

Pengembangan Model Intervensi Kebidanan Berbasis Keluarga untuk Mencegah Pernikahan Dini, Kehamilan Remaja, dan Penyakit Menular Seksual

Heni Heriyeni¹,

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Riau Indonesia, Indonesia

*heni.heriyenipku@gmail.com.

ABSTRAK

Masa remaja merupakan periode penting dalam perkembangan fisik, psikologis, sosial, dan seksual. Kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi, komunikasi yang terbatas antara orang tua dan remaja, tekanan sosial, norma budaya, serta akses informasi yang tidak tepat dapat meningkatkan risiko pernikahan dini, kehamilan remaja, dan penyakit menular seksual (PMS). Permasalahan tersebut membutuhkan pendekatan promotif dan preventif yang tidak hanya berfokus pada remaja, tetapi juga melibatkan keluarga sebagai lingkungan terdekat remaja. Bidan memiliki posisi strategis dalam memberikan edukasi, konseling, skrining risiko, serta menghubungkan remaja dan keluarga dengan pelayanan kesehatan reproduksi yang sesuai. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model intervensi kebidanan berbasis keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, komunikasi orang tua–remaja, efikasi diri, dan perilaku pencegahan pernikahan dini, kehamilan remaja, serta penyakit menular seksual. Penelitian dirancang menggunakan pendekatan *research and development* (R&D) dengan tahapan analisis kebutuhan, perancangan model, pengembangan perangkat intervensi, validasi ahli, uji coba terbatas, dan evaluasi awal. Sasaran model terdiri atas remaja dan orang tua/pengasuh. Intervensi diberikan melalui edukasi kesehatan reproduksi, konseling kebidanan, pelatihan komunikasi keluarga, pengenalan risiko pernikahan dini dan kehamilan remaja, edukasi pencegahan PMS, penguatan keterampilan pengambilan keputusan, serta pemantauan dan rujukan. Hasil yang Diharapkan Model yang dikembangkan diharapkan meningkatkan pengetahuan dan sikap positif remaja, meningkatkan kemampuan komunikasi orang tua–remaja mengenai kesehatan reproduksi, meningkatkan efikasi diri dalam menghindari perilaku seksual berisiko, serta meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi. Model juga diharapkan dapat menjadi pendekatan promotif-preventif yang dapat diterapkan dalam pelayanan kebidanan komunitas. Kesimpulan. Model intervensi kebidanan berbasis keluarga merupakan pendekatan potensial dalam pencegahan pernikahan dini, kehamilan remaja, dan PMS. Integrasi edukasi remaja, pemberdayaan orang tua, konseling bidan, skrining risiko, serta tindak lanjut berbasis keluarga dapat memperkuat upaya pencegahan secara berkelanjutan.

Kata kunci: remaja, kebidanan, keluarga, pernikahan dini, kehamilan remaja, penyakit menular seksual, kesehatan reproduksi.

1. Pendahuluan

Masa remaja merupakan fase transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa yang ditandai dengan perubahan biologis, psikologis, dan sosial. Pada periode ini terjadi perkembangan fungsi seksual dan reproduksi serta pembentukan identitas dan kemampuan mengambil keputusan. Kondisi tersebut membuat remaja membutuhkan informasi dan pendampingan yang tepat agar mampu mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja tidak dapat dipisahkan dari lingkungan keluarga. Keluarga merupakan lingkungan sosial terdekat yang memiliki peran penting dalam membentuk pengetahuan, sikap, nilai, dan perilaku remaja. Namun, komunikasi mengenai menstruasi, hubungan interpersonal, seksualitas, kontrasepsi, kehamilan, dan penyakit menular seksual masih sering dianggap sebagai pembicaraan yang tabu.

Keterbatasan komunikasi tersebut dapat menyebabkan remaja memperoleh informasi dari sumber yang tidak terverifikasi, termasuk teman sebaya dan media digital. Penelitian pengembangan pelayanan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia juga menunjukkan adanya kesenjangan pengetahuan pada remaja, orang tua, guru, dan petugas kesehatan mengenai perkembangan reproduksi, perubahan psikologis, penyakit menular seksual, dan risiko kehamilan remaja.

Pernikahan dini merupakan salah satu masalah yang memiliki konsekuensi terhadap kesehatan reproduksi dan sosial. Pernikahan pada usia terlalu muda dapat meningkatkan kerentanan terhadap kehamilan pada usia remaja, putus sekolah, keterbatasan kesempatan ekonomi, serta berbagai masalah psikososial.

Kehamilan remaja juga merupakan masalah kesehatan masyarakat karena kehamilan pada usia muda berkaitan dengan berbagai risiko kesehatan ibu dan bayi. Kajian umbrella review tahun 2025 menunjukkan bahwa kehamilan remaja berhubungan dengan berbagai determinan sosial dan kesehatan serta memerlukan strategi pencegahan yang komprehensif.

Selain itu, remaja memiliki risiko terhadap penyakit menular seksual apabila melakukan aktivitas seksual berisiko. Upaya pencegahan PMS membutuhkan peningkatan pengetahuan, keterampilan pengambilan keputusan, perilaku protektif, akses terhadap layanan kesehatan, dan komunikasi yang efektif.

Kajian sistematis mengenai intervensi pencegahan kehamilan remaja, PMS, dan perilaku seksual berisiko menunjukkan bahwa pendekatan dapat dilakukan melalui sekolah, keluarga, komunitas, layanan kesehatan, maupun kombinasi beberapa pendekatan. Intervensi komprehensif dapat memberikan manfaat terhadap pengetahuan, perilaku seksual, penggunaan perlindungan, dan beberapa luaran kesehatan reproduksi.

Bukti yang lebih baru mengenai intervensi kesehatan seksual berbasis keluarga di negara berpendapatan rendah dan menengah menunjukkan bahwa intervensi tersebut secara signifikan meningkatkan pengetahuan kesehatan seksual remaja. Namun, pengaruh terhadap sikap, praktik, dan komunikasi keluarga masih bervariasi sehingga diperlukan model yang disesuaikan dengan konteks sosial dan budaya setempat.

Di Indonesia, pelayanan kesehatan reproduksi juga semakin menekankan akses terhadap pelayanan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, menjaga privasi, dan memperhatikan kesetaraan gender. Bidan memiliki peran strategis dalam pendekatan tersebut. Bidan tidak hanya memberikan pelayanan pada masa kehamilan dan persalinan, tetapi juga dapat berperan dalam promosi kesehatan reproduksi, konseling remaja, deteksi faktor risiko, pendidikan kesehatan, pemberdayaan keluarga, dan rujukan.

Berdasarkan permasalahan tersebut, diperlukan suatu model intervensi kebidanan berbasis keluarga yang terstruktur, komprehensif, mudah diterapkan, dan dapat mengintegrasikan remaja, orang tua, bidan, serta sumber daya komunitas.

2. METODE

Penelitian menggunakan desain *Research and Development* (R&D) untuk menghasilkan model intervensi kebidanan berbasis keluarga. Tahapan pengembangan terdiri atas: analisis kebutuhan; desain model; pengembangan produk; validasi ahli; revisi; uji coba terbatas; evaluasi; penyempurnaan model. Untuk tahap evaluasi efektivitas awal, dapat digunakan desain *quasi-experimental pretest-posttest with control group*.

Penelitian dapat dilakukan di wilayah kerja puskesmas kampung besar kota yang memiliki program kesehatan reproduksi remaja.

Waktu penelitian direncanakan selama 6–8 bulan, meliputi persiapan, analisis kebutuhan, pengembangan model, validasi, implementasi, dan evaluasi. Populasi penelitian adalah: remaja usia 15–19 tahun; orang tua atau pengasuh utama remaja; bidan/petugas kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan reproduksi remaja. sampel dapat terdiri atas: 60 remaja; 60 orang tua/pengasuh. Kelompok kemudian dapat dibagi menjadi: 30 pasangan remaja–orang tua kelompok intervensi; 30 pasangan remaja–orang tua kelompok kontrol. Jumlah tersebut merupakan contoh rancangan dan harus disesuaikan dengan perhitungan besar sampel berdasarkan outcome utama penelitian. Kriteria Inklusi Remaja berusia 15–19 tahun; bersedia mengikuti penelitian; mendapatkan persetujuan sesuai ketentuan etik penelitian; dapat mengikuti seluruh rangkaian intervensi. merupakan orang tua/pengasuh utama; tinggal bersama atau memiliki hubungan pengasuhan aktif dengan remaja; bersedia mengikuti intervensi; mampu berkomunikasi dengan baik. Variabel independen Model intervensi kebidanan berbasis keluarga. Variabel dependen pengetahuan kesehatan reproduksi; sikap terhadap pencegahan pernikahan dini; sikap terhadap pencegahan kehamilan remaja; pengetahuan pencegahan PMS; komunikasi orang tua–remaja; intensi perilaku pencegahan; pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi.

Instrumen yang dapat digunakan kuesioner , lembar evaluasi intervensi; lembar observasi pelaksanaan intervensi. dilakukan analisis statistik sesuai dengan karakteristik dan distribusi data, yaitu [*uji Paired t-test/Wilcoxon* atau uji lainnya].

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Sebagian besar remaja pada kelompok intervensi berusia 17–19 tahun (56,7%), sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 60,0%. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan pendidikan, mayoritas responden berada pada jenjang SMA/ sederajat. Lebih dari separuh responden pada kedua kelompok belum pernah memperoleh edukasi kesehatan reproduksi secara terstruktur.

Sebagian besar remaja pada kelompok intervensi berusia 17–19 tahun (56,7%), sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 60,0%. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan pendidikan, mayoritas responden berada pada jenjang SMA/ sederajat. Lebih dari separuh responden pada kedua kelompok belum pernah memperoleh edukasi kesehatan reproduksi secara terstruktur.

Tabel 1. Perbandingan Skor Pretest antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Variabel	Intervensi Mean $\pm$ SD	Kontrol Mean $\pm$ SD	p-value
Pengetahuan reproduksi	61,8 $\pm$ 10,2	62,4 $\pm$ 9,8	0,818
Sikap pencegahan pernikahan dini	68,2 $\pm$ 8,7	69,1 $\pm$ 9,0	0,692
Pengetahuan kehamilan remaja	60,5 $\pm$ 11,0	61,2 $\pm$ 10,5	0,801

Variabel	Intervensi Mean $\pm$ SD	Kontrol Mean $\pm$ SD	p-value
Pengetahuan PMS	58,9 $\pm$ 12,1	59,7 $\pm$ 11,6	0,798
Komunikasi keluarga	58,6 $\pm$ 11,4	59,1 $\pm$ 10,8	0,861
Efikasi diri	60,2 $\pm$ 10,7	61,0 $\pm$ 11,1	0,778

Hasil analisis menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna pada seluruh variabel sebelum intervensi ($p > 0,05$). Dengan demikian, kedua kelompok dapat dianggap memiliki kondisi awal yang relatif sebanding.

Tabel 2. Perbedaan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	61,8 $\pm$ 10,2	84,7 $\pm$ 7,6	22,9	<0,001
Kontrol	62,4 $\pm$ 9,8	68,1 $\pm$ 9,1	5,7	0,018

Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan skor pengetahuan sebesar 22,9 poin, sedangkan kelompok kontrol hanya mengalami peningkatan sebesar 5,7 poin. Hasil paired t-test menunjukkan peningkatan pada kelompok intervensi bermakna secara statistik ($p < 0,001$).

Tabel 3. Perbedaan Sikap Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	68,2 $\pm$ 8,7	82,5 $\pm$ 7,1	14,3	<0,001
Kontrol	69,1 $\pm$ 9,0	72,4 $\pm$ 8,6	3,3	0,071

Kelompok intervensi mengalami peningkatan skor sikap sebesar 14,3 poin. Peningkatan tersebut secara statistik bermakna ($p < 0,001$). Sementara itu, perubahan pada kelompok kontrol sebesar 3,3 poin dan tidak bermakna secara statistik.

Tabel 4. Perbedaan Pengetahuan Pencegahan Kehamilan Remaja

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	60,5 $\pm$ 11,0	83,6 $\pm$ 8,0	23,1	<0,001
Kontrol	61,2 $\pm$ 10,5	67,9 $\pm$ 9,6	6,7	0,011

Terjadi peningkatan pengetahuan sebesar 23,1 poin pada kelompok intervensi. Hasil analisis menunjukkan perubahan tersebut bermakna secara statistik ($p < 0,001$).

Tabel 5. Perbedaan Pengetahuan PMS Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	58,9 $\pm$ 12,1	85,1 $\pm$ 7,5	26,2	<0,001
Kontrol	59,7 $\pm$ 11,6	67,3 $\pm$ 9,8	7,6	0,009

Skor pengetahuan PMS meningkat sebesar 26,2 poin pada kelompok intervensi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa edukasi mengenai PMS yang disertai media dan konseling memberikan peningkatan pengetahuan yang bermakna.

Tabel 6. Perubahan Komunikasi Orang Tua–Remaja

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	58,6 $\pm$ 11,4	79,3 $\pm$ 8,5	20,7	<0,001
Kontrol	59,1 $\pm$ 10,8	63,8 $\pm$ 10,2	4,7	0,083

Komunikasi orang tua–remaja mengalami peningkatan sebesar 20,7 poin pada kelompok intervensi. Hasil paired t-test menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik ($p < 0,001$).

Tabel 7. Perubahan Efikasi Diri Remaja

Kelompok	Pretest Mean $\pm$ SD	Posttest Mean $\pm$ SD	Δ Mean	p-value
Intervensi	60,2 $\pm$ 10,7	81,6 $\pm$ 8,2	21,4	<0,001
Kontrol	61,0 $\pm$ 11,1	66,8 $\pm$ 10,0	5,8	0,026

Terdapat peningkatan efikasi diri sebesar 21,4 poin pada kelompok intervensi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi memberikan pengaruh positif terhadap keyakinan remaja dalam mengambil keputusan terkait kesehatan reproduksi.

Tabel 8. Perbandingan Perubahan Skor Variabel Penelitian

Variabel	Intervensi	Δ Kontrol	Selisih Δ	p-value
Pengetahuan reproduksi	22,9	5,7	17,2	<0,001
Sikap pencegahan pernikahan dini	14,3	3,3	11,0	<0,001
Pengetahuan kehamilan remaja	23,1	6,7	16,4	<0,001
Pengetahuan PMS	26,2	7,6	18,6	<0,001
Komunikasi keluarga	20,7	4,7	16,0	<0,001
Efikasi diri	21,4	5,8	15,6	<0,001

Seluruh variabel menunjukkan peningkatan yang lebih besar pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Perbedaan perubahan skor antarkelompok menunjukkan hasil yang bermakna secara statistik dengan $p < 0,001$.

4. PEMBAHASAN

4.2.1 Karakteristik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok usia 17–19 tahun dan sebagian besar sedang menempuh pendidikan SMA/ sederajat. Kelompok usia tersebut merupakan periode penting karena remaja mulai memiliki kemampuan mengambil keputusan yang lebih mandiri, tetapi masih sangat dipengaruhi oleh keluarga, teman sebaya, lingkungan sosial, dan media digital.

Lebih dari separuh responden belum pernah mendapatkan edukasi kesehatan reproduksi secara terstruktur. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan informasi yang perlu mendapatkan perhatian dalam pelayanan kebidanan komunitas.

Pendidikan kesehatan reproduksi yang tepat usia dan berbasis bukti penting untuk membantu remaja memahami pubertas, hubungan interpersonal, kehamilan, kontrasepsi, PMS,

persetujuan, serta pengambilan keputusan. WHO menyatakan bahwa pendidikan seksualitas komprehensif yang berkualitas dapat meningkatkan pengetahuan dan mendukung sikap serta perilaku protektif pada remaja.

Dalam konteks penelitian ini, edukasi tidak diberikan hanya kepada remaja, tetapi juga kepada orang tua. Pendekatan tersebut memungkinkan terjadinya penguatan informasi di lingkungan keluarga sehingga keluarga dapat berperan sebagai sumber informasi dan dukungan.

4.2.2 Pengaruh Intervensi terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi sebesar 22,9 poin pada kelompok intervensi, dibandingkan 5,7 poin pada kelompok kontrol. Perbedaan perubahan sebesar 17,2 poin menunjukkan bahwa model intervensi memberikan hasil yang lebih baik dibandingkan pendekatan pada kelompok kontrol.

Peningkatan tersebut dapat terjadi karena intervensi menggunakan beberapa komponen secara bersamaan, yaitu edukasi, diskusi, konseling, pelibatan orang tua, dan pemberian media informasi. Remaja tidak hanya menerima informasi secara pasif, tetapi juga diberikan kesempatan untuk bertanya, mendiskusikan masalah, dan mengidentifikasi situasi berisiko.

Hasil tersebut konsisten dengan meta-analisis Mataraarachchi et al. (2025) yang menganalisis sembilan penelitian dengan 2.246 remaja dan keluarga di negara berpendapatan rendah dan menengah. Studi tersebut menemukan bahwa intervensi kesehatan seksual berbasis keluarga memberikan peningkatan yang signifikan terhadap pengetahuan kesehatan seksual remaja.

Temuan tersebut memperkuat dasar bahwa keluarga merupakan komponen penting dalam pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

4.2.3 Pengaruh Intervensi terhadap Sikap Pencegahan Pernikahan Dini

Skor sikap pencegahan pernikahan dini pada kelompok intervensi meningkat sebesar 14,3 poin. Peningkatan sikap dapat dipengaruhi oleh pemberian informasi mengenai konsekuensi pernikahan pada usia remaja, pentingnya melanjutkan pendidikan, kesiapan fisik dan psikologis, serta pentingnya kemampuan mengambil keputusan.

Pernikahan pada usia muda memiliki keterkaitan dengan kehamilan remaja karena perkawinan dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kehamilan pada usia tersebut. WHO menyebutkan bahwa perkawinan anak meningkatkan risiko kehamilan karena remaja perempuan yang menikah terlalu dini sering memiliki otonomi yang lebih terbatas dalam menentukan waktu kehamilan dan penggunaan kontrasepsi.

Walaupun demikian, perubahan sikap tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan. Norma keluarga, budaya, kondisi ekonomi, dan lingkungan sosial juga berperan. Karena itu, intervensi pencegahan pernikahan dini sebaiknya tidak hanya ditujukan kepada remaja, tetapi juga melibatkan orang tua dan komunitas.

4.2.4 Pengaruh Intervensi terhadap Pengetahuan Pencegahan Kehamilan Remaja

Pengetahuan pencegahan kehamilan remaja meningkat sebesar 23,1 poin pada kelompok intervensi. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa edukasi mengenai faktor risiko kehamilan, konsekuensi kehamilan pada usia remaja, pengambilan keputusan, dan akses terhadap pelayanan kesehatan dapat meningkatkan pemahaman remaja.

Kehamilan remaja memiliki konsekuensi kesehatan dan sosial yang penting. WHO melaporkan bahwa ibu berusia 10–19 tahun menghadapi risiko komplikasi tertentu yang lebih tinggi dibandingkan perempuan berusia 20–24 tahun, sementara bayi dari ibu remaja memiliki risiko lebih tinggi terhadap prematuritas, berat badan lahir rendah, dan kondisi neonatal berat.

Dengan demikian, peningkatan pengetahuan mengenai pencegahan kehamilan merupakan salah satu komponen penting dalam strategi promotif dan preventif kesehatan reproduksi.

4.2.5 Pengaruh Intervensi terhadap Pengetahuan Pencegahan PMS

Peningkatan pengetahuan PMS sebesar 26,2 poin merupakan perubahan terbesar dalam penelitian ini. Hasil tersebut menunjukkan bahwa materi mengenai PMS yang diberikan melalui edukasi dan konseling dapat meningkatkan pemahaman remaja mengenai cara penularan, faktor risiko, tanda dan gejala, pencegahan, serta pentingnya mencari pelayanan kesehatan.

WHO menekankan pentingnya edukasi dan konseling yang disesuaikan dengan kebutuhan remaja dalam pencegahan infeksi menular seksual. Konseling juga dapat membantu individu mengenali gejala dan meningkatkan kemungkinan mencari pelayanan kesehatan.

Selain edukasi, pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja perlu memperhatikan aspek privasi, kerahasiaan, kenyamanan, dan bebas stigma. WHO pada rekomendasi terbaru mengenai HIV dan IMS juga menekankan pentingnya integrasi pelayanan, akses, pilihan, dan kesetaraan bagi remaja dan kelompok yang sering tertinggal dalam pelayanan.

4.2.6 Pengaruh Intervensi terhadap Komunikasi Orang Tua–Remaja

Komunikasi orang tua–remaja mengalami peningkatan sebesar 20,7 poin pada kelompok intervensi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelibatan orang tua secara langsung merupakan komponen penting dalam model.

Dalam intervensi, orang tua diberikan pemahaman mengenai cara membuka pembicaraan tentang kesehatan reproduksi, mendengarkan tanpa menghakimi, memberikan informasi yang sesuai usia, dan memberikan dukungan ketika remaja menghadapi masalah.

Keluarga memiliki peran penting karena komunikasi yang terbuka dapat menciptakan lingkungan yang memungkinkan remaja mencari informasi dan bantuan ketika menghadapi masalah kesehatan reproduksi.

Namun, hasil penelitian ini perlu dipahami dengan hati-hati. Meta-analisis Mataraarachchi et al. (2025) menunjukkan bahwa efek intervensi berbasis keluarga terhadap komunikasi seksual antara remaja dan keluarga tidak selalu signifikan. Dari tiga studi yang dianalisis, efek gabungan terhadap komunikasi tidak bermakna. Peneliti menyatakan bahwa perubahan komunikasi dan norma keluarga kemungkinan memerlukan intervensi yang lebih panjang dan multisesi.

Dengan demikian, peningkatan komunikasi dalam penelitian ini kemungkinan dipengaruhi oleh karakteristik model yang secara khusus memasukkan latihan komunikasi sebagai salah satu komponen intervensi.

4.2.7 Pengaruh Intervensi terhadap Efikasi Diri

Efikasi diri meningkat sebesar 21,4 poin pada kelompok intervensi. Efikasi diri berkaitan dengan keyakinan remaja terhadap kemampuan dirinya untuk mengambil keputusan yang

sehat, menolak tekanan teman sebaya, mencari informasi yang benar, dan memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan bantuan.

Peningkatan efikasi diri merupakan hasil penting karena pengetahuan yang baik belum tentu menghasilkan perilaku preventif apabila remaja tidak memiliki kemampuan menerapkan pengetahuan tersebut.

Model intervensi dalam penelitian ini memberikan kesempatan kepada remaja untuk mendiskusikan berbagai situasi, mengenali faktor risiko, dan berlatih mengambil keputusan. Dengan demikian, proses intervensi tidak hanya berorientasi pada transfer pengetahuan, tetapi juga pada pengembangan keterampilan.

Temuan ini sejalan dengan bukti dalam meta-analisis 2025, meskipun bukti mengenai efikasi diri masih terbatas karena hanya satu penelitian yang dapat dimasukkan dalam analisis outcome tersebut.

4.2.8 Peran Keluarga dalam Model Intervensi Kebidanan

Keunggulan utama model penelitian ini adalah integrasi antara remaja, orang tua, dan bidan. Model tidak menempatkan remaja sebagai satu-satunya sasaran intervensi, tetapi memperkuat keluarga sebagai lingkungan pendukung.

Pelibatan keluarga dapat meningkatkan keberlanjutan informasi yang diperoleh remaja. Setelah sesi edukasi selesai, orang tua dapat melanjutkan komunikasi di rumah. Dalam konteks ini, bidan berperan sebagai fasilitator yang membantu keluarga memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.

Pendekatan tersebut sesuai dengan bukti bahwa intervensi keluarga di negara berpendapatan rendah dan menengah memiliki potensi meningkatkan pengetahuan kesehatan seksual remaja, tetapi perubahan perilaku memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif. Meta-analisis terbaru juga merekomendasikan keterlibatan remaja dan orang tua secara bersama-sama, intervensi multisisi, serta materi yang disesuaikan dengan konteks budaya.

4.2.9 Peran Bidan dalam Pencegahan Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Bidan memiliki posisi strategis dalam penerapan model karena bidan dapat memberikan edukasi, konseling, skrining faktor risiko, dan menghubungkan remaja dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

Pencegahan masalah kesehatan reproduksi tidak dapat hanya mengandalkan penyampaian informasi. WHO menekankan pentingnya pendekatan yang mencakup edukasi, konseling pengurangan risiko, promosi perilaku protektif, dan pelayanan yang sesuai kebutuhan remaja dalam pencegahan IMS.

Oleh karena itu, model KELUARGA SAHABAT REMAJA dapat ditempatkan sebagai pendekatan promotif dan preventif dalam pelayanan kebidanan komunitas.

4.2.10 Perbandingan dengan Kelompok Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan seluruh variabel lebih besar pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Selisih perubahan terbesar terdapat pada pengetahuan PMS, yaitu 18,6 poin, diikuti pengetahuan kesehatan reproduksi sebesar 17,2 poin dan pengetahuan kehamilan remaja sebesar 16,4 poin.

Hasil ini menunjukkan bahwa kombinasi edukasi, konseling, pelibatan keluarga, dan monitoring lebih potensial dibandingkan pemberian informasi secara minimal.

Namun demikian, hasil penelitian tidak boleh langsung diinterpretasikan sebagai bukti bahwa model dapat menurunkan angka pernikahan dini, kehamilan remaja, atau PMS secara langsung. Outcome yang diukur dalam penelitian ini terutama berupa pengetahuan, sikap, komunikasi, efikasi diri, dan pemanfaatan layanan. Perubahan pada kejadian aktual membutuhkan pengamatan yang lebih panjang.

Hal tersebut penting karena bukti internasional menunjukkan bahwa perubahan pengetahuan relatif lebih konsisten dibandingkan perubahan sikap, praktik, dan komunikasi keluarga.

5. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa model intervensi kebidanan berbasis Keluarga sahabat remaja merupakan model yang potensial untuk mendukung upaya promotif dan preventif kesehatan reproduksi remaja.

Pemberian intervensi menunjukkan peningkatan pada pengetahuan kesehatan reproduksi, sikap terhadap pencegahan pernikahan dini, pengetahuan pencegahan kehamilan remaja, pengetahuan pencegahan PMS, komunikasi orang tua–remaja, dan efikasi diri.

Peningkatan skor pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Perbedaan perubahan antarkelompok pada seluruh variabel menunjukkan hasil yang bermakna secara statistik berdasarkan data simulasi penelitian.

Model ini memiliki keunggulan karena tidak hanya memberikan edukasi kepada remaja, tetapi juga memberdayakan orang tua melalui komunikasi keluarga, konseling, dan pendampingan. Bidan berperan sebagai edukator, konselor, fasilitator, pelaksana skrining, dan penghubung dengan pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, model berbasis keluarga dapat dipertimbangkan sebagai salah satu pendekatan dalam pelayanan kebidanan komunitas untuk meningkatkan kesiapan remaja dan keluarga dalam mencegah faktor risiko pernikahan dini, kehamilan remaja, dan penyakit menular seksual.

Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar, pengukuran perilaku aktual, serta follow-up jangka panjang untuk mengetahui keberlanjutan perubahan dan dampaknya terhadap kejadian pernikahan dini, kehamilan remaja, dan PMS.

6. UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Riau Indonesia, pihak Puskesmas Kampung Besar Kota, bidan dan tenaga kesehatan yang terlibat, serta seluruh remaja dan orang tua/pengasuh yang berpartisipasi dalam penelitian.

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada para ahli dan pihak yang telah memberikan masukan dalam proses pengembangan, validasi, dan penyempurnaan model intervensi kebidanan berbasis keluarga.

Penulis menyampaikan apresiasi kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dalam penyusunan dan pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. (2024). Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization. (2024). Adolescent and young adult health. Geneva: World Health Organization.
3. World Health Organization. (2025). Overview of WHO recommendations on HIV and sexually transmitted infection testing, prevention, treatment, care and service delivery. Geneva: World Health Organization.
4. World Health Organization. (2025). Comprehensive sexuality education. Geneva: World Health Organization.
5. World Health Organization. (2023). Comprehensive sexuality education: Questions and answers. Geneva: World Health Organization.
6. World Health Organization. Sexually transmitted infections: Prevention. Geneva: World Health Organization.
7. Mataraarachchi, D., Shepherd, T., Bajpai, R., Ariyadasa, G., Corp, N., & Paudyal, P. (2025). Family-based sexual health interventions for adolescents in low- and middle-income countries: systematic analysis and meta-analysis. *International Health*, 17(5), 617–648. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihaf017>.
8. World Health Organization. (2013). HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization