

STRATEGI PENDIDIKAN SEBAYA MENINGKATKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI PESANTREN

Roikhatul Jannah

Dosen Jurusan Fisioterapi Poltekkes Kemenkes Jakarta III
Jl. Arteri JORR Jatiwarna Kecamatan Pondok Melati Kota Bekasi
Email : ro_ikha@yahoo.com

ABSTRACT

In the last decades, health agents have been exploring and developing adolescent sexual reproductive health initiative in respon various sexual reproductive health cases among young people. This study aims to observe how effective peer education strategy to improve awareness as well as reproductive health knowledge among young people in pesantren. This research is qualitative approach that utilized ethnographic perspective for interpreting the result. By analyzing final report of the implemented initiatives in pesantrens, the result of this study shows that peer education strategy is effective, applicable, manageable, and modifiable for educating santri's reproductive health as long as health agents success in lobbying the pesantren leader, the Kyai. Conclusion: Peer education concept which is culturally sensitive is proofed and recommended in adolescent sexual reproductive health (ASRH) initiative development for pesantren's student when it is able to blended and integrated with activities of santris.

Keywords: reproductive health, peer educator, behavior change, adolescent sexual health

ABSTRAK

Beberapa decade terakhir, para praktisi kesehatan mencari dan mengembangkan berbagai program kesehatan seksual reproduksi remaja (KRR) untuk merespon/ mengatasi berbagai kasus kesehatan seksual dan reproduksi yang dialami remaja. Penelitian ini bertujuan melihat bagaimana keefektifan strategi peer education untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan kesehatan seksual dan reproduksi remaja di pesantren. Penelitian merupakan tipe kualitatif yang menggunakan pendekatan etnografi dalam menginterpretasikan hasil yang ditemukan. Dengan mencermati dan melakukan analisa mendalam terhadap berbagai laporan akhir program kesehatan seksual reproduksi remaja yang telah diimplementasikan di pesantren, hasil penelitian menunjukkan bahwa strategi peer education merupakan metode yang efektif, bisa untuk diterapkan, bisa di manage dengan baik, bisa dimunculkan dengan berbagai modifikasi, untuk mendidik kesehatan reproduksi di kalangan santri selama pihak pengembang program mampu dan sukses melakukan lobi kepada pimpinan pesantren, yaitu Kyai. Kesimpulan: konsep peer education sebagai pendekatan yang sensitif kultur sangat berkaitan dengan tradisi dan kondisi yang ada di pesantren telah terbukti efektif dan direkomendasikan untuk dikembangkan pada berbagai program kesehatan seksual reproduksi bagi pelajar pesantren dengan cara diintegrasikan, disisipkan, diintegrasikan dalam berbagai aktifitas santri yang sudah ada.

Kata Kunci: kesehatan reproduksi, peer edukator, perubahan perilaku, kesehatan seksual remaja

PENDAHULUAN

Banyaknya kasus yang berkembang tentang masalah kesehatan reproduksi remaja (KRR) secara global seperti kehamilan tak diinginkan, aborsi, penyebaran HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya (Cook 2007; Skinner 2008; Quinlivan 2006) menempatkan isu KRR dalam porsi yang signifikan di mata dunia. Sebuah survey yang dilakukan oleh Komisi Perlindungan Anak (KPA) mengungkapkan bahwa 62,7% remaja perempuan Indonesia sudah tidak perawan lagi (Yuni 2009; Menkokesra 2010). Survey ini dilakukan di 33 provinsi pada tahun 2008. Sugiri Syarief, kepala Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), juga menambahkan bahwa lebih dari 50% remaja Indonesia telah melakukan seks di luar nikah padahal mereka tidak memiliki bekal pengetahuan yang cukup tentang metode kontrasepsi dan resiko penyebaran penyakit menular seksual. Angka ini dinyatakan mengalami kenaikan dari data survey yang dilakukan sebelumnya (BKKBN 2009).

Data empiris tersebut menggambarkan bahwa remaja di seluruh dunia rawan dengan masalah yang ditimbulkan oleh efek perilaku seksualnya. Meskipun hasil survey tersebut tidak menyebutkan para santri termasuk dalam subjek penelitian tersebut secara eksplisit, lingkungan pesantren masih potensial dan rentan terhadap masalah KRR. Hal ini dikarenakan sebagian besar penghuni pesantren adalah kaum muda atau remaja yang masih berinteraksi dengan lingkungan luar pesantren. Disisi lain, kondisi pesantren dikenal lebih tertutup dan membatasi terhadap pembicaraan seputar kesehatan reproduksi dengan alasan tabu dan sensitif. Walaupun mereka membahasnya, fokusnya sangat sempit hanya dari perspektif agama dengan cara-cara simbolik (UNESCO 2004). Sehingga makna sebenarnya dari topik-topik yang ada pada isu kesehatan reproduksi seringkali kurang dipahami oleh santri. Kondisi di pesantren

ini, menurut Masruchah dan Kenan (2005), direspon sejumlah santri dengan mengakses berbagai informasi tentang kesehatan reproduksi secara mandiri ke berbagai sumber seperti situs internet bebas dan materi-materi porno yang beredar tanpa ada yang bertanggung jawab.

Kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diatur dalam undang-undang kesehatan no 32 tahun 2009, dimana edukasi, informasi, dan layanan menjadi tanggungjawab pemerintah, pemda, dan masyarakat. Program promosi kesehatan reproduksi remaja paling tidak berupa informasi pengetahuan dasar kesehatan reproduksi meliputi aspek tumbuh kembang remaja: sistem, proses dan fungsi alat reproduksi; pengetahuan mendewasakan usia kawin dan merencanakan kehamilan; informasi seputar penyakit menular seksual dan HIV/AIDS; bahaya narkoba dan miras; pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual; kekerasan seksual; kemampuan berkomunikasi dan memperkuat kepercayaan diri; dan hak-hak reproduksi.

Pesantren dengan empat elemen pokok yaitu Kyai, santri, pondok, dan kitab kuning (Kholifah 2005) secara umum berpenghuni santri remaja pelajar yang menempuh pendidikan menengah pertama dan menengah atas. Pembelajaran KRR menganut perspektif Islam, dimana wacana tentang aktifitas seksual, reproduksi, dan kepuasan batin yang ditimbulkan dialokasikan sebagai topik pembahasan yang hanya di konsumsi oleh orang dewasa (Kholifah 2005). Bahkan Dhofier (1999) menekankan bahwa *pitutur* ulama menyatakan aktifitas seksual dan reproduksi hanya diperkenankan dilakukan oleh orang-orang yang terikat pernikahan dengan pasangan nikahnya. Sehingga, pesantren membatasi dan sebagian melarang berbagai aktivitas yang mengarah, memancing, dan membuka kesempatan terjadinya aktivitas seksual yang tidak bertanggung jawab

termasuk program KRR (Kholifah 2005). Meski demikian, kurikulum pendidikan pesantren memuat sejumlah topik kesehatan reproduksi seperti menstruasi, mimpi basah, higienis dan kebersihan (Smith-Hefner 2006; Kholifah 2005). Materi tersebut tersedia pada berbagai *kitab kuning* yang merupakan *text book santri*. Tahun 1953, pesantren dihimbau untuk ikut promosi penundaan usia menikah (Hulupi, 2007) walaupun relatif tertutup pada pihak luar dan membatasi area interpretasi terhadap topik seksual reproduksi pada perspektif mereka dengan dalih berkaitan dengan tradisi dan ajaran agama.

Sebuah survey tahun 2006 menunjukkan bahwa, 500 (lima ratus) santri teridentifikasi mengunjungi dan memanfaatkan aspek layanan kesehatan reproduksi remaja pada sejumlah pusat informasi dan bimbingan remaja yang disediakan pemerintah (Hulupi, 2007) yang dikembangkan berbasis *peer education* atau pendidikan sebaya. Karena educator remaja diasumsikan memiliki pengetahuan dan pengalaman yang terbatas tentang kesehatan reproduksi, maka metode ini tidak cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja (Ward 1997), sehingga metode ini kemudian dikembangkan dan dimodifikasi pada beberapa aspek *peeriness* yang lebih luas, yaitu area yang tidak hanya menekankan pada kesetaraan umur, akan tetapi juga mempertimbangkan bagaimana cara mengolah, mengemas dan menyampaikan informasi tentang kesehatan reproduksi yang diinginkan remaja secara emosional, seperti yang dilakukan oleh teman sebaya mereka (Shiner, 1999).

Fakta menunjukan bahwa remaja pesantren membutuhkan penguatan di bidang pengetahuan dan akses terhadap informasi kesehatan reproduksi. Dalam teori *power-empowerment Laverack* (2005), kondisi pesantren yang membutuhkan peningkatan edukasi di bidang kesehatan reproduksi

semacam ini disebut *less power* dan *vulnerable*, dimana *action for change* dalam bentuk *empowerment* mutlak dianjurkan. Mengacu pada *framework* program aksi yang dikemukakan dalam *International Conference on Population and Development (ICPD)* (1994), kesehatan seksual reproduksi disebut sebagai hak asasi manusia yang bertekad mengajak serta memotori para praktisi di bidang kesehatan untuk menciptakan dan mengimplementasikan berbagai program kesehatan seksual dan reproduksi yang memperhatikan faktor-faktor budaya, lingkungan dan kehidupan sosial masyarakat target grup. Tujuan akhir dari gerakan ini adalah pelayanan dan akses kesehatan reproduksi sudah dapat dinikmati seluruh masyarakat global pada tahun 2015.

Merespon hasil conference World Health Organization (WHO) tersebut, berbagai program kesehatan reproduksi diimplementasikan di banyak komunitas. Khusus bagi komunitas pesantren, program yang sama juga dikembangkan oleh pihak-pihak yang perhatian dengan pesantren. Dari berbagai variasi kekuatan dan kelemahan masing-masing strategi yang dikemukakan, *peer education* atau pendidikan sebaya, muncul menjadi strategi yang populer termasuk di pesantren. Merespon maraknya pemakaian strategi ini di berbagai daerah, negara, dan kelompok pengembang program kesehatan yang berbeda, peneliti bermaksud mencermati sejauh mana sesungguhnya keefektifan *peer education* dalam meningkatkan kesehatan reproduksi remaja khususnya pada komunitas pesantren. Secara khusus penelitian juga bertujuan untuk mengetahui: (1) alasan mengapa pendidikan sebaya dipilih sebagai strategi; (2) bagaimana pendidikan sebaya di terapkan pada program KRR di pesantren; (3) apa saja bentuk-bentuk aktivitas yang dikembangkan dalam strategi ini, (4) bagaimana pengaruh strategi tersebut bagi santri.

METODE

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif yang bersifat mengembangkan kajian evaluasi tindakan eksperimental. Hal ini berarti penelitian mengkaji suatu area pembahasan, proses peristiwa dan hasilnya yang terjadi dan dibangun melewati pengaruh tindakan dan upaya manusia (Beaghole, 1993). Prosedur dilakukan melalui analisa berbagai laporan program KRR yang telah diimplementasikan di pesantren.

Hasil analisa dijabarkan dalam bentuk deskripsi data. Untuk mendapat gambaran yang detail ini peneliti memperkaya pengetahuan tentang area yang diteliti, meliputi isu kesehatan reproduksi, remaja, promosi kesehatan, dan pesantren sesuai konteks yang dikaji (Popay, 1998) dan bagaimana promotor kesehatan memahami target grup dan *socio-environmentalnya* (Murphy, 2007). Memahami dan mendalami tentang area yang diteliti adalah tindakan penting dalam penelitian kualitatif sebagai bentuk upaya menjaga validitas data yang diperoleh, karena naturalistic, kontekstual, dan rigorous menjadi asas yang dikembangkan dalam pengumpulan data (Liamputtong & Ezzy 2005).

Dua cara yang dilakukan peneliti dalam mendalami area penelitian adalah melalui kajian literature dan survey lapangan. Sampel penelitian berupa laporan program KRR yang diteliti. Sampel dipilih dengan pertimbangan purposive sampling dan didapatkan dari berbagai sumber meliputi laporan yang tersedia di Internet dan laporan yang diakses pada lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan instansi pemerintah di Cirebon dan Jakarta.

Teknik analisa yang digunakan mengacu pada teori data analisis yang disampaikan oleh Liamputtong dan Ezzy (2005) dengan tahapan: membaca secara teliti seluruh berkas data; koding, menyusun tema-tema hasil, dan

interpretasi data. Dalam tahap analisa dan interpretasi data, peneliti menggunakan pendekatan *ethnography*, yang mempertimbangkan dan melibatkan unsur agama, budaya, dan tradisi pesantren sebagai bahan dan acuan analisa.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Seluruh laporan menunjukkan bahwa program KRR pesantren bertujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi santri yang berusia sekolah dengan mayoritas target group santri usia sekolah menengah atas dan usia sekolah menengah pertama pada sebagian kecil. Adapun cara dan media yang digunakan dijelaskan dalam sub pembahasan intervensi. Secara umum, semua implementasi program edukasi dalam rangka peningkatan kesehatan reproduksi remaja di pesantren menggunakan beberapa gabungan strategi promosi kesehatan yang terangkai dalam tahapan proses yang sistematis. Pemilihan jenis dan ramuan strategi dilakukan oleh pihak provider program dengan berbagai pertimbangan seperti besar atau jumlah cakupan target group, jarak dan area persebaran target group, periode atau panjang pendek waktu intervensi program terhadap target group. Semua faktor penentu tersebut ditemukan bervariasi pada data yang diperoleh. Secara global, setiap program KRR di pesantren melalui tahapan lobby, intervensi, dan evaluasi.

Peer education yang ditemukan dalam berbagai program dimodifikasi dalam bentuk kegiatan sebagai berikut:

1. Mendirikan *team educator* yang terdiri atas santri senior dan *ustadz ustadzah* (guru muda). Penyelenggara mendirikan tim koordinasi dimana anggotanya biasanya *Pengurus Pondok* untuk mengolah seluruh aktifitas intervensi di pesantren. Anggota yang dipilih adalah yang berjiwa muda dan bisa melebur dengan santri. Sesuai dengan tradisi pesantren yang menggunakan

managemen *Pengurus Pondok*, tim pun disisipkan dalam kepengurusan. Tim ini dianggap penting keberadaanya, agar proses edukasi KRR terhadap santri terfokus lebih maksimal tanpa gangguan berbagai hal yang bersifat administratif dan berhubungan dengan masalah birokrasi dan dana. Tim bekerja khusus melayani kebutuhan santri dan menjadi jembatan antara santri dan pihak penyelenggara lain dalam hal membutuhkan segala sesuatu di luar materi pengetahuan KRR. Pada budaya pesantren, proses birokrasi yang telah direstui Kyai akan *dihandle* pengurus dengan bimbingan *ustadz ustadzah* sebagai perpanjangan tangan Kyai.

2. *Training student leader* atau *training peer educator/santri* pendidik yang ditujukan untuk santri senior anggota team educator. Training bertujuan untuk membekali pendidik seusia dengan tambahan pengetahuan kesehatan seksual reproduksi dan variasi cara menyampaikan materi ke santri lain dengan modifikasi. Training dilakukan oleh ahli kesehatan. Setelah mendapatkan training ini, *student leader / santri* diminta untuk melaksanakan langkah tidak lanjut penyebaran informasi KRR untuk santri lain dengan menyisipkan isu KRR pada kegiatan yang sudah ada di pesantren tersebut.
3. *Training peer counselor* yang ditujukan kepada guru muda dan guru yang berjiwa muda yang bisa memiliki kedekatan dengan santri. Pada beberapa program, *peer counselor* juga disebut dengan *guru muda* dan *ustadz muda*. Sama seperti pemilihan *peer educator*, penentuan dan keputusan seorang guru menjadi *peer counselor* juga menjadi wewenang pihak pesantren yang dilakukan oleh kyai dan pengurus pesantren. Pada training ini para guru terpilih dilatih dan dibekali pengetahuan tentang KRR dan metode komunikasi khusus yang digunakan dalam menyampaikan informasi KRR kepada santri. Mereka bertanggung jawab sebagai pendamping peer educator dan menjadi sumber yang lebih luas bagi santri yang ingin berkonsultasi dan mencari informasi yang lebih mendalam dan detail tentang kesehatan reproduksi. Pada beberapa program yang tidak mendirikan *peer educator*, guru terpilih berperan menjadi peer educator yang berhubungan langsung dengan santri (bukan sebagai pendamping *peer educator*) dalam menyebarkan dan menyampaikan informasi KRR. Pada kasus ini, para guru muda menyisipkan materi KRR melalui pelajaran sekolah dan forum diskusi yang di adakan secara khusus.
4. Diskusi group *student leader* atau *murug*. Forum ini aslinya adalah kelompok kecil dimana santri senior bertanggung jawab mengajar "*ngaji kitab*" beberapa santri junior. Diskusi ini merupakan aksi tindak lanjut yang dilakukan oleh *student leader* setelah mendapatkan training tentang KRR. Pada kegiatan ini, setelah mengajar materi kitab, *peer educator* mempresentasikan materi tentang KRR kepada anggota grup dan membahas bersama setiap topik secara mendalam. Komunikasi yang digunakan tidak formal layaknya obrolan atau '*ngerumpi*'. Diskusi juga dikenal dengan istilah *youth friendly forum*. Diskusi ini dilakukan secara rutin sesuai jadwal *mengaji* dengan menyuguhkan tema yang berbeda pada setiap pertemuan. Interval pengadaan diskusi antar program satu dengan yang lain cukup bervariasi antara mingguan, dwimingguan, bulanan, dan pertiga bulanan.
5. Mendirikan pusat informasi tentang KRR. Kegiatan ini bertujuan untuk memfasilitasi santri dengan ruang khusus yang memungkinkan mereka membahas

masalah kesehatan reproduksi dengan lebih nyaman, dengan tingkat penghormatan privasi yang lebih tinggi. Implikasinya memanfaatkan tradisi kegiatan bimbingan penyuluhan (BP) dan perpustakaan. Di tempat ini, santri bisa mengkonsultasikan masalah KRR baik secara pustaka dengan literatur yang tersedia, maupun dengan lisan dan tulisan dengan *peer educator* dan *peer counselor*. Beberapa pusat informasi juga dilengkapi dengan peralatan audio visual yang memungkinkan santri memperoleh informasi KRR dari literature berbentuk video. Istilah pusat informasi ditemukan berbeda antara program satu dengan program lain seperti pojok remaja, pojok *ARH (adolescence reproductive health)*, *ARH center*, *ARH corner*, dan *youth center*.

6. Pelayanan konsultasi tentang KRR oleh *peer educator* dan *peer counselor*. Kegiatan ini merupakan bagian dari tindak aksi yang dilakukan oleh *peer educator* dan *peer counselor* setelah mendapatkan training. Proses konsultasi bisa dilakukan dimana saja yang dinggap nyaman oleh konselor dan kliennya seperti taman di pesantren, kantin, atau area lain di pesantren termasuk pusat informai KRR. Konselor juga diharapkan untuk bersedia melakukan konsultasi secara tatap muka dan tertulis melalui surat.
7. Siaran radio tentang KRR. Aksi tindak lanjut ini ditemukan dilakukan oleh seorang guru muda ayng menjadi *peer educator*. Karena kemampuannya dalam berkomunikasi dan menjalin hubungan baik dengan para remaja santri, dia mendapat tawaran untuk menyampaikan materi KRR melalui media radio di daerah pesantren tempat dia bekerja berada. Kegiatan ini mendapat sambutan yang hangat dari para pendengar dengan indikator banyaknya komentar, masukan, permintaan jadwal yang lebih rutin, dan dan penawaran sponsor siaran oleh beberapa produk. Selain itu, guru muda sebagai narasumber juga dikontak banyak pihak yang ingin berkonsultasi KRR.
8. Payanan klinis KRR di pesantren oleh dokter yang bekerjasama dengan *peer educator* dan *peer counselor*. Beberapa pesantren yang memiliki klinik difasilitasi untuk mengembangkan pelayanan di area KRR seperti pelayanan konsultasi klinis terhadap menstruasi dan gangguan organ reproduksi. Pada pesantren yang belum memiliki klinik, pihak penyelenggara program memfasilitasi terbangunnya akses ke klinik dan rumah sakit di luar pesantren yang memberikan layanan KRR.
9. Penyediaan literatur KRR. Kegiatan ini ditujukan unuk memperluas akses santri terhadap informasi KRR. Literatur yang disediakan berupa media cetak seperti buku-buku, modul, leaflet, brosur, dan poster; dan audio visual literature seperti VCD dan DVD. Beberapa program juga membangun dan menyediakan sambunngan internet untuk santri dengan akses terbatas pada seputar situs informasi KRR dunia. Kegiatan ini dikoordinasi oleh oleh *peer educator*.
10. Program magang dan pertukaran pelajar. Pada kegiatan magang, penyelenggara memfasilitasi beberapa *peer educator* dan *peer counselor* untuk belajar tentang penyebaran informasi KRR secara lebih mendalam dari institusi lain di luar pesantren. Beberapa diantara mereka juga dikirim ke luar negeri untuk bertukar informasi.
11. Program percontohan pesantren. Selain belajar dari institusi lain, pihak pesantren juga difasilitasi untuk dikunjungi dan bertukar informasi dengan beberapa pihak yang datang dan ingin belajar tentang penyebaran KRR. Beberapa pesantren menjadi model dan percontohan bagi

pesantren dan sekolah menengah di luar pesantren karena prestasi santri dan *peer counselor* di bidang KRR diakui oleh masyarakat di luar pesantren. Pesantren semacam ini banyak mendapat kontak dari institusi lain untuk mempresentasikan tentang KRR; dan banyak diminati oleh banyak pihak yang konsen dengan isu yang sama.

12. Memfasilitasi dan memberi kesempatan kepada *peer educator* dan *peer counselor* untuk melihat, mengetahui, dan memperkaya wawasan tentang KRR di tingkat dunia dengan menghadiri berbagai seminar dan konferensi tingkat local dan internasional. Kesempatan ke luar negeri diberikan kepada mereka yang memiliki prestasi dan memiliki kemampuan bahasa Inggris untuk berkomunikasi dengan peserta lain di mancanegara.
13. Menyisipkan materi KRR lewat kegiatan santri seperti madding, pidato, dan pengantar senam kesegaran jasmani. Kegiatan ini dilakukan oleh *peer educator* dan *peer counselor* sebagai bentuk modifikasi yang mungkin dilakukan dalam menyampaikan informasi KRR. Mereka menyisipkan topic-topik yang ada pada isu KRR sebagai tema redaksi penerbitan madding secara berkala, menjadikan tema-tema dalam isu KRR sebagai tema dalam latihan pidato yang diadakan secara rutin, dan menghubungkan tema KRR dengan pidato atau ceramah pengantar sebelum melaksanakan senam kesegaran jasmani yang diadakan rutin mingguan.
14. *Youth came*. Kegiatan ini merupakan bagian dari ekstrakurikuler pramuka yang diadakan di luar pesantren. Sesuai dengan namanya, kegiatan berupa acar perkemahan yang memodifikasi segala bentuk kegiatan kemah untuk bertema KRR. Kegiatan semacam ini diadakan hanya satu kali dan bersifat sebagai *refreshment* atau penyegaran bagi target group dan pihak penyelenggara program agar tidak hanya *melulu* materi KRR. Kegiatan semacam ini disebut dengan *edutainment* yang berarti erdiri atas unsure edukasi atau pendidikan dan *entertainment* atau hiburan. Kegiatan ini dikoordinasi oleh panitia yang terdiri atas unsure penyelenggara program dan pihak pesantren, termasuk *peer counselor*.
15. Festival seni yang mengekspresikan pengetahuan KRR. Senada dengan *youth came*, kegiatan ini juga bersifat *incidental* yang diadakan hanya satu kali selama periode program diimplementasikan di target group tertentu. Festival yang ditemukan berupa lomba lukis, lomba nasyid dan qoshidah, lomba tari, dan lomba menulis dan membacakan puisi. Pada setiap hal yang dilombakan, tema yang diusung selalu tentang KRR. Hal ini bertujuan untuk membangun wawasan KRR yang lebih luas bagi santri dan memahami bahwa KRR ada pada semua aspek kehidupan. Kegiatan ini diadakan dan diorganisir secara langsung oleh penyelenggara program melalui tim khusus yang telah dibentuk.
16. Lomba kamar bersih. Kegiatan ini mirip dengan acara festival akan tetapi penekanan yang diberikan adalah menjaga dan memelihara *personal hygiene* dan kebersihan lingkungan. Kegiatan dilakukan dengan menilai kebersihan kamar, lingkungan sekitar kamar, dan kamar mandi yang dipergunakan anggota kamar yang bersangkutan. Pada sesi pengumuman pemenang, acara dibuka dan dengan diskusi interaktif tentang bagaimana menjaga kebersihan pribadi, terutama pada hal yang menyangkut pemeliharaan organ-organ reproduksi.
17. Pembuatan dan pengadaan bulletin. Dalam kegiatan ini, pihak penyelenggara program memproduksi sebuah bulletin yang memuat tema tentang kesehatan

- reproduksi remaja untuk didistribusikan ke santri. Bulletin juga memuat dan memberitakan hasil dokumentasi, agenda, dan progress, serta pelaksanaan kegiatan program. Selain itu, bulletin juga menjadi sarana komunikasi antara santri yang ingin berkonsultasi tentang salah satu topik KRR secara tertulis dengan penyelenggara dan tim yang menangani intervensi. Tulisan yang bisa dimuat dalam bulletin adalah hasil karya santri, anggota tim khusus KRR, dan seluruh pihak yang terlibat dalam program KRR yang bersangkutan. Bulletin ini diterbitkan secara berkala. Beberapa program ada yang memproduksi dua mingguan, dan ada yang bulanan.
18. Seminar KRR. Seminar yang diadakan khusus untuk santri dan anggota pesantren yang lain tempat dimana program KRR dilaksanakan. Tentu saja peserta seminar adalah santri pesantren tersebut tanpa dibatasi pada *peer educator* dan *peer counselor*. Seminar ini dikoordinasi oleh penyelenggara program dengan mengundang beberapa ahli kesehatan sebagai narasumber. Tema yang disajikan tetap seputar isu KRR. Seminar semacam ini tidak selalu ada di semua program. Pada beberapa program kegiatan ini diadakan secara berkala antara tiga sampai enam bulan sekali.
 19. Game (permainan) KRR. Permainan ini merupakan bentuk *ice breaking* yang bersifat *edutainment* yang pelaksanaannya tidak berdiri sendiri sebagai suatu kegiatan. Permainan diadakan dan diselipkan pada bentuk kegiatan yang besar seperti training, festival, dan seminar. Sebagai game KRR, permainan ini menggunakan istilah-istilah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Karena sifatnya sebagai permainan, pelaksanaannya ada yang menang dan mendapat *reward* (penghargaan) dalam bentuk sekecil apapun dan sebaliknya yang yang kalah mendapat konsekuensi hukuman. Dari data yang terhimpun, ragam permainan KRR antar satu program dengan yang lain ditemukan bervariasi. Jenis permainan bisa ditemukan pada modul pelatihan.
 20. *Peer educator* dan *peer counselor* berkontribusi member input dalam pembuatan modul. Kegiatan ini bertujuan untuk menciptakan acuan, panduan atau aturan yang sistematis tentang sebuah kegiatan: dimulai dari apa yang dilakukan, peralatan yang diperlukan, dan waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut. Modul yang diproduksi oleh program KRR pesantren adalah modul pelatihan KRR yang ditujukan untuk menjadi panduan pelatihan di program yang sama atau diadopsi program lain. Penciptaan modul disesuaikan dengan tujuan pembuatan modul. Pada beberapa program, modul diciptakan didasarkan pada pengalaman program yang sedang dilaksanakan dengan tujuan program yang dimiliki menjadi sebuah model yang suatu hari diadopsi pihak lain. Modul semacam ini diterbitkan setelah program pelatihan dilaksanakan. Pada sebagian program yang lain, modul diciptakan sebagai kebutuhan program yang ingin menentukan gaya pelatihan sendiri tanpa mengadopsi dari pihak lain. Modul ini dibuat sebelum berbagai pelatihan dilaksanakan oleh program karena pelatihan yang akan dilaksanakan diharapkan menggunakan modul yang sedang dibuat.
 21. Proses dokumentasi dan pelaporan melibatkan konfirmasi data dari *Peer educator* dan *peer counselor*. Kegiatan ini khusus dilakukan oleh penyelenggara atau *provider* program untuk menggambarkan perjalanan dan proses pelaksanaan setiap kegiatan intervensi. Untuk mendukung pelaporan tersebut,

pelapor menyertakan bukti-bukti lapangan berupa dokumentasi foto, rekaman proses kegiatan, dan catatan lapangan. Beberapa program juga mendokumentasikan setiap kegiatan dalam bentuk audio visual. Kegiatan ini sangat penting untuk referensi yang memungkinkan menjadi bahan acuan program lain. Selain itu, dokumentasi dan pelaporan yang lengkap memungkinkan proses evaluasi menjadi lebih mudah. Akan tetapi, tidak semua program KRR pesantren memiliki pelaporan yang detail dan komplit.

Tahap evaluasi program, pencapaian yang diraih antara lain: 1) Meningkatkan pengetahuan santri tentang kesehatan reproduksi pada topik menstruasi, anatomi dan fungsi organ reproduksi; 2) Meningkatkan ketrampilan santri komunikasi dalam hal menolak pasangan yang mengajak melakukan aktifitas seksual; 3) Meningkatkan pengetahuan di bidang fungsi dan metode kontrasepsi; 4) Meningkatkan pengetahuan santri tentang pencegahan dan penyebaran penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS; dan 5) Mencegah santri berperilaku aktif dalam aktifitas seksual.

Hasil penelitian bahwa konsep *peer education* tidak semata-mata muncul dengan kata yang lugas. Mengacu definisi yang disampaikan oleh Shiner (1999) bahwa konsep *peer education* adalah paham *youth peerness* -yang berarti melibatkan teman sebaya, mengemas pesan ala teman sebaya, dan mengembangkan aktifitas-aktifitas untuk teman sebaya, konsep *peer education* dapat dilihat pada semua program KRR pesantren di bagian intervensi program, dalam bentuk kegiatan yang dikreasikan selama proses implementasi berlangsung. Penerapan konsep ini diyakini peneliti berkaitan erat dengan situasi pesantren. Pembentukan *peer educator* dan *peer counselor* menunjukkan bahwa program KRR pesantren didesain dengan mempertimbangkan

azas disesuaikan dengan konteks sosial yang ada agar bisa lebih diterima oleh santri sebagai target group (Popay, 1998). Dua organisasi ini menjadi ujung tombak yang memberi masukan kepada pihak penyelenggara program tentang aktifitas dan kesibukan santri di pesantren secara objektif. Sehingga provider bisa mengolah dan mengembangkan kegiatan program yang tidak memberatkan target group dari segi waktu, tenaga, dan beban pikiran dengan mempertimbangkan informasi tersebut.

Secara teori, konsep *peer education* sangat mungkin diterapkan di lingkungan pesantren karena beberapa alasan. Pertama, target group adalah remaja. Kedua, jumlah target grup memungkinkan provider memfasilitasi kebutuhan dan pengembangan *peer educator*, dimana jumlah *peer educator* yang dibentuk masih memungkinkan untuk menyebarkan isu KRR ke seluruh teman santri yang ada dan mereka difasilitasi dengan training dan bahan kajian literatur termasuk manual yang memadai. Hal ini menjawab kekhawatiran Hull, Hasmi, dan Widiyanto (2004) yang meyakini strategi *peer educator* tidak cocok untuk remaja Indonesia dengan alasan bahwa jumlah remaja Indonesia sangat banyak, sehingga pemerintah melalui BKKBN tidak mungkin membentuk *peer educator* untuk semua remaja Indonesia dan memfasilitasi semua educator tersebut dengan manual modul yang dibutuhkan. Ketiga, berbagai kegiatan santri dan sistem pengajaran di pesantren bersifat fleksibel untuk mengembangkan isu KRR. Metode sorogan dan bandongan serta berbagai aktifitas santri termasuk penerbitan majalah dinding, ekstrakurikuler pramuka dan seni, dan kegiatan olah raga adalah lahan subur dimana isu KRR bisa disisipkan, sehingga program tidak perlu membuat kegiatan baru yang tentu saja membutuhkan waktu dan tenaga di luar kegiatan yang sudah biasa dilakukan. Keempat, sustainability program dimungkinkan karena proses regenerasi educator di pesantren bisa selalu

dilakukan dari santri senior ke santri baru dengan bimbingan *peer counselor* yang tetap karena mereka bekerja untuk dan di pesantren tersebut. Dengan demikian, ketergantungan target group terhadap penyelenggara dapat diatasi. Bahkan, kondisi ini memungkinkan pihak target untuk memperoleh dukungan lain dari luar pesantren dan luar program.

Dari pembahasan di atas dapat diartikan bahwa *peer education* sangat sesuai dengan konteks sosial di pesantren dan memenuhi prinsip dasar dalam mempromosikan kesehatan di pesantren. Meskipun penggunaan strategi *peer education* sempat menjadi perdebatan karena pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dianggap kurang mencukupi, intervensi program KRR pesantren menggambarkan bahwa dengan training dan pendampingan bagi *educator* kekhawatiran terjadi bias informasi tentang KRR yang dilakukan oleh *educator* dapat diatasi.

Berkaitan dengan pemilihan dan penggunaan strategi, hasil dari sebuah intervensi program adalah poin penting yang menjadi tujuan. Berdasarkan data yang digambarkan pada sub sesi evaluasi, setiap program mengklaim bahwa program implementasi yang dilakukan telah membawa perubahan pada target group. Hal ini berarti *peer education* sebagai konsep yang digunakan dalam tahapan intervensi program memberi manfaat perubahan peningkatan kesehatan reproduksi kepada target group. Meskipun demikian, penggunaan konsep ini berkaitan dengan tahap lain pada proses implementasi program. Dimulai dari tahap persiapan, program menggunakan proses lobby sebagai sebuah strategi. Secara teori, lobby merupakan salah satu strategi dalam promosi kesehatan yang menggunakan konsep strategi komunikasi. Wise (2001) menyatakan bahwa lobby adalah salah satu bentuk aksi advokasi yang bisa mempengaruhi dan membawa perubahan pada kesehatan masyarakat dan memungkinkan membantu perubahan perilaku seseorang, dalam hal ini

ditujukan kepada kyai dan pengurus pesantren. Wise (2001) juga mendefinisikan advokasi sebagai sebuah usaha keras untuk memperoleh dukungan dan rekomendasi, sehingga lobby dan advokasi dapat disimpulkan sebagai salah satu bentuk aksi empowerment (Talbot & Verrinder, 2005) yang memungkinkan mempengaruhi dan meningkatkan kesehatan santri serta mengarahkan ke perubahan perilaku yang lebih positif melalui kesadaran kyai dan pengurus pesantren tentang pentingnya edukasi KRR bagi santri sehingga mereka menerima dan mengizinkan pelaksanaan program KRR di pesantren yang mereka pimpin. Karena lobby dan advokasi merupakan bentuk konkret dari promosi kesehatan maka secara otomatis proses ini telah sesuai dengan prinsip dasar *health promotion* (Keleher, 2007).

Selain itu, hasil analisa terhadap program yang menyebutkan reaksi penolakan dari target group pada tahap pengenalan juga menunjukkan bahwa target group secara antusias menunjukkan partisipasi dengan mengenali dirinya sendiri dan menunjukkan asset sumber informasi KRR yang dia miliki. Menurut Zakus dan Lysack (1998 dalam Laverack 2005), ekspresi santri yang menganalisa diri sendiri merupakan bagian dari partisipasi yang menunjukkan bahwa mereka memiliki respek serta motivasi yang tinggi terhadap program (Deena 2000). Sehingga, negosiasi dan arahan yang logis melalui proses lobby adalah hal yang terbaik untuk dilakukan sehingga target group bersedia untuk berpartisipasi dan berperan aktif dalam program.

Selain pada tahap pengenalan program, partisipasi aktif juga jelas terlihat pada pengembangan program intervensi yang bersifat akomodatif dan memungkinkan pihak target group berpartisipasi secara aktif. Hal ini dapat dilihat dari banyaknya jenis kegiatan yang ditemukan. Secara logis, tidak mungkin sebuah kegiatan tetap dikembangkan tanpa

peserta. Dalam intervensi ini, partisipasi dilakukan oleh target group yang bersedia menjadi *peer educator*, *peer counselor*, peserta festival dan kegiatan lain dengan bertanggung jawab menjalankan hak dan kewajiban sesuai dengan posisi masing-masing. Zakus dan Lysack (1998 dalam Laverack, 2005) mendefinisikan partisipasi sebagai sebuah ekspresi yang antusias dari komunitas target group untuk menganalisa, merencanakan, dan melaksanakan aksi yang berkaitan dengan kebutuhan kesehatan mereka dan mewujudkan organisasi yang mendukung aksi tersebut. Sehingga *peer educator* dan *peer counselor* adalah bukti nyata keterlibatan target group dalam program. Pada tahap intervensi ini, penguatan anggota komunitas (*strengthening community*) dan *empowerment* sebagai bagian dalam prinsip pokok promosi kesehatan karena semua kegiatan bersifat edukatif dan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan santri. Contoh kegiatan yang secara langsung membawa peningkatan pengetahuan tentang KRR adalah training *peer educator* dan *peer counselor*. Selain itu, hasil evaluasi akhir setiap program menyatakan bahwa kesehatan santri di area reproduksi meningkat dengan klaim, pengukuran dan standar yang berbeda.

SIMPULAN

Strategi *peer education* tidak berdiri sendiri, tetapi mempertimbangkan kondisi sosial budaya dan lingkungan dimana target group berada, dimana pelaksanaannya mengacu pada prinsip pokok yang telah disepakati yaitu *equity*, *empowerment*, *strengthening the community*, *community participation*, *cultural respect*, *accountable*, dan *social capital*.

Hasil evaluasi menunjukkan *peer educator* dalam KRR pesantren membawa perubahan kepada peningkatan pengetahuan santri tentang kesehatan reproduksi pada topik menstruasi, anatomi dan fungsi organ reproduksi, penyebaran dan penularan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, pengetahuan tentang metode

kontrasepsi, pencegahan dan kontrol terhadap aktifitas seksual, kemampuan komunikasi untuk mengatakan tidak kepada pacar yang mengajak melakukan aktifitas seksual, dan mencegah penggunaan narkoba. Konsep *peer education* sebagai pendekatan yang sensitif kultur sangat berkaitan dengan tradisi dan kondisi yang ada di pesantren telah terbukti efektif dan direkomendasikan untuk dikembangkan pada berbagai program kesehatan seksual reproduksi bagi pelajar pesantren dengan cara diintegrasikan, disisipkan, diintegrasikan dalam berbagai aktifitas santri yang sudah ada.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. (2009). *Mahasiswa Belum Banyak Tahu Dampak Seks Pra-nikah*. (online). Diunduh dari <http://www.bkkbn.go.id/Webs/DetailRubrik.php?MyID=589> pada tanggal 24 Mei 2010
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellstrom, T. 1993, *Basic Epidemiology*. Geneva: WHO
- Cook, R.J., & Dicken, B.M. 2007. *Reproductive health and public health ethics*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol.99 : 75-79.
- Deena, W. 2000. *Consumer and community participation: A reassessment of process, impact and value*. Extracted from Handbook of social studies in health medicine. Sage publication.
- Dhofier, Z. 1999. *The Pesantren Tradition: A Study of the Role of the Kyai in the Maintenance of the Traditional Ideology of Islam in Java*, Program for Southeast Asian Studies Monograph Series Arizona State University, ASU, Tempe, mail: 18 June 2008.
- Hulupi, M. E. 2007. *An Islamic boarding school in Central Lombok aims to*

- promote gender equality, adolescent reproductive health issues*. UNFPA Indonesia, diunduh dari <http://indonesia.unfpa.org/news/2007/news2007-Joint%20mission%20NTB02.htm>. pada tanggal 24 Mei 2010.
- International Conference on Population and Development (ICPD) 1994. Cairo Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development, paragraph 7.2.
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat (Menkokesra), 2010. BKKBN: *Sebanyak 63% Remaja Pernah Berhubungan Seks*, headline news, p.1. diunduh dari <http://www.menkokesra.go.id/content/view/10043/39/>, pada tanggal 15 April 2010,
- Keleher, H. 2007. *Strategic communication in Keleher*. Macdougall, C. & Murphy, B. (eds). Understanding health promotion, New York: Oxford University Press.
- Kholifah. 2005. *Contesting discourses on sexuality and sexual subjectivity among young women in pesantren*, Thesis, Bangkok Mahidol University.
- Liamputtong, P & Ezzy, D. 2005. *Qualitative Research Methods*. Melbourne: Oxford University Press.
- Masruchah & Keenan, B. 2005. *The legitimacy of religion to create change in Indonesia in Geetanjali M and Radhika C. Sexuality, gender and rights: exploring theory and practice in South and Southeast Asia*, New Delhi: Sage Publication,
- Murphy, B. 2007. *Strategic communication, promotion in Understanding Health Promotion*, Keleher MacDougall, C. & Murphy, B. (eds)., Melbourne: Oxford University Press.
- Popay, J., Roger, A., & Williams, G. 1998. *Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research*. Journal of Qualitative health research, Vol .8, No. 3 : 341-351.
- Shiner, M 1999, 'Defining peer education', Journal of Adolescence, vol. 22, pp. 555-566,
- Smith-Hefner, N.J. 2006. *Reproducing respectability: sex and sexuality among Muslim Javanese youth*. Review of Indonesian and Malaysian Affairs, Vol. 40, No. 1: 143-172.
- Talbot, L., & Verrinder, G. 2005. *Promoting health: the primary health care approach*, 3rd edition, Sydney : Elsevier.
- UNESCO. 2004. *Supplementing ARH education for youth in Islamic schools: a model from Indonesia*. Adolescence education newsletters, Vol 7, No 2 :21.
- Ward, J., Hunter, G., & Power, R. 1997. *Peer education as a means of drug prevention and education among young people: an evaluation*. Health Education Journal, 56
- Wise, M. 2001. *The role of advocacy in promoting health*. Promotion & Education, Vol.8, No.2 : 69-73.
- World Health Organization (WHO). 2008. *Sexual Reproductive health for adolescent: Promoting the sexual and reproductive health of adolescents*. Diunduh dari <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/index.html>. pada tanggal 28 September 2008.
- Yuni. 2009. Wow, 62,7% Pelajar SMP Tak Perawan. Diunduh dari http://www.harrianglobal.com/index.php?option=com_content&task=view&id=7291&Itemid=53. Pada tanggal 24 Mei 2010.