

## **AGAMA, KESEHATAN REPRODUKSI DAN PERILAKU SEKSUAL PELAJAR: PERBANDINGAN DESA DENGAN KOTA DI PULAU LOMBOK**

Andhika Arya Timor  
andhika.aryatimor@gmail.com

Umi Listyaningsih  
renggalih@yahoo.co.uk

### **Abstract**

*Reproductive behavior of adolescent in Lombok Island is strongly influenced by the knowledge and attitudes related to sexual and reproductive health. This study aims to identify whether there are differences in knowledge and attitudes related to adolescent reproductive health based on the intensity of religious education and their school location in Lombok Island. Data on attitudes and knowledge related to adolescent reproductive health is obtained through a survey in May-August 2009 using self-administered questionnaire. A two-way ANOVA test performed to analyze the data in this study. This study shows that school locations have a greater effect on attitudes and knowledge related to adolescent reproductive health, rather than religious education. Nevertheless, religious education is more influential on adolescent attitudes in urban than in rural areas. Therefore, the institutions of religious education in rural areas in Lombok Island need to further strengthen the religiosity and knowledge of reproductive health of adolescent, so they can avoid risky behavior.*

*Keyword: reproductive health, sexual activity, adolescent, religion, school.*

### **Abstrak**

Perilaku reproduksi remaja di Pulau Lombok sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap terkait kesehatan reproduksi dan seksual. Penelitian ini secara umum bertujuan ingin mengidentifikasi perbedaan pengetahuan dan sikap remaja terkait kesehatan reproduksi berdasarkan intensitas pendidikan agama dan lokasi sekolah remaja di Pulau Lombok. Data mengenai sikap dan pengetahuan remaja terkait kesehatan reproduksi diperoleh melalui sebuah survei pada bulan Mei-Agustus 2009 dengan menggunakan kuesioner (*self-administered questionnaire*). Uji ANOVA dua arah dilakukan untuk menganalisis data dalam penelitian ini. Hasil uji ANOVA dua arah menunjukkan bahwa lokasi sekolah memiliki efek lebih besar terhadap sikap dan pengetahuan remaja terkait dengan kesehatan reproduksi, daripada pendidikan agama. Namun demikian, pendidikan agama di perkotaan lebih berpengaruh terhadap sikap responden terkait kesehatan reproduksi dibandingkan di perdesaan. Oleh karena itu, lembaga pendidikan agama di perdesaan di Pulau Lombok perlu untuk lebih memperkuat pemahaman agama dan pengetahuan reproduksi remaja, agar mereka dapat menghindari perilaku yang berisiko.

Kata kunci: kesehatan reproduksi, perilaku seksual, remaja, agama, sekolah

## PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu isu global yang sangat penting. Hal ini terbukti dengan dijadikannya isu kesehatan reproduksi sebagai salah satu tujuan dari Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millenium Development Goal* yang telah disepakati oleh hampir seluruh negara di dunia pada tahun 2000 (UNDP, 2001). Bahkan sebelumnya pada tahun 1994 diadakan Kongres Internasional tentang Pembangunan dan Kependudukan atau *International Congress of Population and Development* yang diadakan di Kairo Mesir, dimana salah satu fokus dari pertemuan tersebut adalah kesehatan reproduksi (UNFPA, 1994).

Masalah kesehatan reproduksi remaja sangat dipengaruhi oleh perilaku reproduksi dan seksual remaja itu sendiri. Perilaku seksual remaja sangat dipengaruhi oleh persepsi atau sikap dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksual. Sikap dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksual bisa dipengaruhi oleh berbagai hal diantaranya adalah kultur, agama, hukum, ekonomi, dan psikologis (WHO, 2010). Cottingham dan Myntti (2002) menyatakan bahwa terdapat empat level sosial institusional yang mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksi, dimana diantaranya adalah sekolah, institusi agama, media dan pasar. Yang dimaksud dengan pasar di sini adalah kecenderungan sosial yang terjadi pada masyarakat sekitar. Menurut Kanekar dan Sharma (2010) perilaku seks sangat dipengaruhi oleh religiusitas dan norma sosial.

Pengaruh agama sendiri sangat terkait erat dengan religiusitas, sedangkan pengaruh

norma sosial terkait dengan kultur. Pada remaja, agama maupun religiusitas dipengaruhi oleh pendidikan agama (McFarland, Wright, & Weakliem, 2010). Pendidikan agama yang paling intensif bagi remaja saat ini adalah di sekolah. Oleh karena itu kemungkinan terdapat perbedaan sikap dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi antara remaja yang mendapatkan pendidikan agama secara intensif dan yang tidak intensif.

Perbedaan kultur dan norma sosial yang paling jelas terlihat adalah antara daerah perkotaan dengan perdesaan. Masyarakat di perkotaan cenderung untuk lebih individualis, modern, heterogen dan permisif, sedangkan masyarakat di perdesaan cenderung untuk lebih komunal, tradisional, homogen dan konservatif (Bintarto, 1983). Hal ini menyebabkan terjadinya perbedaan sikap dan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan seksual antara mereka yang bergaul di lingkup perkotaan dengan mereka yang berada di lingkup perdesaan.

Sikap dan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan seksual kemudian bisa dijadikan alat untuk memprediksi kecenderungan remaja untuk melakukan perilaku yang berisiko atau aman terkait kesehatan reproduksi dan seksual mereka.

Tujuan dari penelitian yang dilakukan ini adalah untuk mengidentifikasi pengaruh dari pendidikan agama terhadap pengetahuan dan sikap remaja terkait dengan kesehatan reproduksi dan seksual. Selain itu penelitian ini juga ingin mengidentifikasi pengaruh perbedaan kultur dan norma sosial antara perkotaan dengan perdesaan terhadap pengetahuan dan sikap remaja terkait

kesehatan reproduksi dan seksual, serta mengidentifikasi adanya perbedaan pengaruh pendidikan agama di perkotaan dengan di perdesaan terhadap pengetahuan dan sikap remaja terkait kesehatan reproduksi dan seksual.

Landasan teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah kerangka teori kesehatan reproduksi dari Cottingham dan Myntii (2002), *Health Belief Model* (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) dan *Planned Behavior* (Ajzen, 1991). Selain itu untuk mendukung analisis, penelitian ini juga meninjau teori perbedaan desa-kota (Bintarto, 1983), psikososial (Erikson, 1968), psikoseksual (Freud, 1947) dan teori religiusitas pada remaja (Elkind, 1967; Fowler, 1995).

#### **METODOLOGI PENELITIAN**

Penelitian ini mengambil lokasi di Pulau Lombok, yang terletak di provinsi Nusa Tenggara Barat. Alasan pemilihan lokasi penelitian di Pulau Lombok adalah karena remaja di pulau ini menghadapi empat hal utama yang langsung maupun tidak langsung berdampak pada kesehatan reproduksi mereka, yakni sebagai daerah tujuan wisata dunia, sebagai kantong TKI, dan keberadaan teknologi informasi, serta kultur lokal dalam hal ini adalah kawin lari.

Data dalam penelitian ini menggunakan data primer, yang dikumpulkan melalui sebuah survey. Survey ini dilakukan pada bulan Mei-Agustus 2009. Responden terdiri dari pelajar di sekolah menengah tingkat atas di Pulau Lombok. Pelajar yang bersekolah di Kota Mataram dalam penelitian ini dikategorikan sebagai pelajar daerah perkotaan (urban) dan yang bersekolah di

luar Kota Mataram dikategorikan sebagai pelajar daerah perdesaan (*rural*).

Penentuan responden dalam penelitian ini menggunakan metode non-proporsional quota sampling, dimana sebelumnya diawali dengan pemilihan sekolah sample secara acak terklaster. Responden yang dipilih adalah mereka yang duduk di kelas XII dan beragama Islam. Berdasarkan data dari Dikpora Provinsi Nusa Tenggara Barat (2009), terdapat 232 sekolah agama dan 132 sekolah umum di luar Kota Mataram, sedangkan di Kota Mataram terdapat 19 sekolah agama dan 37 sekolah umum. Dalam penelitian ini dipilih secara acak 20 sekolah di perkotaan (masing-masing 10 sekolah agama dan umum). Dari 20 sekolah di perkotaan dipilih masing-masing 2 orang laki-laki dan perempuan, sehingga jumlah total responden di perkotaan adalah 80 responden, sedangkan untuk sekolah di perdesaan dipilih masing-masing satu orang laki-laki dan perempuan di setiap sekolah yang telah terpilih. Jumlah total responden di perdesaan adalah 320 orang. Penentuan jumlah responden ini dilakukan agar jumlah sampel pada setiap kategori lebih besar dari 30 sehingga setiap kategori memenuhi ukuran sampel yang sesuai untuk distribusi normal. Semua responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela.

Jumlah responden laki-laki dan perempuan sengaja disamakan dengan tujuan untuk menghindari bias gender dalam penelitian ini. Responden yang dipilih khusus beragama Islam dikarenakan dua alasan, yakni a) Islam adalah agama mayoritas di Lombok (89%) sehingga pengaruh proporsi pelajar yang menganut agama minoritas

tidak signifikan (BPS, 2008); dan b) agar dalam mengukur tingkat religiusitas tidak terjadi bias yang diakibatkan perbedaan metode dalam ritual ibadah. Pelajar kelas XII dipilih karena diasumsikan bahwa siswa kelas XII telah menempuh pendidikan menengah atas lebih dari dua tahun sehingga perbedaan intensitas pendidikan agama yang diperoleh bisa dirasakan oleh pelajar.

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan sebuah kuesioner yang diadaptasi dari kuesioner Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2002-2003 (BPS, 2004). Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner SKRRI tersebut

dimodifikasi dan disederhanakan agar sesuai untuk model kuesioner yang diisi sendiri (*self-administered questionnaire*) dan sesuai dengan sentimen kultural setempat dan memasukkan beberapa pandangan yang diperoleh saat observasi pendahuluan. Setiap responden diminta untuk mengisi sendiri (*self-administered*) sebuah kuesioner di luar jam sekolah mereka, yakni pada sore hari di rumah atau tempat tinggal mereka. Setiap pertanyaan yang tidak dimengerti atau sulit dicerna oleh responden dapat ditanyakan langsung kepada pewawancara. Tabel 1 menunjukkan daftar instrumen pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini.

**Tabel 1. Daftar variabel terpengaruh dan instrumen pengukurannya.**

Variabel	Instrumen Pengukuran	Rentang Skor (setelah dikalikan bobot)
Religiusitas	Skala Likert	0-10
Pengetahuan yang terkait kesehatan reproduksi dan seksual	Dikotomi (tahu/tidak tahu)	0-100
Persepsi yang terkait kesehatan reproduksi dan seksual	Skala diferensial semantik	0-100

Uji ANOVA dua arah (*two-way ANOVA*) dilakukan untuk menguji perbedaan mean setiap kategori responden. Uji ini dilakukan karena terdapat dua buah independent variable, yakni lokasi sekolah dan pendidikan agama, yang diuji secara terpisah terhadap dua buah dependent variable, yakni pengetahuan dan persepsi remaja terkait dengan kesehatan reproduksi dan seksual. Pengujian dua independent variable terhadap dependent variable dilakukan untuk melihat apakah terdapat interaksi silang dari pengaruh kedua independent variable tersebut. Ukuran sampel untuk setiap kategori pendidikan agama dan lokasi sekolah berbeda, sehingga metode uji analisis ANOVA dua arah yang diterapkan

adalah *unbalanced sample two-way ANOVA*. Perbedaan dalam pengujian balanced sample dengan *unbalanced sample* terletak pada metode pengukuran jumlah kuadrat (*sum of squares*). Untuk balanced sample, jumlah kuadrat yang digunakan adalah tipe III (*type III sum of squares*), sedangkan unbalanced sample menggunakan jumlah kuadrat tipe I (*type I sum of squares*). Apabila dalam uji ANOVA dua arah tidak ditemukan adanya saling interaksi yang signifikan antara pengaruh independent variabel yang satu dengan yang lain, maka digunakan uji *simple main effect* untuk melihat apakah semua *independent variable* saling tidak berpengaruh ataukah hanya satu *independent variable* yang berpengaruh terhadap

*independent variable* lainnya (Maxwell & Delaney, 2003).

Untuk dapat melakukan uji ANOVA dua arah, maka ada beberapa asumsi yang harus dipenuhi yakni a) data terdistribusi dengan normal, b) setiap sampel bersifat independen atau saling lepas dan c) varian variabel terpengaruh pada setiap kategori variabel berpengaruh bersifat homogen. Uji Saphiro-Wilk digunakan untuk mengukur apakah data terdistribusi dengan normal atau tidak, sedangkan untuk menguji homogenitas varian digunakan uji Levene.

Uji t ini dilakukan untuk menguji perbedaan religiusitas remaja berdasarkan intensitas pendidikan agama yang mereka peroleh. Perbedaan religiusitas remaja yang bersekolah di perkotaan dan di perdesaan diuji secara terpisah. Hal ini dilakukan untuk melihat apakah variabel pendidikan agama berpengaruh terhadap religiusitas, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Semua prosedur analisis statistik menggunakan aplikasi pengolah data SPSS 17.0 (IBM Corp.). Interval konfidensi yang digunakan adalah 95% atau  $\alpha = 0,05$ .

## **HASIL**

Tabel 2 menunjukkan hasil uji ANOVA dua arah pada dua variabel terpengaruh beserta seluruh subvariabelnya. Uji ANOVA dua arah telah dilakukan untuk melihat apakah terdapat pengaruh dari pendidikan agama dan lokasi sekolah terhadap pengetahuan dan persepsi remaja di Pulau Lombok terkait dengan kesehatan reproduksi. Variabel-variabel terpengaruh, yakni variabel pengetahuan dan persepsi, terdistribusi normal per kelompok berdasarkan lokasi sekolah mereka maupun berdasarkan

intensitas pendidikan agama. Hal ini terbukti dari uji Shapiro-Wilk yang telah dilakukan (masing-masing  $p=0,251$  dan  $p=0,102$ ). Selain itu terdapat homogenitas ragam atau varian diantara setiap kelompok, seperti yang telah diuji dengan uji Levene untuk kesetaraan variansi eror.

Pada variabel pengetahuan remaja terkait kesehatan reproduksi, secara keseluruhan tidak terdapat interaksi yang signifikan antara pengaruh lokasi sekolah dan intensitas pendidikan agama terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi ( $F(1/396)=0,41$ ;  $p=0,52$ ). Namun demikian, lokasi sekolah menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan ( $F(1/396)=26,97$ ;  $p < 0,05$ ). Data yang diperoleh menunjukkan bahwa remaja yang sekolah di perkotaan memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang lebih tinggi daripada remaja yang sekolah di perdesaan, tanpa memandang intensitas pendidikan yang mereka peroleh (mean masing-masing 50,97 dan 49,8).

Uji ANOVA dua arah terhadap aspek-aspek pengetahuan kesehatan reproduksi yang diuji dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang beragam. Pada aspek pengetahuan tentang fisiologis reproduksi dan metode kontrasepsi, terdapat interaksi yang signifikan dari dua variabel berpengaruh (masing-masing  $F(1/396)=9,82$ ;  $p=0,002$  dan  $F(1/396)=35,69$ ;  $p < 0,05$ ). Hasil ini menunjukkan bahwa baik di perkotaan (mean sekolah agama 71,78 dan sekolah umum 73,45) maupun di perdesaan (mean sekolah agama 61,32 dan sekolah umum 64,51), pendidikan agama menyebabkan remaja memiliki pengetahuan tentang fisiologis yang lebih rendah. Berdasarkan pengetahuan tentang metode kontrasepsi,

**Tabel 2. Hasil uji ANOVA dua arah pada seluruh variabel dan subvariabel terpengaruh.**

Variable & subvariabel	Perkotaan				Perdesaan				$F_1$	$p$	$F_2$	$p$	$F_3$	$p$
	Sekolah Agama		Sekolah Umum		Sekolah Agama		Sekolah Umum							
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD						
Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	61,69	3,91	62,13	3,92	52,64	3,77	53,37	3,53	2,10	0,15	26,97	<0,05 <sup>†</sup>	0,41	0,52
- Fisiologis reproduksi	71,78	5,50	73,45	5,80	61,32	5,13	64,51	4,23	22,17	<0,05 <sup>†</sup>	340,62	<0,05 <sup>†</sup>	4,92	0,02 <sup>†</sup>
- Metode kontrasepsi	63,98	3,17	64,21	2,40	53,29	2,91	51,73	3,29	9,94	<0,05 <sup>†</sup>	45,63	<0,05 <sup>†</sup>	35,69	<0,05 <sup>†</sup>
- IMS dan HIV/AIDS	49,32	2,34	48,73	2,57	43,31	2,79	43,87	2,94	0,90	0,35	330,23	<0,05 <sup>†</sup>	1,82	0,18
Persepsi Kesehatan Reproduksi	49,54	1,80	52,39	2,16	49,92	2,15	49,67	2,09	2,03	0,15	27,15	<0,05 <sup>†</sup>	57,46	<0,05 <sup>†</sup>
- Alat kontrasepsi	59,32	2,40	79,43	3,19	63,52	3,11	61,73	2,87	2,79	0,10	1,84	0,18	69,42	<0,05 <sup>†</sup>
- IMS dan HIV/AIDS	32,47	1,57	33,58	2,17	31,69	2,09	32,17	2,22	5,29	0,02 <sup>†</sup>	23,51	<0,05 <sup>†</sup>	5,25	0,02 <sup>†</sup>
- Perilaku berpacaran	79,38	2,89	85,23	3,22	79,13	3,41	80,51	3,39	29,74	<0,05 <sup>†</sup>	48,31	<0,05 <sup>†</sup>	74,16	<0,05 <sup>†</sup>
- Premarital sex	28,21	1,09	31,47	1,18	29,35	0,98	30,12	1,04	96,41	<0,05 <sup>†</sup>	0,94	0,33	238,12	<0,05 <sup>†</sup>
- Kawin lari & pernikahan dini	71,12	1,73	70,46	1,97	68,23	2,12	64,23	1,76	190,91	<0,05 <sup>†</sup>	216,59	<0,05 <sup>†</sup>	49,64	<0,05 <sup>†</sup>
- Married by accident	53,22	1,20	55,61	1,31	52,53	0,89	53,68	1,24	100,37	<0,05 <sup>†</sup>	119,86	<0,05 <sup>†</sup>	80,26	<0,05 <sup>†</sup>
- Aborsi	22,24	0,71	26,16	0,62	24,98	0,65	25,27	0,59	166,77	<0,05 <sup>†</sup>	188,65	<0,05 <sup>†</sup>	1.082,05	<0,05 <sup>†</sup>

Keterangan:

$F_1$ : nilai  $F$  perbandingan sekolah

$F_2$ : nilai  $F$  perbandingan lokasi

$F_3$ : nilai  $F$  interaksi perbandingan sekolah dengan lokasi

SD : Standard deviation/Simpangan baku

$p$  : signifikansi

<sup>†</sup> : Signifikan pada derajat kepercayaan 95%

pendidikan agama di perkotaan menyebabkan remaja memiliki pengetahuan yang lebih rendah (mean sekolah agama 63,98 dan mean sekolah umum 64,21). Sebaliknya pengetahuan agama di perdesaan menyebabkan pengetahuan metode kontrasepsi remaja lebih tinggi (mean sekolah agama 53,29 dan sekolah umum 51,73). Aspek pengetahuan infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS menunjukkan tidak adanya interaksi yang signifikan dari dua variabel berpengaruh ( $F(1/396)=1,82$ ;  $p=0,178$ ). Hanya lokasi sekolah yang terbukti berpengaruh signifikan terhadap pengetahuan tentang IMS dan HIV/AIDS, dimana remaja yang sekolah di perkotaan memiliki pengetahuan IMS dan HIV/AIDS yang lebih tinggi daripada di perdesaan (mean masing-masing 49,03 dan 43,59).

Pada variabel persepsi remaja terkait kesehatan reproduksi, secara keseluruhan terdapat interaksi yang signifikan antara pengaruh lokasi sekolah dan intensitas kesehatan reproduksi ( $F(1/396)=57,46$ ;  $p < 0,05$ ). Namun demikian pengujian berdasarkan intensitas pendidikan tidak menunjukkan adanya signifikansi ( $F(1/396)=2,03$ ;  $p = 0,155$ ). Oleh karena itu dilakukanlah uji *simple main effect*. Uji *simple main effect* menunjukkan bahwa pendidikan agama terhadap remaja di perkotaan terbukti berpengaruh terhadap persepsi remaja ( $p=0,01$ ), sedangkan pengaruhnya di perdesaan tidak signifikan ( $p=0,78$ ).

Uji ANOVA dua arah terhadap seluruh aspek persepsi remaja terkait kesehatan reproduksi menunjukkan adanya interaksi pengaruh pendidikan agama dan lokasi sekolah yang signifikan ( $F(1/396)=57,46$ ;  $p < 0,05$ ). Pada aspek persepsi alat kontrasepsi, uji *simple main effect* menunjukkan bahwa pendidikan agama di perkotaan menyebabkan persepsi remaja menjadi lebih konservatif (mean sekolah agama=59,32; sekolah umum=79,43;  $p=0,01$ ), sedangkan di perdesaan tidak berpengaruh signifikan. Uji ANOVA dua arah pada aspek persepsi IMS dan HIV/AIDS ( $F(1/396)=5,25$ ;  $p = 0,02$ ), perilaku berpacaran ( $F(1/396)=74,16$ ;  $p$

$< 0,05$ ), kawin lari dan pernikahan dini ( $F(1/396)=49,64$ ;  $p < 0,05$ ), serta pernikahan akibat kehamilan ( $F(1/396)=80,86$ ;  $p < 0,05$ ) menunjukkan hasil yang seragam yakni pendidikan agama di perkotaan dan di perdesaan berpengaruh signifikan, dimana pendidikan agama menyebabkan remaja menjadi lebih konservatif dan sekolah di perkotaan menyebabkan remaja menjadi lebih permisif (untuk detail mean setiap kelompok lihat Tabel 2). Uji ANOVA dua arah pada aspek persepsi seks pranikah ( $F(1/396)=80,86$ ;  $p < 0,05$ ) dan aborsi ( $F(1/396)=1,082$ ;  $p < 0,05$ ) juga menunjukkan interaksi pengaruh pendidikan agama dan lokasi sekolah yang signifikan namun dengan pola yang berbeda. Pendidikan agama di perkotaan dan di perdesaan menyebabkan persepsi remaja menjadi lebih konservatif, namun pendidikan agama di perdesaan menyebabkan remaja menjadi lebih permisif terhadap isu-isu di atas (lihat Tabel 2).

Uji t terhadap religiusitas remaja di perkotaan menunjukkan bahwa pendidikan agama yang intensif menyebabkan remaja lebih religius (mean sekolah agama=8,63 dan sekolah umum=7,98;  $t(158)=2,89$ ,  $p = 0,02$ ). Sedangkan uji t terhadap religiusitas remaja di perdesaan menunjukkan bahwa pengaruh pendidikan agama terhadap religiusitas tidak signifikan (mean sekolah agama=8,59 dan sekolah umum=8,45;  $t(638)=1,35$ ;  $p = 0,53$ ).

## PEMBAHASAN

Secara umum pendidikan agama tidak menyebabkan adanya perbedaan pengetahuan pada remaja di Pulau Lombok. Namun ada beberapa aspek pengetahuan reproduksi yang dipengaruhi oleh pendidikan agama, yakni pengetahuan tentang fisiologis reproduksi dan metode kontrasepsi. Di perkotaan maupun di perdesaan, pendidikan agama menyebabkan pengetahuan remaja tentang fisiologis reproduksi menjadi lebih rendah. Pengetahuan tentang fisiologis reproduksi mencakup pengetahuan tentang penyebab serta peluang

terjadinya kehamilan. Dalam hal ini, risiko yang terkait dengan fisiologis reproduksi adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini berarti remaja yang memiliki pengetahuan fisiologis yang rendah rentan untuk mengabaikan peluang terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan akibat hubungan seksual. Berdasarkan kerangka teori kesehatan reproduksi Cottingham dan Myntti (2002), kehamilan yang tidak diinginkan dapat menyebabkan terjadinya aborsi yang tidak aman atau memperbesar peluang terjadinya morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi. Selain berpengaruh terhadap aspek pengetahuan fisiologis reproduksi, pendidikan agama juga berpengaruh terhadap pengetahuan remaja tentang metode kontrasepsi. Pendidikan agama di perkotaan menyebabkan remaja memiliki pengetahuan metode kontrasepsi yang lebih rendah. Sebaliknya pendidikan agama di perdesaan menyebabkan remaja memiliki pengetahuan metode kontrasepsi yang lebih tinggi. Meskipun demikian lokasi sekolah di perkotaan menyebabkan remaja memiliki pengetahuan metode kontrasepsi yang lebih tinggi. Hal ini berarti bahwa meskipun pendidikan agama di perkotaan menyebabkan pengetahuan metode kontrasepsi menjadi lebih rendah, namun pengetahuan mereka lebih tinggi daripada remaja yang mendapatkan pendidikan agama di perdesaan. Pengetahuan tentang metode kontrasepsi berhubungan dengan *self-efficacy* yakni keyakinan seseorang mengenai kemampuan mereka untuk bisa menghindari diri dari perilaku berisiko (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), dalam hal ini menghindari risiko yang diakibatkan oleh perilaku reproduksi. Risiko yang terkait dengan metode kontrasepsi adalah kehamilan yang tidak diinginkan serta infeksi menular seksual dan HIV/AIDS. Hal ini berarti bahwa remaja yang memiliki pengetahuan metode kontrasepsi yang rendah memiliki *self-efficacy* yang rendah dalam hal risiko kehamilan yang tidak diinginkan dan risiko tertular penyakit melalui hubungan seks.

Pendidikan agama di perkotaan maupun di perdesaan tidak menyebabkan adanya perbedaan pengetahuan remaja tentang infeksi menular seksual dan HIV/AIDS. Yang justru berpengaruh adalah lokasi sekolah, dimana bersekolah di perkotaan, dengan dan atau tanpa pendidikan agama intensif, menyebabkan remaja memiliki pengetahuan infeksi menular seksual dan HIV/AIDS yang lebih tinggi. Rendahnya pengetahuan tentang infeksi menular seksual dan HIV/AIDS menyebabkan remaja cenderung untuk mengabaikan risiko tertular penyakit akibat berhubungan seks, karena mereka tidak tahu seberapa besar risiko yang akan mereka tanggung akibat penyakit tersebut.

Di perkotaan, pendidikan agama secara umum menyebabkan remaja memiliki sikap yang lebih konservatif terhadap kesehatan reproduksi dan seksual. Konservatif berarti lebih mendukung perilaku reproduksi yang sesuai dengan tradisi masyarakat setempat atau yang sesuai dengan tuntunan dalam literatur agama, sedangkan di perdesaan, pendidikan agama secara umum tidak menyebabkan perbedaan sikap remaja. Hal ini kemungkinan disebabkan karena pendidikan agama tidak berpengaruh terhadap tingkat religiusitas remaja di perdesaan, seperti yang ditunjukkan dalam hasil analisis religiusitas pada penelitian ini.

Selain berpengaruh terhadap persepsi kesehatan reproduksi remaja secara umum, pendidikan agama juga berpengaruh secara khusus terhadap seluruh aspek kesehatan reproduksi remaja, yakni persepsi tentang alat kontrasepsi, infeksi menular seksual dan HIV/AIDS, perilaku berpacaran, hubungan seks pranikah, kawin lari dan pernikahan dini, pernikahan akibat kehamilan serta aborsi, sedangkan lokasi sekolah secara umum tidak berpengaruh terhadap sikap remaja. Meskipun demikian lokasi sekolah secara khusus berpengaruh terhadap berbagai aspek sikap remaja yang terkait kesehatan reproduksi, kecuali sikap tentang perilaku seks pranikah.

Masalah kawin lari dan pendidikan agama merupakan masalah yang sangat kompleks di Pulau Lombok karena meskipun kawin lari bertentangan dengan agama dan undang-undang negara, namun masih banyak masyarakat yang tidak mempermasalahkannya. Alasannya adalah karena kawin lari telah menjadi adat yang melekat pada masyarakat di Lombok. Padahal kawin lari ini adalah salah satu akar permasalahan kesehatan reproduksi yang nyata di Pulau Lombok. Kawin lari dapat mengarah kepada pernikahan dini, perceraian, kehamilan remaja yang bisa diikuti oleh morbiditas ataupun mortalitas ibu dan/atau bayi.

Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan agama dan lokasi sekolah di perkotaan sebenarnya bisa menyebabkan remaja untuk berpandangan lebih modern. Pendidikan agama menyebabkan remaja memandang bahwa perempuan memiliki hak untuk menentukan apakah ingin tetap menikah atau tidak, meskipun telah diculik oleh pihak laki-laki. Namun remaja di perdesaan masih memiliki pandangan yang lebih tradisional tentang kawin lari.

Pengetahuan lebih berkontribusi daripada sikap terhadap kecenderungan melakukan perilaku aman di Pulau Lombok. Hal ini dikarenakan pengetahuan bersifat linear, sedangkan sikap bersifat fluktuatif. Dengan bertambahnya usia, pengetahuan seseorang tentang sesuatu akan bertambah atau tetap, tetapi tidak akan berkurang, sedangkan sikap seseorang akan sesuatu akan berubah-ubah tergantung kondisi sosial dan emosional yang dihadapi oleh seseorang tersebut. Hal ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* dimana perilaku seseorang yang terkait kesehatannya dipengaruhi sikap dan pengetahuan mereka tentang manfaat dan ancaman yang berasal dari perilaku yang berhubungan dengan kesehatan itu (Rosentstock, 1988).

## KESIMPULAN

Pendidikan agama memiliki pengaruh signifikan terhadap persepsi remaja tentang kesehatan reproduksi dan seksual, namun hanya di perkotaan saja, dimana pendidikan agama menyebabkan remaja menjadi berpandangan konservatif terhadap kesehatan reproduksi, sedangkan di perdesaan pendidikan agama tidak berpengaruh terhadap persepsi remaja. Hal ini kemungkinan disebabkan tidak adanya perbedaan tingkat religiusitas remaja yang mendapatkan pendidikan agama dengan yang tidak. Kemudian pendidikan agama juga tidak berpengaruh terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi remaja baik di perkotaan, maupun di perdesaan. Oleh karena itu, lembaga pendidikan agama di perdesaan di Pulau Lombok perlu untuk lebih memperkuat pemahaman agama dan pengetahuan reproduksi remaja, agar mereka dapat menghindari perilaku yang berisiko.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes*, 50, 179-111.
- Bintarto, R. (1983). *Interaksi Desa-Kota dan Permasalahannya*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Cottingham, J., & Myntti, C. (2002). Reproductive Health: Conceptual Mapping and Evidence. In G. Sen, A. George, & P. Östlin (Eds.), *Engendering International Health: The Challenge of Equity* (pp. 83-109). Massachusetts: MIT Press.
- Elkind, D. (1967, Desember). Egocentrism in Adolescence. *Child Development*, 38(4), 1025-1034.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fowler, J. W. (1995). *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. New York: HarperOne.

Freud, S. (1947). *Leonardo Da Vinci: A Study in Psychosexuality* (1st Edition ed.). New York: Random House.

Kanekar, A., & Sharma, M. (2010, Maret). Determinants of Safer Sex Behaviors Among College students. *Acta Didactica Napocensia*, 3(1), 27-38.

Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (2003). *Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison Perspective* (2nd ed.). London: Routledge Academic.

McFarland, M. J., Wright, B. R., & Weakliem, D. L. (2010, Agustus). Educational Attainment and Religiosity: Exploring Variations by Religious Tradition. *Sociology of Religion*, 72(2), 166-188.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

UNDP. (2001). *Human Development Report 2001: Making New Technologies Work for Human Development*. New York: UNDP.

UNFPA. (1994). Report Of The International Conference On Population And Development (Cairo, 5-13 September 1994). *The International Conference On Population And Development*. New York: UNFPA.

WHO. (2010). *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and programme implementation*. (S. Malarcher, Ed.) Jenewa: WHO.