

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN METODE *PEER EDUCATION* MENGENAI SKRINING PRAKONSEPSI TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP WANITA USIA SUBUR DI WILAYAH KABUPATEN AGAM TAHUN 2016

Yulizawati^{1*}, Lusiana El Sinta B², Ayu Nurdiyan³, Aldina Ayunda Insani⁴

¹⁻⁴Prodi S1 Kebidanan FK UNAND, Jln. Niaga no. 56 Kota Padang, Indonesia

INFORMASI ARTIKEL:

Riwayat Artikel:

Tanggal diterima April 2016

Tanggal di revisi Agustus 2016

Tanggal di Publikasi Desember 2016

ABSTRAK

Latar belakang kesehatan prakonsepsi merupakan bagian dari kesehatan secara keseluruhan antara perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya yang berguna untuk mengurangi risiko dan mempromosikan gaya hidup sehat untuk mempersiapkan kehamilan sehat dan meningkatkan kemungkinan memiliki bayi yang sehat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode *peer education* mengenai skrining prakonsepsi terhadap pengetahuan dan sikap wanita usia subur.

Penelitian ini merupakan studi *quasi eksperimental* dengan rancangan *pretest-posttest design*. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner. Dilakukan pendidikan kesehatan dengan metode *peer group* pada kelompok intervensi, dan pada kelompok kontrol tidak dilakukan. Data dianalisa menggunakan uji t-test, dan nilai $p < 0.05$ dianggap bermakna secara statistik.

Rerata pengetahuan posttest pada kelompok intervensi sebesar $6,61 \pm 1,59$ dan pada kelompok kontrol sebesar $6,23 \pm 1,31$. Rerata sikap pada kelompok intervensi sebesar $26,71 \pm 4,81$ dan pada kelompok kontrol sebesar $29,97 \pm 2,51$. Terdapat perbedaan yang bermakna pada sikap WUS di kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan p value $0,010 (<0,05)$. Tidak terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan WUS pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan p value $> 0,05$.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *peer education* berpengaruh terhadap peningkatan sikap WUS mengenai skrining pranikah. Perlu adanya sosialisasi berkelanjutan tentang pentingnya skrining pranikah pada calon pengantin.

Kata kunci: peer education, skrining pranikah, pengetahuan, sikap

ABSTRACT

Background Preconceptional health is part of overall health between women and men during their reproductive lifetime to reduce risk and promote healthy lifestyles to prepare for healthy pregnancies and increase the chances of having healthy babies. The purpose of this study was to determine the effect of health education by peer education method of preconception screening of the knowledge and attitude of women of child-bearing age.

This study is an experimental quasi study with pretest-posttest design. The instrument used is questionnaire. Conducted health education by peer group method in the intervention group, and in the control group was not performed. Data were analyzed using t-test, and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

The mean of posttest knowledge in the intervention group was $6,61 + 1,59$ and in the control group was $6,23 + 1,31$. The mean attitude in the intervention group was $26,71 + 4,81$ and in the control group of $29,97 + 2,51$. There was a significant difference in WUS attitudes in the intervention group and control group with p value $0.010 (<0.05)$. There was no significant difference between knowledge of WUS in intervention group and control group with p value $> 0,05$.

From the results of the study it can be concluded that health education with peer education method has an effect on the increase of WUS attitude about prenuptial screening. There needs to be continuous socialization about the importance of premarital screening on prospective brides. **Keywords:** peer education, prenuptial screening, knowledge, attitude

PENDAHULUAN

AKI dan AKB merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat. Saat ini, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia merupakan yang tertinggi di ASEAN yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2012). Untuk menurunkan AKI dan AKB serta meningkatkan kualitas kesehatan, salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah perawatatan kesehatan yang dimulai pada saat sebelum terjadinya konsepsi, yang dapat dimulai pada saat remaja. Perawatan kesehatan prakonsepsi mengacu pada intervensi biomedis, perilaku, dan preventif sosial yang dapat meningkatkan kemungkinan memiliki bayi yang sehat (WHO, 2013). Untuk dapat menciptakan kesehatan prakonsepsi dapat dilakukan melalui skrining prakonsepsi. Skrining prakonsepsi sangat berguna dan memiliki efek positif terhadap kesehatan ibu dan anak. Penerapan kegiatan promotif, intervensi kesehatan preventif dan kuratif sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak sehingga membawa manfaat kesehatan untuk remaja, baik perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya baik sehat secara fisik, psikologis dan sosial, terlepas dari rencana mereka untuk menjadi orang tua (WHO, 2013).

Skrining prakonsepsi ini telah dijalankan dengan baik di beberapa negara, baik yang berprestasi tinggi seperti Italia, Belanda dan Amerika Serikat, atau negara yang berprestasi rendah dan menengah negara, seperti Bangladesh, Filipina dan Sri Lanka (WHO, 2013).

WHO menyebutkan bahwa 4 dari 10 wanita mengalami kehamilan yang tidak direncanakan sehingga mengakibatkan kebutuhan kesehatan esensial saat kehamilan akan berkurang hingga 40%.

kesehatan prakonsepsi dapat berubah dan meningkat maka membutuhkan perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku individu, tenaga

kesehatan dan pembuat kebijakan (Johnson, 2008). Salah satu metode yang efektif yang dapat digunakan untuk menyebarkan materi mengenai kesehatan reproduksi adalah dengan menggunakan metode *peer education*. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dean, menyatakan bahwa salah satu strategi yang perlu dikembangkan untuk mempromosikan skrining prakonsepsi ini adalah dengan melibatkan petugas berbasis masyarakat, salah satunya yaitu *peer educator* (Dean, 2014).

Pendidikan kesehatan merupakan proses pendidikan seseorang mengenai kesehatan yaitu pelaksanaan dari suatu proses perencanaan berdasarkan teori-teori pendidikan yang dilaksanakan terhadap individu, kelompok, atau masyarakat yang dilaksanakan dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran untuk perubahan perilaku sehingga meningkatkan kesehatan di masa datang yang dapat dilakukan di lingkungan masyarakat, sekolah, dan terhadap pasien. (Glanz, 2008)

Proses pendidikan kesehatan mempunyai beberapa aspek penting, yaitu aspek masukan atau sasaran belajar seperti individu, kelompok, masyarakat, aspek proses atau mekanisme terjadinya perubahan perilaku yang dipengaruhi oleh faktor sasaran belajar, fasilitator atau pendidik, metode belajar, alat bantu dan materi yang dipelajari, dan aspek hasil yaitu perubahan perilaku dari kelompok sasaran yang diberikan pendidikan kesehatan. (McKenzie, 2005)

Untuk mencapai perubahan perilaku, ada dua cara pendekatan yang dapat dilakukan yaitu secara pendekatan pendidikan dan secara paksaan. Pendidikan merupakan upaya pembelajaran pada masyarakat agar mau melakukan tindakan-tindakan yang dapat memelihara kesehatannya yang biasanya proses ini memerlukan waktu yang relatif lama, tetapi dapat bertahan lama dalam diri individu. Paksaan atau tekanan yang diberikan pada individu atau masyarakat agar terjadi perubahan perilaku tidak terjadi karena proses pembelajaran, pemahaman, dan kesadaran sehingga tidak akan bertahan lama.

Pendidikan sebaya merupakan suatu proses KIE dengan pendekatan komunikasi yang

dilakukan oleh kalangan sebaya yaitu dari kelompok yang sama yang bertujuan untuk memberi perubahan pada teman yang lain dengan mencoba untuk mengubah pengetahuan, sikap, keyakinan, atau perilaku. Pendidikan sebaya adalah bentuk dari rasa senasib sepenanggungan yang dapat dilakukan dalam bentuk komunikasi dua arah dengan teman sebaya. Pendidik sebaya/*peer educator* dilatih dan didorong untuk menyebarkan pengetahuan kepada teman-teman sebaya sesuai dengan masalah yang sedang dihadapi oleh teman-teman sebayanya. (PMI, 2008) (UNAIDS, 1999)

Pendidik sebaya merupakan pendidik yang telah dilatih sebelumnya dan mempunyai tugas untuk memberikan pendidikan kesehatan pada teman-teman sekelompoknya. Pendidik sebaya diperlukan karena pendidik sebaya menggunakan bahasa yang hampir sama sehingga informasi yang didapat mudah dipahami teman sebaya, selain itu, teman sebaya mudah mengemukakan pikiran dan perasaannya pada pendidik sebaya sehingga pesan-pesan sensitif dapat dibicarakan lebih terbuka dan santai.

Skrining pra nikah atau disebut juga perawatan prakonsepsi adalah serangkaian intervensi yang bertujuan mengidentifikasi dan memodifikasi risiko biomedis, perilaku, dan sosial yang berkaitan dengan kesehatan wanita serta hasil kehamilan nantinya. Skrining prakonsepsi dilakukan sebagai langkah pertama untuk memastikan kesehatan calon ibu serta calon anak sedini mungkin, bahkan sebelum proses pembuahan terjadi. (CDC, 2006) Yang termasuk dalam Perawatan masa prakonsepsi yaitu pada masa sebelum konsepsi dan masa anatara konsepsi yang dapat dimulai dalam jangka waktu dua tahun sebelum konsepsi. (WHO, 2013)

Manfaat skrining pranikah :

1. Bagi seorang wanita. skrining pra nikah tidak hanya sekedar untuk merencanakan kehamilan, tetapi untuk menjaga dan memilih kebiasaan untuk hidup sehat
2. bagi seorang laki laki. skrining pra nikah berguna untuk memilih untuk menjaga tetap sehat dan membantu

orang lain untuk melakukan hal yang sama, dan sebagai mitra wanita berarti mendorong dan mendukung kesehatan pasangannya dan jika menjadi seorang ayah, ia akan melindungi anak-anaknya. Jadi kesehatan prakonsepsi adalah tentang menyediakan diri sendiri dan orang yang Anda cintai dengan masa depan yang cerah dan sehat.

3. Bagi bayi. skrining pra nikah akan membuat orang tua melaksanakan hidup sehat sebelum dan selama kehamilan sehingga akan melahirkan bayi tanpa cacat atau keadaan yang tidak normal lainnya dan memberi kesempatan pada bayi terhadap bayi untuk memulai kehidupannya dengan sehat.
4. Bagi keluarga. skrining pra nikah akan menciptakan keluarga yang sehat dan akan menciptakan kualitas keluarga yang lebih baik dimasa yang akan datang. (CDC, 2006)

Perawatan prakonsepsi memiliki efek positif pada berbagai aspek kesehatan antara lain :

1. mengurangi angka kematian ibu dan anak
2. mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
3. mencegah komplikasi selama kehamilan dan persalinan
4. mencegah bayi lahir mati , lahir prematur dan Berat lahir rendah
5. mencegah cacat lahir
6. mencegah infeksi neonatal
7. mencegah berat badan rendah dan stunting
8. mencegah penularan vertikal HIV / IMS
9. menurunkan risiko beberapa bentuk kanker pada anak
10. menurunkan risiko diabetes tipe 2 dan kardiovaskular penyakit di kemudian hari (CDC, 2006)

Intervensi dalam skrining pranikah :

1. Mengelola kondisi medis (seperti diabetes, obesitas, fenilketonuria, infeksi menular seksual, hipotiroidisme, gangguan kejang, dan HIV), termasuk konseling wanita tentang pilihan pengobatan yang paling aman selama kehamilan.

2. Konseling perempuan untuk menghindari risiko tertentu (seperti konsumsi alkohol, merokok, resep dan over-the-counter penggunaan obat teratogenik, asupan vitamin berlebih, gizi, dan paparan zat beracun).
3. Konseling perempuan untuk terlibat dalam perilaku sehat (seperti perencanaan reproduksi kehidupan, konsumsi asam folat, dan nutrisi yang tepat).
4. Konseling perempuan tentang ketersediaan vaksin untuk melindungi bayi mereka dari konsekuensi dari infeksi yang mempengaruhi ibu (seperti rubella, varicella, dan hepatitis B).
5. Konseling pria untuk menghindari risiko tertentu (seperti penggunaan tembakau dan paparan zat beracun).
6. Konseling orang untuk terlibat dalam perilaku sehat (seperti perencanaan reproduksi kehidupan, nutrisi yang tepat, dan pemeliharaan berat badan yang sehat). (CDC, 2006)

Tenaga kesehatan profesional memiliki peran penting dalam kesehatan prakonsepsi dan perawatan kesehatan. Tenaga kesehatan profesional dapat mendukung tiga gol perawatan prakonsepsi yaitu :

1. Skrining faktor risiko .
2. Merekomendasikan intervensi untuk mengatasi risiko diidentifikasi .
3. Mempromosikan kesehatan dan memberikan pendidikan kesehatan. (CDC, 2006)

Target dari skrining prakonsepsi ini adalah individu, pasangan, keluarga dan masyarakat dengan sosial dan ekonomi terpinggirkan dan jadi lebih rentan terhadap kesehatan dan masalah sosial. Pasangan dengan kondisi reproduksi sebelumnya yang tidak baik, dan individu dengan risiko genetik yang sudah ada, seperti kondisi talasemia diabetes atau epilepsi harus dicapai dengan intervensi disesuaikan dengan kebutuhan mereka. (WHO 2013)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Bloom dan Skinner menyatakan, pengetahuan

adalah kemampuan seseorang untuk mengungkapkan kembali apa yang diketahuinya dalam bentuk bukti atau jawaban. Bukti atau jawaban tersebut merupakan reaksi suatu stimulus berupa pertanyaan baik lisan maupun tulisan. Pengetahuan merupakan kognitif domain yang penting untuk terbentuknya perilaku bertindak. (Notoatmodjo, 2012)

Pengetahuan mempunyai 6 (enam) tingkatan, yakni:

- a. Tahu, sebagai suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan dengan mengingat kembali pada suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari/rangsangan yang telah diterima.
- b. Memahami, sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang materi yang diketahui dan menginterpretasikannya secara benar yang diketahui tersebut. Orang yang memahami objek harus dapat menjelaskan, menyatakan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi, sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari terhadap situasi yang sebenarnya. Orang dapat menggunakan perangkat dan sebagainya pada situasi yang berbeda.
- d. Analisis, sebagai kemampuan untuk menjabarkan dan atau memisahkan materi, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- e. Sintesis, sebagai kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.
- f. Evaluasi, sebagai kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditemukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada. (Notoadmojo, 2012)

Terbentuknya suatu perilaku baru dimulai terhadap domain kognitif, dalam arti pengetahuan merupakan faktor terbentuk perilaku. Pada kenyataannya, stimulus yang diterima langsung menimbulkan perilaku,

artinya seseorang berperilaku baru tanpa terlebih dahulu mengetahui makna dari stimulus yang diterima. Perilaku seseorang didasari oleh pengetahuan dan sikap. Apabila suatu tindakan tidak didasari oleh pengetahuan, maka perilaku tersebut tidak akan berlangsung lama.

Berdasarkan hasil penelitian Rogers, diungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut harus melalui proses yang berurutan, yakni 1) *awareness* (kesadaran), apabila orang tersebut menyadari atau mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus; 2) *interest*, apabila orang mulai tertarik kepada stimulus; 3) evaluasi, dengan menimbang-nimbang terhadap baik atau tidak stimulus tersebut bagi dirinya, orang akan memulai mencoba perilaku baru dan mengadopsi dengan pengetahuan dan sikap terhadap stimulus. Apabila adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku akan bersifat langgeng. (Notoatmodjo 2012)

Sikap merupakan pernyataan yang kompleks dan evaluatif mengenai objek, orang/peristiwa, sikap tidak sama dengan nilai, tetapi keduanya saling berhubungan. (Robbins, 2008) Sikap merupakan kemampuan internal yang berperan dalam pengambilan keputusan dan mampu memilih secara tegas dari banyak kemungkinan pilihan yang ada. Sikap mempunyai ketahanan yang relatif, dapat bersifat permanen atau kurang permanen dalam mereaksi suatu objek. Sikap dapat berubah dengan informasi tentang suatu objek melalui persuasi, panutan dari seseorang, tekanan dari seseorang atau dari kelompok sosial. (Sarwono, 2007)

Sikap positif belum tentu terwujud dalam tindakan yang positif, begitu pula sebaliknya. Sikap positif cenderung pada tindakan yang mendekati, menyenangkan, dan mengharapkan objek, sedangkan sikap negatif cenderung menjauhi, menghindari, membenci, dan tidak menyukai objek tertentu. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap menunjukkan konotasi kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku karena sikap merupakan reaksi tertutup bukan

merupakan tingkah laku terbuka. (Robbins, 2008)

Sikap mempunyai beberapa tingkatan yang bersifat hirarki, yakni :

1. Pengenalan, seseorang baru mengenal, bersedia menerima, dan memperhatikan berbagai stimulus.
2. Pemberian respon, seseorang diharapkan menunjukkan perilaku yang diminta dengan berpartisipasi dan memberikan tanggapan secara sukarela bila diminta.
3. Penghargaan terhadap nilai, seseorang secara konsisten berperilaku sesuai dengan sesuatu nilai, meskipun tidak ada pihak yang meminta.
4. Pengorganisasian, seseorang mempunyai komitmen pada suatu nilai dan diharapkan mengorganisasikan berbagai nilai yang dipilihnya ke dalam suatu sistem nilai dan menentukan hubungan diantara nilai-nilai tersebut.
5. Pengamalan, seseorang bukan saja telah mencapai perilaku yang lebih rendah, tetapi telah mengintegrasikan nilai-nilai tersebut kedalam suatu filsafat hidup yang lengkap dan meyakinkan serta perilakunya selalu konsisten dengan filsafat hidup tersebut. (Notoatmojo, 2005)

Menurut Sarlito, untuk membedakan antara sikap dengan aspek lainnya, sikap mempunyai ciri-ciri, yakni sikap tidak dibawa sejak lahir melainkan dipelajari dan dibentuk melalui pengalaman, sikap dapat berubah dengan keadaan lingkungan di sekitar individu pada saat yang berbeda-beda. Sikap terkait dengan motivasi dan perasaan inilah yang membedakan dari pengetahuan, sikap tidak menghilang meskipun kebutuhan sudah terpenuhi. Sikap tidak hanya satu macam saja, tetapi bermacam-macam sesuai dengan objek dapat menjadi perhatian orang yang bersangkutan. (Ibrahim, 2009)

Wanita usia subur (WUS) berkisar usia 15-45 tahun (Romauli dan Vindari, 2009). Puncak kesuburan untuk wanita, sebelum usia tersebut kesuburan belum benar matang dan setelahnya berangsur menurun. (Mansur, 2009) Pada masa ini terjadi perubahan fisik, seperti perubahan

warna kulit, perubahan payudara, pembesaran perut, pembesaran rahim, dan mulut rahim.

Masa ini merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Menstruasi pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat genital bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali. Kondisi yang perlu dipantau pada masa subur adalah perawatan antenatal, jarak kehamilan, deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim, serta infeksi menular seksual (Kumalasari dan Andhyantoro 2012).

Kabupaten Agam merupakan salah satu wilayah yang mempunyai masalah dengan AKI dan survey awal yang dilakukan peneliti terhadap beberapa Wanita Usia Subur yang akan menikah, mengatakan bahwa ia tidak mengetahui skrining prakonsepsi dan tidak berencana melakukan skrining prakonsepsi sebelum ia menikah.

Tujuan yang diharapkan adalah untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan metode *peer education* mengenai skrining prakonsepsi terhadap pengetahuan dan sikap Wanita Usia Subur di Kabupaten Agam Tahun 2016.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *quasi eksperiment design* dan bentuk rancangan *two group pretest-posttest* terhadap 62 WUS yang akan menikah di wilayah Kabupaten Agam Timur pada bulan September - November 2016. Adanya pre-test dan post test sebelum dan sesudah diadakannya *peer education* terhadap kelompok intervensi. Semua data diolah menggunakan SPSS dengan uji-t berpasangan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini telah dilaksanakan dari bulan Oktober sampai dengan November 2016, dilakukan di seluruh KUA di Kabupaten Agam Timur. Sampel yang diteliti berjumlah 31 responden, namun karena ada sampel yang

berusia 46 tahun maka tidak termasuk kriteria inklusi sehingga jumlah sampel yaitu 31 orang.

Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa hal yang menjadi keterbatasan penulis dalam melakukan penelitian ini yaitu:

1. Tersebarnya KUA di setiap kecamatan di Kabupaten Agam Timur sehingga memakan banyak waktu dalam hal survey awal dan penelitian.
2. Adanya beberapa KUA yang tidak mempunyai pasangan calon pengantin ada jadwal skrining yang ditentukan sehingga terdapat beberapa KUA yang dikeluarkan dari tempat penelitian.

Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok Usia

| Karakteristik | Intervensi | Kontrol | p |
|---------------|------------|------------|------|
| | (n=30) | (n=30) | |
| | Mean ± SD | Mean ± SD | |
| Usia | 27,52±5,6 | 21,5 ± 2,6 | 0,21 |

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa berdasarkan karakteristik responden pada kelompok intervensi menurut usia didapatkan rata-rata usia responden adalah 27,52 tahun dengan standar deviasi 5,6, sedangkan rata-rata usia responden pada kelompok kontrol adalah 21,5 tahun dengan standar deviasi 2,6. Untuk mengetahui perbedaan rata-rata karakteristik kedua kelompok responden dengan berdistribusi normal maka berdasarkan hasil uji statistik dengan uji beda rerata menunjukkan bahwa usia kedua kelompok responden didapatkan nilai $p > 0,05$ artinya tidak terdapat perbedaan rerata usia yang signifikan ($p = 0,21$) antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan kelompok kontrol.

Perbedaan Rerata Pengetahuan sebelum dan setelah pendidikan kesehatan

Hasil uji normalitas pada pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.3.1 berikut:

Tabel 2. Uji Normalitas pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

| Pengetahuan | N | Mean±SD | p |
|-------------|---|---------|---|
| Kelompok | | | |
| Intervensi | | | |

| | | | |
|-------------------------|----|-----------|-------|
| Pretest | 31 | 6,35±1,64 | 0,011 |
| Posttest | 31 | 6,61±1,59 | 0,019 |
| <i>Kelompok Kontrol</i> | 31 | 6,23±1,31 | 0,011 |

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa rerata pengetahuan posttest lebih tinggi daripada pretest. Hasil uji normalitas didapatkan pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak berdistribusi normal ($p < 0,05$).

Tabel 3. Perbedaan rerata pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

| Variabel | Intervensi (n=31) | Kontrol (n=31) | P |
|-------------|-------------------|----------------|-------|
| Pengetahuan | Pretest | Posttest | 0,164 |
| | 6,35±1,64 | 6,61±1,59 | |

Dilakukan analisis uji T berpasangan sehingga didapatkan bahwa tidak terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan responden ($p > 0,05$) dan tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol..

Perbedaan Rerata Sikap sebelum dan setelah pendidikan kesehatan

Hasil uji normalitas pada sikap dapat dilihat pada tabel 4. berikut:

Tabel 4. Uji normalitas sikap kelompok intervensi dan kelompok kontrol

| Sikap | N | Mean±SD | P |
|----------------------------|----|------------|-------|
| <i>Kelompok Intervensi</i> | | | |
| Pretest | 31 | 25,23±3,99 | 0,000 |
| Posttest | 31 | 26,71±4,81 | 0,000 |
| <i>Kelompok Kontrol</i> | 31 | 29,97±2,51 | 0,102 |

Berdasarkan tabel 4. dapat dilihat bahwa rerata sikap posttest lebih tinggi daripada pretest. Hasil uji normalitas pada kelompok intervensi didapatkan sikap tidak berdistribusi normal, sehingga dilakukan transformasi data dengan log

10 agar data normal. Namun data masih tidak berdistribusi normal. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan data terdistribusi normal ($p > 0,05$).

Tabel 5. Perbedaan rerata sikap pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

| Variabel | Intervensi (n=31) | Kontrol (n=31) |
|----------|-------------------|----------------|
| Sikap | Pretest | Posttest |
| | 25,23±3,99 | 26,71±4,81 |
| | | 29,97±2,51 |

Dilakukan analisis uji Wilcoxon karena data tidak berdistribusi normal, hasil uji menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan yang signifikan terhadap sikap WUS ($p < 0,05$). Dilakukan analisis Mann-Whitney pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, didapatkan terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Dilakukan analisis uji Wilcoxon karena data tidak berdistribusi normal, hasil uji menunjukkan terdapat tidak terdapat pengaruh pendidikan kesehatan yang signifikan terhadap motivasi WUS ($p < 0,05$). Dilakukan analisis Mann-Whitney pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan terdapat perbedaan motivasi yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimental terhadap 62 orang wanita usia subur (WUS) . Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan metode peer education mengenai skrining prakonsepsi terhadap pengetahuan dan sikap wanita usia subur di wilayah Kabupaten Agam. Sampel dibagi atas dua kelompok, kelompok intervensi yaitu yang diberikan pendidikan kesehatan dan kelompok kontrol yaitu yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.

Berdasarkan beberapa analisis yang telah dilakukan sebelumnya, maka didapatkan hasil berupa deskripsi atau gambaran karakteristik responden, kebermaknaan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Terdapat perbedaan sikap yang

signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, namun tidak terdapat perbedaan sikap dan motivasi yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Karakteristik Usia Responden pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan tabel 1. dapat dilihat bahwa berdasarkan karakteristik responden pada kelompok intervensi menurut usia didapatkan rata-rata usia responden adalah 27,52 tahun dengan standar deviasi 5,6, sedangkan rata-rata usia responden pada kelompok kontrol adalah 21,5 tahun dengan standar deviasi 2,6. Untuk mengetahui perbedaan rata-rata karakteristik kedua kelompok responden dengan berdistribusi normal maka berdasarkan hasil uji statistik dengan uji beda rerata menunjukkan bahwa usia kedua kelompok responden didapatkan nilai $p > 0,05$ artinya tidak terdapat perbedaan rerata usia yang signifikan ($p = 0,21$) antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan kelompok kontrol.

Rentang usia calon pengantin pada penelitian ini hampir sama dengan rentang usia pada penelitian oleh *The Building Strong Families* yang melibatkan lebih dari 5000 pasangan, dimana kebanyakan usia responden dalam penelitian ini diatas 18 tahun. Hampir sama pula dengan penelitian oleh *The Supporting Healthy Marriages* dimana pada penelitian ini terdapat 6.200 pasangan yang berusia 18 tahun keatas maupun terdapat beberapa pasangan yang berusia 18 tahun kebawah (Hunter dan Commerford, 2015). Pada penelitian di Iran tentang efektifitas program pendidikan premarital juga didapatkan hal serupa yaitu tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Yazdanoanah et al. , 2014).

Tidak adanya perbedaan yang signifikan berdasarkan usia ini dipengaruhi oleh sudah ditetapkannya rentang umur responden pada kriteria inklusi penelitian, sehingga tidak ada usia ekstrim yang ditemukan pada responden.

Perbedaan rerata pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 4. dapat dilihat bahwa rerata pengetahuan posttest lebih tinggi daripada pretest. Dilakukan analisis uji T berpasangan sehingga didapatkan bahwa tidak terdapat

pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan responden ($p > 0,05$) dan tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Penelitian Al Azeem dkk menyatakan hal yang sama yaitu terdapat peningkatan pengetahuan yang signifikan dari $62,44 \pm 4,98$ menjadi $69,37 \pm 3,43$. Namun, penelitian ini mendapatkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Al Azeem, 2010). Pengetahuan yang dibahas pada konseling premarital pada penelitian Al Azeem ini khususnya pada perawatan neonatus sehingga konten konseling premarital berbeda dengan konten pendidikan kesehatan yang dijelaskan pada penelitian ini. Banyak calon pengantin yang akan memasuki kehidupan rumah tangga namun masih mempunyai informasi yang sedikit tentang seksualitas, reproduksi, dan keluarga berencana (Bastani, et al, 2010).

Adanya media massa, juga mempermudah konseling premarital dilakukan secara efektif. Terkait dengan sumber informasi tentang premarital terdapat penelitian yang menyatakan bahwa sumber paling sering sebagai pemberi informasi premarital adalah televisi (65,5%), keluarga / kenalan (39,9%) (Hayyawi, 2010). Hal serupa juga dinyatakan dalam penelitian oleh Soliman et al Berdasarkan tabel 5.4.1 dapat dilihat bahwa rerata sikap posttest lebih tinggi daripada pretest. Enemukan sumber utama yaitu TV (48%) kemudian teman dan keluarga (13,9%) (Soliman et al, 2003).

Perbedaan rerata sikap pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Berdasarkan tabel 5. dapat dilihat bahwa rerata sikap posttest lebih tinggi daripada pretest. Dilakukan analisis uji Wilcoxon karena data tidak berdistribusi normal, hasil uji menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan yang signifikan terhadap sikap WUS ($p < 0,05$). Dilakukan analisis Mann-Whitney pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, didapatkan terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Adanya sedikit peningkatan sikap pada kelompok intervensi juga ditemukan pada penelitian Al Azeem. Peningkatan tersebut

terletak pada sikap responden dalam menerima perawatan maternitas, penolakan untuk menolak menikah dengan calon pasangan dengan penyakit kronik tidak terkontrol. Hal ini berbeda dengan penelitian Yazdanpanah dkk yang mendapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Penelitian oleh Manley T Adrian menyatakan bahwa terdapat instrumen untuk menilai calon pengantin sebelum menikah yaitu PREP-M untuk menilai kesatuan pasangan dalam nilai, sikap dan kepercayaan, kesiapan pasangan untuk menikah, faktor lingkungan keluarga dan rumah, kesiapan pribadi, dan kesiapan pasangan (Manley, 2006). Penelitian oleh Norvell pada tahun 2009 memberikan informasi tentang instrumen yang berbeda. The Cleveland Diocese Evaluation for Marriage (CDEM), dimana instrumen ini menilai pernyataan kritis, kepercayaan, perasaan, dan sikap terhadap prinsip dan isu pernikahan (Norvell, 2009).

Pada penelitian oleh Hunter dan Commerford pada tahun 2015 dinyatakan bahwa banyak faktor lain yang mempengaruhi efektivitas konseling selain motivasi seperti komitmen hubungan, masalah mental emosional kesehatan, level awal dari distress hubungan, dan pertunangan (Hunter dan Commerford, 2015). Beberapa penelitian menyatakan bahwa calon pengantin mempunyai motivasi yang berbeda-beda untuk mencari konseling premarital. Mereka yang memprediksi akan terjadi masalah dalam pernikahan di masa yang akan datang, potensi perceraian, dan mereka yang direkomendasikan untuk dilakukan konseling oleh tenaga ahli paling sering mencari konseling sebelum menikah (Norvell, 2009).

Klien yang mendapatkan manfaat dari adanya konseling premarital ini mempunyai karakteristik yang sama yaitu riwayat agresi, sedang mengalami krisis, bertindak destruktif, dan pasangan yang merasakan bahwa keluarga masing-masing memberikan dukungan. Jadi dengan adanya konseling premarital akan merubah perilaku calon pengantin tersebut. Perilaku akan berpengaruh secara negatif jika terdapat dampak negatif juga pada role model yang dipilih calon pengantin (Norvell, 2009)..

KESIMPULAN

Tidak terdapat perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.

Terdapat perbedaan sikap yang signifikan antara kelompok yang diberikan pendidikan kesehatan dengan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada Fakultas Kedokteran dan Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, kepala dan staf KUA Kabupaten Agam Timur serta masyarakat wilayah Kabupaten Agam Timur yang selalu memberikan dukungan dan dorongan di setiap kegiatan penelitian yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Azeem, ST, dkk. Promotion of Knowledge and attitude towards premarital care : An interventional study among medical student in Fayoum University. 2011. *Journal of Public Health and Epidemiology* 3(3).pp. 121-128
- Al Kindi Rahma, Salha Al Rujaiabi, Maya Al Kendi. Knowledge and Attitude of University Students Towards Premarital Screening Program. 2012. *Oman Medical Journal* 27(4) : 291-296
- Dean, et al, Preconception care: promoting reproductive Planning, *Reproductive Health, Biomed Jurnal*, 2014
- Hunter Cathryn and Jo Commerford. Relationship education and counseling Recent Research Findings. 2015. CFCA Paper No.3
- Johnson,Key, Policy And Finance For Preconception Care Opportunities for Today and the Future, *Women's Health Issues* 18S (2008) Elsevier Inc.2
- Khadvizade Talat and Elham Arghavani. Religious Beliefs and Fertility Preferences among Engaged Couples, Referring to Premarital Counseling Centers of Mashhad, Iran. 2014. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*

Manley Adrian T. Exploring The Attitudes, Beliefs, Preparation and Practices of

African American Clergy in Premarital Counseling. 2006. Dissertation.

Murray Christine E and Thomas L.Murray. Solution-Focused Premarital Counselig : Helping Couples Build Vision For Their Marriage. 2004. Journal of Marital and Family Therapy. 30(3),349-358

Norvell Karen. In Good Communication and In Bad : a Study of Premarital Counseling and Communication skills in Newlywed Couples.

2009. Thesis in University of North Texas.

Shahhossini Zahreh, Zaenab h, Maryam Karda Souraki. The Effects of Premarital Relationship Enrichment Programs on Marriage Strength : A Narratve review article. 2014. Journal of Nursing and Midwifery science. 1(3) : 62-72.

Yazdanpanah Machdie, Mohammad Eslami and Nouzar Nakhace. Effectiveness of The Premarital Education Programme in Iran. 2014. Hindawi Publich Health. pp 1-5