemis.

- b. Aborsi yang tidak aman
- c. Penyakit menular seksual
- d. *Female Genital Mutilation (FGM)* atau Sunat perempuan
- e. Faktor Sosial budaya

Diberbagai negara, praktik pernikahan yang diatur oleh orangtua pada gadis dibawah 14 tahun masih sangat umum. Hubungan seksual terjadi pada gadis usia 9-12 tahun karena banyak laki-laki dewasa mencari gadis muda sebagai pasangan seksual untuk melindungi diri mereka sendiri terhadap penularan PMS/HIV.

2.3 Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Konsep pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Soekidjo, Notoadmojo, 2003:97).

Menurut Craven dan Hirnle,1996 pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik belajar atau instruksi dengan tujuan untuk mengingat fakta/kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), dan aktif memberikan informasi – informasi. Sedangkan menurut Wahit,dkk (2006)

pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur, akan tetapi perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan.

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Ida Bagus, Tjitarsa (1992) di antaranya :

1. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
2. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
3. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat .

Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang – Undang Kesehatan No.23 tahun 1992 maupun WHO yakni : “Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial, pendidikan kesehatan disemua program kesehatan baik pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya”.

2.3.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, diantaranya dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1. Dimensi sasaran

Dari dimensi ini, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi

3, yaitu:

Pertama, pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.

Kedua, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.

Ketiga, pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2. Dimensi tempat pelaksanaan

Dalam dimensi tempat pelaksanaan, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat berbeda, dengan begitu sasarannyapun dapat berbeda-beda pula, misalnya :

- Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah-rumah sakit dengan sasaran pasien ataupun keluarga pasien,
- Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja, dilakukan di beragam tempat kerja dengan sasaran buruh, karyawan dan pekerja yang bersangkutan.

3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

Dalam dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menurut Leavel & Clark sebagai berikut :

a. *Health Promotion* atau peningkatan kesehatan, yaitu peningkatan status kesehatan masyarakat dengan melalui beberapa kegiatan.

- Pendidikan kesehatan (*Health Education*).
- Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan tentang masalah gizi.
- Pengamatan tumbuh kembang anak (*Growht and Development Monitoring*).
- Pengadaan rumah sehat.
- Konsultasi perkawinan (*Marriage Counseling*).
- Pendidikan sex (*Sex Education*).
- Pengendalian lingkungan.
- Program P2M (Pemberantasan Penyakit Menular) melalui kegiatan imunisasi dan pemberantasan vektor.
- Stimulasi dan bimbingan dini atau awal dalam kesehatan keluarga dan asuhan keperawatan pada anaka atau balita serta penyuluhan tentang pencegahan terhadap kecelakaan.
- Program kesehatan lingkungan dengan tujuan menjaga lingkungan hidup manusia agar aman dari bibit penyakit seperti bakteri, virus dan jamur serta mencegah kemungkinan berkembangnya vektor.
- Asuhan keperawatan pre natal dan pelayanan keluarga berencana (KB).

- Perlindungan gigi (*Dental Prophylaxis*).
- Penyuluhan untuk pencegahan keracunan.

b. *General and specific protection* (perlindungan umum dan khusus), merupakan usaha kesehatan untuk memberikan perlindungan secara khusus atau umum kepada seseorang atau masyarakat. Bentuk perlindungan tersebut dapat berupa :

- Immunisasi dan hygiene perseorangan (*Personal Hygiene*).
- Perlindungan diri dari kecelakaan (*Accidental Safety*).
- Perlindungan diri dari lingkungan (*Protectif Self Environment*).
- Kesehatan kerja (*Occupational Health*).
- Perlindungan diri dari carcinogen, toxin dan alergen.
- Pengendalian sumber-sumber pencemaran.

c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat). Usaha ini dilakukan karena rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di masyarakat. Bentuk usaha tersebut dapat dilakukan melalui :

- Penemuan kasus secara dini (*Early Case Finding*).
- Pemeriksaan massal (*Mass Screening*).
- Survey terhadap kontak, sekolah dan rumah (*Contack, Survey, School Survey, Household Survey*).
- Penanganan kasus (*Case Holding*) dan pengobatan adekuat (*Adequate Treatment*).

d. *Disability Limitation* atau pembatasan kecacatan. Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit menyebabkan masyarakat sering tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak lengkap dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini, dan dapat berupa :

- Penyempurnaan dan intensifikasi terapi lanjutan
- Pencegahan komplikasi
- Perbaikan fasilitas kesehatan
- Penurunan beban sosial penderita

e. *Rehabilitation* atau rehabilitasi. Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan kecacatannya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan tertentu. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran orang tersebut dapat mengakibatkan ia tidak melakukan latihan yang dianjurkan, kadang mereka juga merasa malu untuk kembali ke masyarakat, disisi lain sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu, jelas pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat (Wahit, dkk. 2006:138-141).

2.3.4 Metode Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja di Sekolah

Notoatmodjo (2007:116) mengemukakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan juga bergantung pada metode

pendidikan yang dilakukan. Metode pendidikan untuk sasaran individual, kelompok, dan massa (*public*) berbeda antara satu dengan lainnya.

1. Metode pendidikan individual (perseorangan)

Bentuk dari pendekatan ini, antara lain:

- a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)
- b. Wawancara (*interview*)

2. Metode pendidikan kelompok

- a. Kelompok besar
 - Ceramah
 - Seminar
- b. Kelompok kecil
 - Diskusi kelompok
 - Curah pendapat (*brain storming*)
 - Bola salju (*snow balling*)
 - Memainkan peran (*role play*)
 - Permainan simulasi (*simulation game*)

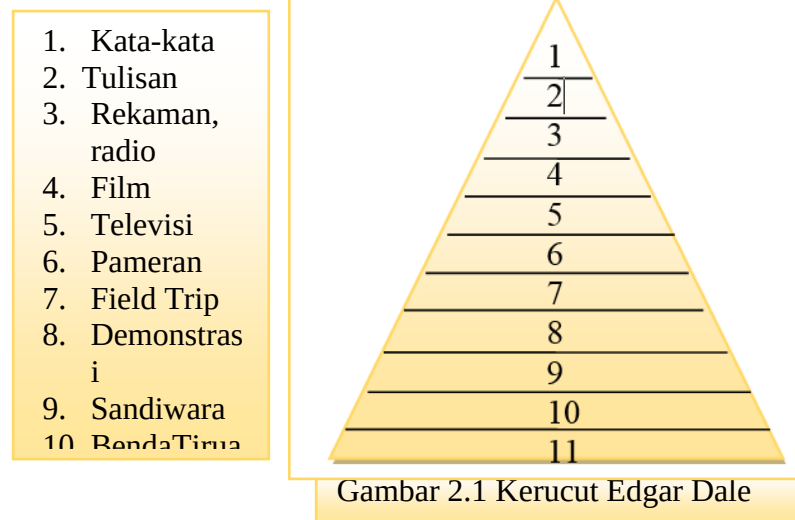
3. Metode pendidikan masa (*public*)

- a. Ceramah umum
- b. Pidato dan diskusi
- c. Tulisan pada majalah atau koran
- d. Simulasi di televisi
- e. Bill Board

2.3.5 Alat Bantu dan Media Pendidikan Kesehatan

2.3.5.1 Alat Bantu (Peraga)

Merupakan alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan pendidikan atau pengajaran. Sering disebut peraga karena berfungsi untuk membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran.



Dari gambar kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsi bahan pendidikan/pengajaran. Sedangkan kata-kata saja sangat kurang efektif atau intensitasnya paling rendah.

2.3.5.2 Manfaat Alat Bantu Pendidikan

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Membantu mengatasi hambatan bahasa.

4. Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
5. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih tepat.
6. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan yang diterima kepada orang lain.
7. Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/informasi oleh para pendidik/pelaku pendidikan.
8. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
9. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik.
10. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

2.3.5.3 Macam Alat Bantu Pendidikan

1. Alat Bantu Lihat (*Visual Aids*)
 - a. Alat yang diproyeksikan, misalnya : slide, film, film strip
 - b. Alat yang tidak diproyeksikan:
 - 1) Dua dimensi, gambar peta, bagan dan sebagainya.
 - 2) Tiga dimensi, bola dunia, boneka
2. Alat Bantu Dengar (*Audio Aids*), misalnya piringan hitam, radio, pita suara, dll
3. Alat Bantu Lihat-Dengar (*Audio Visual Aids*), misalnya televisi, video, dll.

2.4 Pengetahuan (*Knowledge*).

2.4.1 Pegertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Soekanto, 2003: 8). Menurut Wahit, dkk. 2006, pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami, baik secara sengaja maupun tidak disengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu.

2.4.2 Tingkatan Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo (2007), pengetahuan memiliki 6 tingkatan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, mengingat kembali termasuk (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari sesuatu bahan atau rangsangan yang telah diterima. Oleh karena itu, tahu (*know*) ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tersebut tahu (*know*) tentang apa yang dipelajari antara lain dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan lain sebagainya.

2. Memahami (*Comperhension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara

luas dan benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi nyata/sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi lainnya.

4. Analisis (*Analysis*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

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

didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

2.4.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Mubarak (2012) menyatakan bahwa sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Pendidikan, merupakan bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkannya.
2. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.
3. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yang pertama adalah perubahan ukuran, kedua perubahan proporsi, ketiga hilangnya ciri-ciri lama dan yang keempat adalah timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat

pematangan fungsi organ. Sedangkan pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.
5. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya.
6. Kebudayaan lingkungan sekitar, yakni kebudayaan kita hidup dan di besarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang (Saifuddin A.,2002).
7. Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2.5 Sikap (*Attitude*)

2.5.1 Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata dapat menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Newcomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka.

2.5.2 Komponen Pokok Sikap

Alleport (1954) dalam Mubarak (2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yaitu :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

2.5.3 Tingkatan Sikap

Sikap mempunyai beberapa tingkatan, yaitu :

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) tersebut mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek. Secara langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden.

2.5.4 Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap menurut Azwar (2013), yaitu :

1. Observasi Perilaku : untuk mengetahui sikap seseorang terhadap sesuatu kita dapat memperhatikan perilakunya, sebuah perilaku merupakan salah satu indikator sikap individu. Perilaku yang kita amati mungkin saja dapat menjadi indikator sikap dalam konteks situasional tertentu akan tetapi interpretasi sikap harus sangat berhati-hati apabila hanya didasarkan dari pengamatan terhadap perilaku yang ditampilkan oleh seseorang.
2. Penanya Langsung : secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek.
3. Secara Tidak Langsung : dapat dibuat pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat mereka.

2.6 Pendidikan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja SMP

2.6.1 Kebijakan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja di Sekolah

Menurut Undang-Undang Kesejahteraan Anak (UU No. 4/1979), semua orang usia di bawah 21 tahun dan belum menikah disebutkan sebagai anak-anak. Oleh karena itu berhak mendapat perlakuan kemudahan-kemudahan yang memperuntukkan bagi anak (misalnya pendidikan dan perlindungan dari orang tua) (Depkes RI, 2005). Dalam UU no. 23 Tahun 1992 pada BAB V pasal 45 disebutkan bahwa kesehatan diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan sehat, sehingga peserta didik dalam dapat belajar, tumbuh dan berkembang

secara hamonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang lebih berkualitas.

Pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah menjadi bagian pendidikan kesehatan di sekolah yang termuat dalam surat Keputusan bersama 4 menteri Nomor 1/U/SKB; Nomor 1067/Menkes/SKB/VII/2003; Nomor MA/230 A/2003; Nomor 26 Tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Pembinaan dan pengembangan UKS (Purnomo Ananto, 2006).

2.6.2 Materi Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Sekolah Menengah

Pertama.

Menurut Laurike Moeliono tahun 2003

- 1) Perkembangan Psikologi Remaja.
- 2) Organ Reproduksi
- 3) Proses Pembuahan dan Kehamilan.
- 4) Hak-Hak Seksual dan Reproduksi:
- 5) Dorongan seksual, Daya Tarik Lawan Jenis.
- 6) Pacaran Sehat.
- 7) Kebersihan dan Kesehatan Diri.
- 8) Risiko Reproduksi (Anemia, Kehamilan Tak Diinginkan (KTD) dan Aborsi, Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV&AIDS, Kekerasan Seksual, Perilaku Kesehatan Reproduksi Sehat).

2.6.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi pada Remaja

Menurut jurnal yang ditulis oleh Dian Savitri, Kirnantoro, dan Siti Nurunnayah asal STIKES Alma Ata Yogyakarta dan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta pada tahun 2013 berdasarkan penelitian yang telah mereka

lakukan, didapatkan kesimpulan bahwa pemberian pendidikan kesehatan reproduksi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan remaja. Jika dilihat nilai perbedaan rata-rata, nilai rata-rata *posttest* lebih tinggi dibandingkan dengan *pretest*, hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan kearah yang positif, artinya tingkat pengetahuan menjadi lebih baik setelah diberi intervensi. Dengan demikian, intervensi yang diberikan berhasil meningkatkan pengetahuan remaja.

2.7 FGD (*Foccus Group Discussion*)

2.7.1 Pengertian FGD

Foccus Group Discussion (FGD) adalah salah satu teknik dalam mengumpulkan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan dari moderator/fasilitator mengenai suatu topik.

2.7.2 Pelaksanaan FGD

a. Persiapan sebelum Kegiatan (Acara Pertemuan) FGD

- (1) Tim fasilitator (pengundang) harus datang tepat waktu sebelum peserta (undangan) tiba. Tim fasilitator sebaiknya memulai komunikasi secara informal dengan peserta yang berguna untuk menjalin kepercayaan dan pendekatan masyarakat.
- (2) Tim fasilitator harus mempersiapkan ruangan sedemikian rupa dengan tujuan agar peserta dapat berpartisipasi secara optimal dalam FGD. Sebaiknya peserta duduk melingkar bersama-sama dengan fasilitator pemandu diskusi. Pencacat biasanya duduk di luar lingkaran tersebut tetapi masih di sekitar lingkaran itu. Fasilitator harus mengusahaakan

tidak ada interupsi dari luar dan menjamin bahwa semua peserta yang berpartisipasi duduk selingkar.

b. Pembukaan FGD (Pemanasan dan Penjelasan)

- (1) Pemandu diskusi hendaknya memulai dengan melakukan pemanasan dan penjelasan tentang beberapa hal, seperti: sambutan, tujuan pertemuan, prosedur pertemuan dan pengenalan.
- (2) Dalam menyampaikan sambutan pembuka ucapkanlah terima kasih atas kehadiran informan (peserta). Tekankan arti penting kehadiran mereka sambil menjelaskan pengertian umum FGD. Jelaskanlah maksud dan tujuan diadakannya pertemuan FGD yang sedang dilakukan.
- (3) Perkenalkan diri (nama-nama fasilitator) dan peranannya masing-masing. Kemudian mintalah pula peserta memperkenalkan diri. Pemandu harus cepat mengingat nama peserta yang berguna pada saat memimpin diskusi.
- (4) Jelaskan prosedur pertemuan, seperti: menjelaskan penggunaan alat perekam, kerahasiaan dijaga dan hanya untuk kepentingan studi ini saja, peserta tidak perlu menunggu untuk dimintai pendapat, silahkan berbicara satu per satu sehingga bisa direkam dan tata tertib lainnya untuk kelancaran pertemuan.
- (5) Jelaskan bahwa pertemuan tidak ditujukan untuk mendengarkan memberikan ceramah kepada peserta dan tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari peserta. Tekankan juga bahwa pendapat dari semua peserta sangat penting sehingga diharapkan semua peserta dapat mengeluarkan pendapatnya. Sampaikan bahwa oleh karena itu

fasilitator akan mengemukakan sejumlah pertanyaan yang sudah dipersiapkan sebelumnya.

- (6) Mulailah pertemuan dengan mengajukan pertanyaan bersifat umum yang tidak berkaitan dengan masalah atau topik diskusi. Setelah itu proses itu dilalui, barulah mulai memandu pernyataan dengan menggunakan acuan panduan yang sudah disediakan.

c. Penutupan FGD

- (1) Untuk menutup pertemuan FGD, menjelang acara berakhir jelaskanlah kepada peserta bahwa acara diskusi kita tentang masalah dan atau topik tadi segera akan selesai. Jika pemandu sudah memiliki beberapa kesimpulan umum yang dinilai cukup kuat, sampaikanlah secara singkat point- point pentingnya. Untuk itu tanyakan kembali kepada masing-masing peserta apakah masih ada lagi pendapat atau komentar yang ingin disampaikan atau ditambahkan. Komentar yang sesuai dapat digali lebih mendalam.
- (2) Menjelang pertemuan benar-benar ditutup, sampaikanlah terima kasih kepada peserta atas partisipasi mereka dan nyatakan sekali lagi bahwa pendapat-pendapat mereka semua sangat berguna. Sesudah FGD selesai, tim fasilitator harus segera berkumpul untuk melengkapi catatan lapangan hasil dan proses FGD.

2.7.3 Kekuatan Dan Kelemahan FGD

1. Kekuatan

- (a) *Sinergisme*. Suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas.

- (b) *Manfaat bola salju*. Komentar yang didapat secara acak dari peserta dapat memacu reaksi berantai respons yang beragam dan sangat mungkin menghasilkan ide-ide baru.
- (c) *Stimulan*. Pengalaman diskusi kelompok sebagai sesuatu yang menyenangkan dan lebih mendorong orang berpartisipasi mengeluarkan pendapat.
- (d) *Keamanan*. Individu biasanya merasa lebih aman, bebas dan leluasa mengekspresikan perasaan dan pikirannya dibandingkan kalau secara perseorangan yang mungkin ia akan merasa khawatir
- (e) *Spontan*. Individu dalam kelompok lebih dapat diharapkan menyampaikan pendapat atau sikap secara spontan dalam merespons pertanyaan, hal yang belum tentu mudah terjadi dalam wawancara perseorangan.

2. Kelemahan/Kesulitan

- (a) Karena dapat dilakukan secara cepat dan murah, FGD sering digunakan oleh pembuat keputusan untuk mendukung dugaan/pendapat pembuat keputusannya. Persoalannya adalah, seberapa jauh FGD dilakukan sesuai prinsip dan prosedur yang benar.
- (b) FGD terbatas untuk dapat memperoleh informasi yang lebih mendalam dari seorang individu yang mungkin dibutuhkan. Hal ini disebabkan FGD terbatas waktu dan memberi kesempatan secara adil bagi semua peserta untuk menyampaikan pendapatnya. Untuk ini FGD tidak boleh dipertentangkan dengan metode lainnya, tetapi justru harus dilihat sebagai saling melengkapi.

- (c) Teknik FGD mudah dilaksanakan, tetapi sulit melakukan interpretasi datanya.
- (d) FGD memerlukan fasilitator- moderator (pemandu diskusi) yang memiliki ketrampilan tinggi. Hal ini amat berpengaruh terhadap hasil.