

PENERAPAN METODE *JIGSAW II* DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA KELAS XI SMA DI GROBOGAN

Oleh:

Nurya Kumalasari¹⁾, Nurul Kodiyah²⁾, Sri Untari³⁾

- 1) Dosen Universitas An Nuur, Email : nurya.kumalasari29@gmail.com
- 2) Dosen Universitas An Nuur.
- 3) Dosen Universitas An Nuur.

ABSTRAK

Latar Belakang : Strategi khusus diperlukan untuk meningkatkan motivasi, pengetahuan dan persepsi perilaku pada sasaran pendidikan kesehatan terhadap pembelajaran. *Cooperatif learning* merupakan suatu model pembelajaran dalam kelompok-kelompok kecil yang memiliki ketrampilan berbeda. Setiap anggota saling bekerjasama dan membantu dalam menyelesaikan tugas kelompok agar memahami suatu bahan pembelajaran (Aris, 2014). Dalam penelitian ini diterapkan model pembelajaran kooperatif dengan tipe *jigsaw II* yang bertujuan agar tercipta suasana belajar yang mengharuskan peserta untuk aktif dalam kelompok dan merangsang suasana belajar yang aktif sehingga para peserta merasa tertarik dalam mengikuti pendidikan kesehatan.

Tujuan penelitian : Menganalisis pengaruh metode *jigsaw II* dalam pendidikan kesehatan reproduksi terhadap pengetahuan pengetahuan siswa kelas XI SMA

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan *quasi-experimental one group pretest-posttest design*. Bentuk desain yang digunakan yaitu *time series design*. Jumlah sampel sebanyak 85 responden.

Hasil : Terdapat pengaruh penerapan metode *jigsaw II* terhadap tingkat pengetahuan dengan nilai *p-value* 0,000; setelah pendidikan kesehatan

Kesimpulan : metode *jigsaw II* mampu memberikan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan terasa lebih menyenangkan.

Kata Kunci : *jigsaw II*, pendidikan kesehatan reproduksi, remaja

THE IMPLEMENTATION OF THE JIGSAW II IN ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION OF XI SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS IN GROBOGAN

By:

Nurya Kumalasari¹⁾, Nurul Kodiyah²⁾, Sri Untari³⁾

1. Lecturer at An Nuur University, Email: nurya.kumalasari29@gmail.com

2. Lecturer at An Nuur University.

3. Lecturer at An Nuur University.

ABSTRACT

Background : *Specific strategies are needed to increase motivation, knowledge and perception of behavior in health education goals towards learning. Cooperative learning is a learning model in small groups that have different skills. Each member cooperates and helps each other in completing group assignments in order to understand a learning material (Aris, 2014). In this study, a cooperative learning model with the type of jigsaw II which aims to create a learning atmosphere that requires participants to be active in groups and stimulates an active learning atmosphere so that participants feel interested in participating in health education.*

Research objective : *To analyze the effect of the jigsaw in reproductive health education on the knowledge of the eleventh senior high school students.*

Method: *This study used a one-group quasi-experimental pretest-posttest design. The design form used is time series design. The number of samples is 85 respondents.*

Results : *There is an effect of applying the jigsaw II to the level of knowledge with a p-value of 0.000; after health education*

Conclusion : *the jigsaw II is able to provide increased knowledge about reproductive health and feels more enjoyable.*

Keywords: *jigsaw II, reproductive health education, adolescents*

PENDAHULUAN

Remaja adalah suatu usia yang telah mengalami kematangan secara mental, emosional, sosial dan fisik dimana individu menjadi terintegrasi ke dalam masyarakat dewasa, suatu usia dimana individu merasa sejajar dengan orang yang lebih tua. Periode remaja menunjukkan adanya perubahan fisik dan psikologis yang

berhubungan dengan organ reproduksi, dari sisi psikologis masa remaja merupakan saat individu mengalami perubahan dalam aspek kognitif, emosi, sosial, dan moral.

Data menunjukkan gambaran perilaku sehat remaja, khususnya yang berhubungan dengan risiko Triad KRR (Seksualitas, Napza, HIV dan AIDS), tampaknya sebagian remaja Indonesia

berperilaku tidak sehat. Perilaku tidak sehat tersebut antara lain 60% remaja mengaku telah mempraktikkan seks pra nikah; 70% dari pengguna Narkoba adalah remaja; pengidap AIDS sebesar kurang lebih 50% adalah kelompok umur remaja (BKKBN, 2013).

Informasi tentang kesehatan reproduksi yang tepat dirasakan sulit diakses oleh remaja melalui jalur formal, terutama dari lingkungan sekolah dan petugas kesehatan sehingga menjadikan remaja lebih cenderung untuk mencoba sendiri mencari informasi tersebut (Suwarsi, 2016). Remaja dengan karakter serba ingin tahu mencari informasi yang paling mudah mereka dapatkan yaitu dari media massa terutama internet yang tidak jarang informasi yang mereka dapatkan keliru (Pertiwi & Salirawati, 2014).

Informasi yang tidak tepat tentang seksualitas dapat mengakibatkan pengetahuan dan pendapat seseorang mengenai seluk beluk seks menjadi salah. Pengetahuan seks yang salah tersebut menjadi salah satu pemicu meningkatnya perilaku seks bebas di kalangan remaja. Pengetahuan remaja tentang seksualitas yang setengah-setengah lebih menimbulkan kekhawatiran yang berlebih daripada remaja yang tidak tahu sama sekali. Survei yang dilakukan oleh WHO di

beberapa negara menampakkan adanya informasi yang baik dan benar, dapat menurunkan permasalahan seks bebas remaja (Breuneur & Mattson, 2016).

Masyarakat memberikan larangan akses tentang seksualitas dari media pornografi karena memberikan dampak negatif yang berkelanjutan pada remaja yang keingintahuannya besar. Untuk mencegah hal tersebut dalam proses perkembangan remaja diperlukan kontrol diri yang baik agar terhindar dari perilaku negatif dalam menegakses konten pornografi (Ginting & Rustika, 2013).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu strategi dalam upaya meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Proses dan media yang baik dalam penyampaian materi pendidikan kesehatan akan memberikan dampak yang baik. Pendidikan kesehatan dapat diberikan dengan metode ceramah tanya jawab yang disampaikan oleh seorang pembicara baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun berpendidikan rendah (Notoatmodjo, 2007).

Metode pendidikan merupakan salah satu unsur input yang mempunyai peran penting pada pelaksanaan pendidikan kesehatan. Metode penyuluhan antara lain: 1) Metode pendidikan individu terdiri dari

Bimbingan dan Penyuluhan (BK) yaitu dengan memungkinkan kontak antara pendidik dan peserta pendidikan kesehatan lebih intensif sehingga petugas dapat membantu penyelesaian masalah, *Interview* (wawancara) bertujuan menggali informasi dari peserta pendidikan kesehatan dan mengenali perilakunya; 2) Metode pendidikan kelompok dapat dilakukan dengan cara diskusi kelompok kurang dari 15 orang, curah pendapat, bola salju (*snow ball*), kelompok kecil (*buzz group*), memainkan peran (*role playing*), permainan stimulasi, pembelajaran kooperatif (*cooperatif learning*); 3) Metode pendidikan massa dengan cara ceramah umum, siaran radio, siaran TV dan media cetak (Notoatmodjo, 2015).

Pendidikan kesehatan dengan metode pembelajaran kooperatif (*cooperatif learning*) merupakan salah satu model pembelajaran dimana peserta diskusi dalam kelompok-kelompok kecil yang memiliki tingkat kemampuan berbeda. Untuk menyelesaikan tugas dalam kelompok setiap anggota saling bekerjasama dan membantu agar setiap anggota memahami bahan pembelajaran. Pembagian tugas dilakukan secara adil agar belajar berkelompok secara kooperatif dapat melatih peserta diskusi saling berbagi pengetahuan, pengalaman, tugas dan

tanggung jawab, dan belajar menyadari kekurangan dan kelebihan masing-masing.

Pembelajaran kooperatif *jigsaw* merupakan model pembelajaran dengan jumlah anggota dalam kelompok kecil yang terdiri dari 4-6 orang secara heterogen, bekerjasama saling tergantung dalam hal positif satu dengan yang lain dan memiliki tanggung jawab dengan terselesaikannya bahan materi yang disampaikan terhadap kelompok yang lain (Isjoni, 2009).

Langkah pembelajaran *jigsaw* yang pertama adalah sebagai berikut orientasi yaitu fasilitator menyampaikan tujuan pembelajaran yang akan diberikan dan menyampaikan dengan penekanan manfaat memilih model pembelajaran kooperatif tersebut. Hal lain yang disampaikan adalah agar peserta untuk bersikap percaya diri, kritis dalam menanggapi suatu masalah, dan kooperatif selama kegiatan terlaksana, mempelajari konsep secara keeluruhan agar mendapatkan gambaran dari materi yang akan disampaikan (Isjoni, 2009).

Langkah yang kedua yaitu membentuk kelompok (kelompok asal) sesuai dengan peringkat kemampuan peserta. Dalam satu kelompok terdiri dari kemampuan siswa yang berbeda-beda. Langkah yang kketiga adalah setelah kelompok tadi terbentuk kemudian dikelompokkan lagi menjadi kelompok

yang mempelajari bahan materi yang akan diberikan untuk menjadi tim ahli. Setiap anggota kelompok diwajibkan dapat mempelajari bahan materi yang telah diberikan dalam kelompok baru (ahli) untuk dapat disampaikan kepada kelompok asal (Isjoni, 2009).

Langkah keempat yaitu diskusi dalam kelompok asal oleh para anggota ahli kedalam kelompok asal. Pada tahapan ini masing-masing kelompok mempunyai anggota ahli dalam bahan materi tertentu yang berbeda-beda keahliannya. Para anggota ahli diwajibkan untuk mempresentasikan bahan materi sesuai dengan keahliannya dalam kelompok masing-masing secara bergantian antar anggota dalam kelompok. Pada tahapan ini akan terjadi para anggota harus bertanggungjawab untuk semua anggota mempelajari bahan materi yang telah diberikan, mendapatkan pengetahuan baru merupakan tanggungjawab bersama, sehingga pembelajaran selesai saat semua anggota menguasai bahan materi yang disampaikan, pertanyaan dapat diajukan kepada anggota ahli terlebih dahulu, diskusi dilakukan dengan suara pelan dan terdengar oleh anggota satu kelompok saja (Isjoni, 2009).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan rancangan *quasi-experimental one group pretest-posttest design*. Metode ini digunakan agar dalam pelaksanaan penelitian ini siswa tidak merasa digunakan dalam eksperimen, sehingga situasi seperti ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap tingkat kevalidan dalam penelitian. Dalam rancangan ini digunakan satu kelompok subjek tanpa adanya kelompok kontrol (Amos N, 2014). Bentuk desain yang digunakan yaitu *time series design*. Pada awalnya sebelum diberikan perlakuan (*treatment*), kelompok eksperimen dilakukan *pretest*, dengan menggunakan pembelajaran *cooperative learning jigsaw II* dan setelah itu diberikan *posttest*.

Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini sejumlah 85 responden/siswa kelas XI jurusan IPS dengan total sampel.

Metode pengambilan data yang digunakan adalah dengan memberikan kuesioner berisi pertanyaan kepada responden pada saat *pre* dan *post treatment* Pendidikan Kesehatan dengan metode *Jigsaw II*.

Pada penelitian ini uji yang digunakan yaitu dengan *Uji Wilcoxon* yang menggambarkan bahwa satu kelompok populasi akan diukur pengetahuan setelah perlakuan (*post test 1, 2, 3*) yang kemudian

selanjutnya dibandingkan dengan sebelum perlakuan (*pre test 1, 2, 3*).

Pr2	Po2
Pr3	Po3

Tabel 1 Desain Penelitian *Time Series Design*

<i>Pretest</i>	<i>Perlakuan</i>	<i>Posttest</i>
Pr1	X	Po1

Keterangan :

Pr = nilai *pretest*

X = perlakuan (*treatment*)

Po = nilai *posttest*

HASIL

Tabel 2 ; Pengaruh Pengetahuan Sebelum (Pre 1) dan Setelah (Post 1, 2, 3) Pendidikan Kesehatan

Variabel	N	Mean	Std. Deviation	Min	Max	Sig. (2-tailed)
Pengetahuan Sebelum Penkes	85	18,31	3,335	11	25	,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 1)	85	25,00	3,457	17	30	,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 2)	85	23,92	3,892	16	30	,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 3)	85	23,92	3,892	16	30	,000

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan nilai *p-value* 0,000. Perbedaan ini juga ditunjukkan dengan meningkatnya nilai rata-rata pengetahuan pada saat diberikan posttest yang pertama dari 18,31

menjadi 25,00 dengan nilai minimal adalah 17 dan nilai maksimal 30. Pada post test yang kedua dan ketiga terjadi kenaikan rata-rata bila dibandingkan dengan nilai pretest yaitu dari 18,31 menjadi 23,92 dengan nilai minimal dari 11 menjadi 16 dan nilai maksimal dari 25 menjadi 30.

Tabel 3 ; Pengaruh Pengetahuan Sebelum (Pre 2) dan Setelah (Post 1, 2, 3) Pendidikan Kesehatan

Variabel	N	Mean	Std. Deviation	Min	Max	Sig. (2-tailed)
----------	---	------	----------------	-----	-----	-----------------

Pengetahuan Sebelum Penkes	85	18,79	3,335	11	28	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 1)	85	25,00	3,457	17	30	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 2)	85	23,92	3,892	16	30	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 3)	85	23,92	3,892	16	30	
						,000

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan dengan nilai *p-value* 0,000. Perbedaan ini juga ditunjukkan dengan meningkatnya nilai rata-rata pengetahuan pada saat diberikan posttest yang pertama dari 18,79

menjadi 25,00 dengan nilai minimal adalah 17 dan nilai maksimal 30. Pada post test yang kedua dan ketiga terjadi kenaikan rata-rata bila dibandingkan dengan nilai pretest yaitu dari 18,79 menjadi 23,92 dengan nilai minimal dari 11 menjadi 16 dan nilai maksimal dari 28 menjadi 30.

Tabel 4 ; Pengaruh Pengetahuan Sebelum (Pre 3) dan Setelah (Post 1, 2, 3) Pendidikan Kesehatan

Variabel	N	Mean	Std. Deviation	Min	Max	Sig. (2-tailed)
Pengetahuan Sebelum Penkes (Pre 3)	85	18,93	3,498	13	27	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 1)	85	25,00	3,457	17	30	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 2)	85	23,92	3,892	16	30	
						,000
Pengetahuan Setelah Penkes (Post 3)	85	23,92	3,892	16	30	
						,000

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan

dengan nilai *p-value* 0,000. Perbedaan ini juga ditunjukkan dengan meningkatnya nilai rata-rata pengetahuan pada saat diberikan posttest yang pertama dari 18,93

menjadi 25,00 dengan nilai minimal adalah 13 dan nilai maksimal 27. Pada post test yang kedua dan ketiga terjadi kenaikan rata-rata bila dibandingkan dengan nilai

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa *p-value* sebesar $0,000 < 0,05$ yang berarti terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan reproduksi dengan metode *jigsaw II* terhadap tingkat pengetahuan pada responden. Pengaruh pengetahuan ini menunjukkan adanya peningkatan yang lebih baik pada tingkat pengetahuan responden apabila dibandingkan dengan sebelum diberikan pendidikan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan meningkatnya nilai rata-rata pengetahuan dari 18,93 menjadi 23,92 setelah pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode *jigsaw II* yang telah dilakukan mampu memberikan peningkatan pengetahuan dan pemahaman lebih baik pada responden tentang kesehatan reproduksi. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan hal ini akan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan yang dapat dilakukan melalui

pretest yaitu dari 18,93 menjadi 23,92 dengan nilai minimal dari 13 menjadi 16 dan nilai maksimal dari 27 menjadi 30.

indera penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap dan perabaan. Hasil ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007) dimana pendidikan kesehatan merupakan salah satu cara peningkatan pengetahuan yang mudah untuk dipahami karena menggunakan metode ceramah dan media dalam penyajian. Tingkat pengetahuan yang baik adalah pengetahuan yang baik atau benar, seseorang mengerti akan pengetahuan yang didapat dan dapat menerapkannya dalam hal yang baik pula.

Ditinjau dari tempat penyuluhan, penyuluhan yang dilakukan dilingkungan institusi (sekolah) merupakan tempat yang efektif dalam melakukan pendidikan kesehatan. Hal ini karena siswa dapat bertanya dengan bebas, tanpa merasa tabu atau canggung dalam mengungkapkan pemahamannya sehingga menjadikan pendidikan kesehatan lebih efektif serta mampu memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan pengetahuan (Nina R *et al.*, 2010; Mc.Kay, 2014).

Dalam melakukan diskusi satu kelompok kecil, responden lebih leluasa untuk bertanya kepada teman yang

menyampaikan materi dengan pendampingan. Setiap penyaji berusaha untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan kemampuan untuk selanjutnya penjelasan yang kurang ditambahi oleh pendamping. Kegiatan pembelajaran ini dilakukan dengan cara kelompok kecil yaitu masing-masing peserta dalam satu kelompok diajarkan untuk bekerja sama saling membantu menyusun konsep dan menyelesaikan persoalan, menghargai kelebihan dan kekurangan setiap individu.

Pada proses pembelajaran di sekolah sering digunakan metode ceramah yaitu siswa lebih cenderung mendengarkan dan menerima penjelasan dari guru kemudian siswa mengerjakan latihan soal pada buku pelajaran. Proses diskusi, praktik, presentasi atau media belajar yang lain jarang ditemui dalam kegiatan belajar mengajar di sekolah ini. Apabila penerapan metode ceramah yang tidak melibatkan siswa, maka perkembangan maupun prestasi siswa menjadi sulit berkembang. Selain hal tersebut faktor yang dapat mempengaruhinya adalah lingkungan belajar dalam bentuk strategi atau metode yang diciptakan guru dalam menyampaikan materi agar potensi perkembangan dan prestasi siswa lebih optimal.

KESIMPULAN

1. Terdapat perbedaan tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah pendidikan kesehatan
2. Terdapat pengaruh metode jigsaw II dalam pendidikan kesehatan reproduksi terhadap tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan setelah pendidikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional. 2013. *Program Genre dalam Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja*. Jakarta
- Djannah, E. G. and S. N. (2015). Sumber Informasi dan Pengetahuan Tentang Menstrual Hygiene pada Remaja Putri. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 147–152
- Fatmawati, L., & Maulana, D. (2016).) Sikap dan pengetahuan tentang pencegahan perilaku kekerasan seksual pada anak. (*Journal Of Ners Community*, 07(11), 188–200.
- George E. Higgins & Melissa L. Ricketts (2005) Self-Control Theory, Race, and Delinquency, *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, 3:3, 5-22
- Gusti Ayu Marhaeni, M. Choirul Hadi, N. W. A. (2015). Intervensi Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Remaja Tentang Hiv-Aids Di Sma 1 Sidemen Kabupaten Karangasem, Provinsi Bali. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 1–8.
- Hidayah, R. L. S. dan N. (2015). Analisa Pengetahuan Remaja Terhadap

- Bentuk Perilaku Seks Bebas Dan Cara Mencegahnya Analysis Of Knowledge Of Teens Free Sex Behaviour And How Prevented Rizka. *PROFESI*, 13(9), 56–60.
- <https://e-koren.bkkbn.go.id/wp-content/uploads/2018/10/Laporan-SDKI-2017>
- Lestari, I. A., Fibriana, A. I., & Prameswari, G. N. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seks Pranikah Pada Mahasiswa UNNES. *Journal of Public Health*.
- Mahmudah, Yaslinda, Y., & Yuniar, L. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(2)(2), 448–455.
- Mc. Kay. 2004. Sexual Health Education In The Schools : Question & Answer. The Canadian Journal Of Human Sexuality, Fall/Winter. Toronto, Ontario.2004. j13
- Miswanto. 2014. Pentingnya Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas pada Remaja. *Junal Studi Pemuda*, 3 (2), 111-121
- Notoatmodjo, S. 2017. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Nursalam. 2013. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurmansyah, M. I., Al-Aufa, B., & Amran, Y. (2013). Peran Keluarga, Masyarakat dan Media sebagai Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi pada Mahasiswa. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*.
- Oktarina, J., Margono, H.M., & Purnomo, W. 2017. pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Oleh Sebaya Terhadap Pengetahuan dan Sikap Dalam Pencegahan Seks Pranikah di SMAN 1 Sukamara, Kabupaten Sukamara, Kalimantan Tengah. *Buletin Penelitian*, 20 (1), 26-33
- Pakasi, D. T., & Kartikawati, R. (2013). Antara kebutuhan dan tabu: Pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi remaja di SMA. *Makara Seri Kesehatan*
- Pratama, E., Hayati, S., & Supriatin, E. (2014). Hubungan Pengetahuan Remaja Tentang Pendidikan Seks dengan Perilaku Seks Pranikah Pada Remaja di SMA Z Kota Bandung. *Ilmu Keperawatan*, II(2), 149–156.
- Rahadi, D. S., & Indarjo, S. (2017). *Jurnal of Health Education Perilaku Seks Bebas Pada Anggota Club Motor X*. 2(2), 115–121
- Resnayati, Y. 2012. Pendidikan Kesehatan. Jakarta : EGC
- Sarwono, S.W. 2009. *Psikologi Remaja*. Bandung : PT Bumi Siliwangi
- Seksual, P., & Pada, P. (2013). Perilaku Seksual Pranikah Pada Mahasiswa. *Kemas Unnes*, 9(88), 44–52. <https://doi.org/ISSN 1858-1196>
- Setyaningsih, D. (2016). Determinan Faktor Inisiasi Seks Pranikah Pada Remaja (Analisis Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia Tahun 2012). *Jurnal Medika Respati*, ISSN, 1907–3887.

Yaunin, Y., & Lestari, Y. (2016). Artikel Penelitian Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang. *Jurnal FK Unand*, 5(2), 448–455.

Diberikan Promosi Kesehatan Mengenai Bahaya Seks Bebas di Desa Cilayung. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 2(3)

Zayanti, N., Nopiantini, R., & Susanti, A. I. (2017). Perbedaan Pengetahuan Dan Sikap Remaja Sebelum Dan Sesudah