

Kader Posyandu sebagai Agen Pencegahan Primer Tindakan Kekerasan Seksual pada Anak

Anisa Fariani¹, Ira Paramastri²

Program Magister Profesi Psikologi
Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

Abstract. This study aimed to examine the effect of child sexual abuse (CSA) prevention training toward the knowledge and examine the effect of health promotion program using lecture and leaflet conducted by cadre applied in community. The method used was a quasi experimental study using the one group pretest- posttest design and untreated control group design with dependent pretest-posttest samples. There were 19 cadres involved in this study. Questionnaires on knowledge, observation, and interview were used in this study. Repeated measures anova and mixed anova were used to analyse the quantitative data, descriptive analyse was used to analyse data from observation and interview. Data analyse was used to identify differences of knowledge before-after CSA prevention training and to examine the effect of lecture and leaflet toward improvement of community knowledge. The results showed there was a significant difference in knowledge before and after training ($F=20,245$, $p<0,05$). Lecture and leaflet was effective to increase knowledge about CSA ($F=3,379$, $p<0,05$). Leaflet was more effective to increase knowledge ($MD=-2,824$; $p<0,01$) than lecture ($MD=-2,355$; $p<0,01$).

Keywords: child sexual abuse, cadre applied in community, knowledge of CSA, health promotion program

Abstrak. Tujuan dari penelitian ini adalah menguji pengaruh pelatihan pencegahan kekerasan seksual pada anak (KSA) terhadap peningkatan pengetahuan kader Posyandu dan menguji promosi kesehatan yang dilakukan kader posyandu melalui pemberian *leaflet* dan ceramah kepada masyarakat. Penelitian ini merupakan penelitian kuasi eksperimen dengan rancangan *the one group pretest-posttest design* dan *untreated control group design with dependent pretest-posttest samples*. Sebanyak 19 kader terlibat dalam penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner, observasi, dan wawancara. Anava amatan ulang dan anava campuran digunakan untuk menganalisis data kuantitatif, analisis deskriptif digunakan untuk menganalisis data hasil observasi dan wawancara. Analisis data kuantitatif dilakukan untuk menguji perbedaan pengetahuan kader sebelum-sesudah pelatihan dan menguji efek ceramah dan *leaflet* terhadap perubahan pengetahuan. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan pengetahuan kader yang signifikan sebelum dan sesudah pelatihan ($F=20,245$, $p<0,05$). Ceramah dan *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan KSA ($F=3,379$, $p<0,05$). *Leaflet* lebih efektif ($MD=-2,824$; $p<0,01$) dibanding ceramah ($MD=-2,355$; $p<0,01$).

Kata kunci: kekerasan seksual pada anak, kader posyandu, pengetahuan KSA, promosi kesehatan KSA

¹ Korespondensi mengenai artikel ini dapat dilakukan melalui: anisafariani@gmail.com

² Atau melalui: ira@ugm.ac.id

Kekerasan seksual telah menjadi isu kesehatan masyarakat karena berbagai efek kesehatan yang diakibatkannya (Ogunfowokan & Fajemilehin, 2012). Berbagai bukti penelitian menyebutkan bahwa kekerasan seksual pada anak (KSA) berdampak negatif baik jangka pendek maupun jangka panjang terhadap kesehatan fisik dan emosi, kemampuan kognitif dan capaian pendidikan, serta perkembangan sosial dan perilaku (Lanning & Massey-Stokes, 2006; Wurtele & Kenny, 2010). Beberapa dampak kekerasan seksual yang dialami oleh anak yaitu rendahnya kepercayaan diri, penarikan sosial, depresi, kecemasan, gejala stres pasca trauma, dan perilaku merusak diri seperti penyalahgunaan obat, dan percobaan bunuh diri (Johnson, 2004; Lanning & Massey-Stokes, 2006; Al-Fayez, Ohaeri, & Gado, 2012; Collin-Vezina, Daigneault, & Hebert, 2013). Selain itu, kehamilan, terpapar infeksi menular seksual, dan perilaku seksual yang berisiko juga dapat menjadi dampak dari kekerasan seksual (Johnson, 2004; Tubman, Montgomery, Gil, & Wagner, 2004; Carey, Walker, Rossow, Seedat, & Stein, 2008; Lin, Li, Fang, & Lin, 2011).

Berdasarkan studi meta analisis terhadap kasus KSA, prevalensi kasus di 65 negara menunjukkan 1 dari 5 perempuan dan 1 dari 12 laki-laki mengalami kekerasan seksual sebelum umur 18 tahun (Wurtele & Kenny, 2010). Hal tersebut senada dengan yang diungkapkan Haile, Kebeta, & Kassie (2013) bahwa kejadian KSA tidak hanya mengincar anak perempuan tetapi juga anak laki-laki.

Komisi Nasional Perlindungan Anak (Komnas PA) mencatat dalam semester I 2013 (Januari sampai akhir Juni 2013) terdapat 1032 kasus kekerasan anak yang terjadi di Indonesia (Malau, 2013). Sebanyak 535 kasus dari 1032 kasus merupakan kekerasan seksual. Secara rinci, kekerasan seksual yang terjadi berupa sodomi sebanyak 52

kasus, perkosaan sebanyak 280 kasus, pencabulan 182 kasus dan inses 21 kasus. Kasus ini paling banyak terjadi di lingkungan sosial yaitu 385 kasus, lingkungan keluarga 193 kasus, dan sekolah 121 kasus.

Data Forum Perlindungan Korban Kekerasan (FPKK) Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menunjukkan bahwa korban kekerasan terhadap anak paling tinggi terjadi di kota Yogyakarta dengan 127 kasus pada tahun 2011 (Sujatmiko, 2013). LSM Rifka Annisa mencatat bahwa lembaga tersebut menangani 36 kasus selama tahun 2013 (e-mail Rifka Annisa, 23 Januari 2014). Sedangkan Yayasan Lembaga Perlindungan Anak (YLPA) DIY mencatat bahwa kasus KSA yang mereka tangani selama tahun 2012 hingga 2013 sebanyak 55 kasus dengan kasus terbanyak terjadi di Kota Yogya dan Kab Sleman (YLPA DIY, 2014). Jumlah kasus kekerasan seksual yang ditangani YLPA DIY ini merupakan kasus dengan jumlah paling tinggi dibandingkan kekerasan fisik dan psikis.

Mengingat dampak KSA begitu membahayakan dan jumlah kejadiannya selalu bertambah maka beberapa strategi intervensi banyak ditawarkan melalui penelitian-penelitian. Pendekatan prevensi primer yang sering dilakukan yaitu program edukasi umum yang diberikan di sekolah (Collin-Vezina, dkk, 2013; Cecen-Erogul & Hasirci, 2013). Kebanyakan program edukasi umum ini juga mengintervensi lingkungan individu tetapi lebih jarang dilakukan dalam keluarga atau lingkungan sosial (Collin-Vezina, dkk, 2013). Program-program edukasi umum pada anak yang berpotensi menjadi korban kekerasan seksual terbukti efektif membangun pengetahuan anak mengenai kekerasan seksual, keterampilan preventif, dan sikap (Topping & Barron, 2009; Ogunfowokan & Fajemilehin, 2012; Murphy, Smith, & Xenos, 2012; Collin-Vezina, dkk., 2013). Namun,

program edukasi langsung pada anak ini juga dikritisasi karena hanya menempatkan tanggung jawab prevensi di tangan anak (Collin-Vezina, dkk, 2013).

Di sisi lain, belum banyak komunitas yang mengembangkan mekanisme yang dapat menjamin tidak adanya anak muda mengalami kekerasan seksual (Wurtele & Kenny, 2010; Collin-Vezina, dkk., 2013). Maka, diperlukan pula program prevensi yang dilakukan pada komunitas dan lingkungan tempat tinggal anak (Wurtele & Kenny, 2010). Sistem kesehatan masyarakat umumnya merupakan partner penting dalam mencegah kekerasan seksual (Baverstok, Bartle, Boyd, & Finlay, 2008; Wurtele & Kenny, 2010). Salah satu bagian dari masyarakat yang dapat dilibatkan dalam program prevensi dini kekerasan seksual pada anak adalah kader posyandu. Kader posyandu merupakan salah satu wujud peran serta masyarakat dalam membantu upaya pelayanan kesehatan (Lopez, Tjokrosonto, & Paramastri, 2004). Peneliti memilih kader posyandu karena masih jarang program prevensi dini terhadap KSA yang dilakukan di lingkungan masyarakat dan kader posyandu memiliki akses untuk melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat.

Salah satu pelayanan promotif dan preventif yang dapat dilakukan oleh puskesmas melalui kader posyandu adalah penyuluhan tentang kekerasan terhadap perempuan dan anak serta akibat dari kejadian tersebut bagi keluarga dan masyarakat (Kemenkes RI, 2009). Program promosi kesehatan yang dilakukan oleh para kader Posyandu merupakan bentuk upaya prevensi primer terhadap kejadian yang tidak diinginkan di masyarakat. Aktivitas preventif adalah tindakan yang mencegah terjadinya peristiwa yang tidak diinginkan baik dengan menghilangkan agen lingkungan yang berbahaya maupun dengan

memperkuat ketahanan masyarakat ataupun keduanya (Bloom, 1996). Unicef (2012) memaparkan bahwa layanan prevensi primer bertujuan untuk memperkuat kapasitas masyarakat secara menyeluruh dalam pengasuhan anak dan memastikan keselamatan mereka.

Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti merancang program yang bernama program “Kader Posyandu Peduli Anak”. Program ini adalah program pencegahan KSA yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama adalah pelatihan untuk kader Posyandu. Penelitian Ekawati, Dwipayanti, dan Wulandari (2011) menunjukkan bahwa pelatihan KSA terhadap komunitas kader dapat meningkatkan pengetahuan tentang KSA, juga meningkatkan kepekaan dan keinginan untuk berperan aktif mencegah KSA. Johnson dan Johnson (2001) memaparkan bahwa pelatihan cukup efektif untuk meningkatkan motivasi, mengubah struktur kognitif, memodifikasi sikap serta menambah keterampilan berperilaku. Setelah mendapatkan pembekalan melalui pelatihan, kader melakukan aktivitas promosi kesehatan kepada masyarakat. Aktivitas promosi kesehatan yang dilakukan kader merupakan tahap kedua dari program “Kader Posyandu Peduli Anak”. Aktivitas ini berupa penyampaian informasi terkait KSA melalui media ceramah dan *leaflet* dengan harapan tercipta kondisi lingkungan tempat tinggal anak yang kondusif bagi pencegahan kekerasan seksual. Metode ceramah merupakan metode yang biasa digunakan kader ketika penyuluhan. Sedangkan media *leaflet* terbukti dapat meningkatkan pengetahuan individu terkait objek yang dipaparkan dalam *leaflet* (Hoffman, Schiffers, Richardus, Raat, de Kok, Ballegooijen, & Korfage, 2013; Al-Thaqafy, Balkhy, Memish, Makhdom, Ibrahim, Al-Amri, & Al-Thaqafy, 2012). Selain itu penelitian Ashraff, Malawa,

Dolan, dan Khanduja (2006) menunjukkan bahwa pemberian informasi tertulis berupa *leaflet* dapat memperbaiki kemampuan pasien dalam mengingat kembali informasi yang diberikan dokter.

Maka hipotesis dalam penelitian ini adalah pelatihan pencegahan KSA dapat meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang KSA, ada perbedaan pengetahuan KSA yang signifikan pada kader posyandu saat *pretest* dan *posttest*, ada perbedaan pengetahuan KSA yang signifikan pada kader Posyandu saat *pretest* dan *follow up*, ada perbedaan pengetahuan KSA yang signifikan pada kader posyandu saat *posttest* dan *follow up*, promosi kesehatan yang dilakukan oleh kader posyandu dengan pemberian ceramah dan *leaflet* tentang KSA dapat meningkatkan pengetahuan tentang KSA pada masyarakat, dan pengetahuan masyarakat pada kelompok yang diberi ceramah dan *leaflet* lebih tinggi daripada kelompok kontrol.

Metode

Partisipan penelitian

Partisipan yang terlibat sebanyak 19 orang yang merupakan kader Posyandu di wilayah kerja Puskesmas Danurejan I dengan kriteria inklusi berupa bersedia menjadi partisipan penelitian dengan mengisi *informed consent*, belum pernah mendapatkan pelatihan terkait KSA, tingkat pendidikan minimal SMP, lama kerja minimal 2 tahun, dan umur minimal 25 tahun..

Pengumpulan data

Kuesioner, dokumentasi, observasi, wawancara, dan lembar evaluasi digunakan untuk mengumpulkan data. Kuesioner pengetahuan KSA disusun sebagai alat tes untuk mengetahui sejauh mana pemaham-

an partisipan terhadap materi KSA. Pengetahuan tentang KSA didefinisikan sebagai kemampuan dalam menjawab pertanyaan tentang KSA. Aspek-aspek dalam kuesioner mengacu pada hasil *review* penelitian Babatsikos (2010) serta Ogunfowokan dan Fajemilehin (2012) yaitu: 1) definisi KSA, 2) jenis KSA, 3) dampak KSA, 4) area yang rentan terhadap KSA, dan 5) strategi prevensi KSA. Setiap jawaban yang benar diberi nilai 1 dan jawaban yang salah diberi nilai 0. Kuesioner ini terdiri dari 34 soal dengan koefisien daya beda berada pada kisaran 0,305 sampai 0,676 dengan koefisien reliabilitas sebesar 0,913.

Rancangan penelitian

Rancangan penelitian ini berupa eksperimen kuasi. Rancangan yang dipakai saat pelatihan kader yaitu *the one group pretest-posttest design* (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Rancangan penelitian saat promosi kesehatan tentang KSA oleh kader Posyandu adalah *untreated control group design with dependent pretest and posttest samples* (Shadish, dkk, 2002).

Persiapan modul pelatihan dan pelaksanaan program

Modul pelatihan disusun berdasarkan buku berjudul "KDRT dan Pelecehan Seksual dalam Kehidupan Anak Usia Dini" yang disusun oleh Lazzarini (2011) dan media kampanye pencegahan KSA berjudul "Stop It Now" (Polard, 2010). Fasilitator dan Ko-Fasilitator dari LSM Rifka Annisa dengan kriteria yaitu orang yang mengerti KSA dan sering melakukan pelatihan. *Leaflet* yang digunakan saat aktivitas promosi kesehatan disusun oleh Dr. Ira Paramastri, M. Si. Program "Kader Posyandu Peduli Anak".

Analisis data

Teknik analisis data kuantitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis anava amatan ulang dan anava campuran.

H a s i l*Pengetahuan kader posyandu*

Hasil uji pengetahuan kader Posyandu pada tiga waktu pengukuran menunjukkan bahwa rerata skor pengetahuan saat *pretest* adalah 23,8421 kemudian menjadi 27,2105 saat *posttest*, dan menjadi 28,1579 saat *follow up*. Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa rerata paling tinggi terjadi ketika pengukuran *follow up*.

Hasil uji perbedaan skor pengetahuan saat *pretest-posttest-follow up* menunjukkan nilai $F=20,245$ ($p<0,05$) yang berarti ada perbedaan skor pengetahuan pada setiap pengukuran *pretest*, *posttest*, dan *follow up*. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pada setiap pengukuran. Sumbangan efektif pelatihan pencegahan KSA terhadap peningkatan pengetahuan kader posyandu sebesar 52,9%.

Hasil uji pasangan menunjukkan bahwa skor pengetahuan saat *pretest-posttest* berbeda sangat signifikan ($p<0,01$; $MD= -3,368$), artinya skor pengetahuan saat *posttest* lebih tinggi dibanding *pretest*. Skor pengetahuan *pretest-follow up* berbeda signifikan ($p<0,01$; $MD= -4,316$), artinya skor pengetahuan saat *follow up* lebih tinggi dibanding *pretest*. Namun skor pengetahuan *posttest-follow up* tidak signifikan ($p>0,05$, $MD=-0,947$) meskipun skor pengetahuan *follow up* lebih tinggi dibanding *posttest*.

Pengetahuan kader dari pengukuran *pretest* ke *posttest* dan *follow up* meningkat signifikan artinya pengetahuan kader meningkat segera setelah pelatihan dan delapan hari setelah pelatihan. Meskipun

begitu pengetahuan kader dari *posttest* ke *follow up* tidak signifikan secara statistik meskipun secara deskriptif naik. Hal ini dimungkinkan karena selama rentang dari delapan hari sejak pelatihan berakhir hingga ke pengukuran *follow up* tidak ada intervensi apapun dan jawaban yang diberikan kader saat pengukuran *follow up* diasumsikan merupakan hasil endapan pengetahuan yang didapat ketika pelatihan. Diasumsikan pula bahwa jawaban yang diberikan kader saat pengukuran *follow up* merupakan hasil ingatan dari jawaban yang diberikan ketika *posttest* karena kuesioner yang digunakan pada tiap pengukuran adalah sama. Maka, dilakukan pula wawancara kepada sebagian kader untuk melihat perubahan pengetahuan mereka.

Peningkatan pengetahuan kader setelah pelatihan sesuai dengan penelitian Ekawati, dkk (2011). Ekawati dkk (2011) menemukan bahwa program pelatihan kader yang ditujukan untuk pembekalan kader menjadi agen pencegah KSA sangat sesuai untuk memperluas wawasan tentang KSA, juga meningkatkan kepekaan dan keinginan untuk berperan aktif mencegah KSA. Seorang kader mengungkapkan perubahan pengetahuan yang dialaminya, setelah pelatihan jadi tahu bahwa bentuk KSA bukan pemerkosaan saja.

“Kalau buat ibu sih ya jadi tahu kekerasan itu ya nggak cuma perkosaan yo ternyata nyentuh-nyentuh gitu tu termasuk. gitu tho? Di bagian-bagian tertentu. Yo kayak mangku-mangku bocah trus ngelus-ngelus paha yo udah menjurus.” W1.RIII. 01, 12-15.

Kader tersebut juga mengatakan bahwa pelatihan menjadi syarat sebelum kader melakukan tugasnya yaitu mengedukasi warga. Kader tersebut mengatakan bahwa melalui pelatihan, ilmu menjadi bertambah.

"...Yo kader kan orang yang berperan dalam hal sosialisasi misalnya disosialisasi lewat arisan kui atau rapat RT, PKK, RW tapi dengan syarat tokoh masyarakat dan kader ikut pelatihan dulu tentang KSA nah tindak lanjute ya ditularkan lagi ke orang lain, ya orangtua anak yo mba. Jadi kader punya pengetahuan tentang KSA dulu. Yo misale kader ora ono ilmu yo arep ngandani opo tho..." W1. RIII.01, 43-49.

Hal tersebut didukung oleh penelitian Lopez, dkk (2004) yang memaparkan bahwa individu yang telah memiliki pengetahuan dan keterampilan lebih mudah dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang diembannya.

Uji tambahan dilakukan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan kader berdasarkan tingkat pendidikan, rentang usia, dan lama kerja. Uji ini ditujukan untuk mencari kriteria kader yang paling efektif untuk melakukan promosi kesehatan di wilayah berdasarkan pengetahuan yang didapat ketika pelatihan.

Hasil uji menunjukkan tidak ada perbedaan pengetahuan berdasarkan tingkat pendidikan ($F = 0,365$; $p > 0,05$) dan tidak ada perbedaan pengetahuan berdasarkan lama kerja sebagai kader ($F = 0,474$; $p > 0,05$). Hal tersebut berarti bahwa perubahan skor pengetahuan dari *pretest* menuju *follow up* pelatihan pada kader berpendidikan SMP, SMA, dan PT adalah sama. Begitupun dengan perubahan skor pengetahuan kader baik yang telah menjadi kader selama 2-7 tahun, 8-13 tahun, maupun ≥ 14 tahun. Tidak adanya perbedaan perubahan pengetahuan berdasarkan dua kategori ini dimungkinkan karena pengetahuan tentang KSA merupakan hal yang baru sehingga peningkatan pengetahuannya cenderung sama. Meskipun tidak ada perbedaan pengetahuan berdasarkan lama kerja namun berdasarkan observasi kader senior dengan lama kerja ≥ 14 tahun lebih semangat ketika melakukan

promosi kesehatan kepada masyarakat. Kader-kader tersebut juga lebih berani melakukan perluasan kegiatan yaitu melakukan promosi kesehatan diluar sasaran utama.

Hal yang berbeda tampak pada kategori rentang usia. Hasil uji menunjukkan nilai $F = 3,306$ ($p < 0,05$). Hasil tersebut berarti terdapat interaksi antara waktu (*pretest-posttest-follow up*) dengan kelompok rentang usia (25-35 tahun, 36-45 tahun, dan ≥ 46 tahun). Interaksi ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan kader berbeda antara kader yang berusia 25-35 tahun, 36-45 tahun, dan ≥ 46 tahun.

Meskipun Piaget mendeskripsikan perkembangan kognitif orang dewasa berada pada tahap operasional formal, beberapa ilmuwan berpendapat bahwa perkembangan kognitif orang dewasa berada pada tahap pemikiran postformal (Papalia, Olds, & Feldman 2009, Santrock, 2006). Pemikiran postformal terjadi dalam konteks emosi dan sosial (Santrock, 2006).

Berdasarkan tujuh tahapan perkembangan kognitif dalam konteks sosial yang diajukan Schaie, individu berusia 46 tahun hingga 60 pada tahapan tanggung jawab (*responsible stage*) dan tahapan eksekutif (*executive stage*) (Schaie & Willis, 2000). Maka diasumsikan pengetahuan kader-kader berusia ≥ 46 tahun meningkat secara signifikan karena kader bukan saja menerima pengetahuan apa adanya tetapi ditunjukkan agar dapat dipergunakan dalam memecahkan masalah praktis terkait tanggung jawabnya di masyarakat. Selama pelatihan pun, kader pada kelompok ini banyak bertanya bahkan menyanggah fasilitator jika dirasa informasi yang diberi fasilitator kurang tepat.

Kader posyandu yang berada pada rentang usia 25-35 tahun masuk ke dalam rentang usia dewasa awal. Fokus pada usia tersebut adalah karir, mencapai kemandirian

dirian, mencari pasangan hidup, dan memulai keluarga (Santrock, 2006). Kader-kader tersebut masuk tahapan pencapaian (*achieving stage*) dari model tahapan perkembangan kognitif Schaie. Peningkatan pengetahuan kader usia ini secara signifikan diasumsikan karena pada usia ini kader merasakan pentingnya mendapat pengetahuan tentang KSA untuk digunakan dalam mencapai tujuan berupa mengasuh anak.

Berbeda dengan kader usia ≥ 46 tahun dan 25-35 tahun yang mengalami peningkatan pengetahuan secara signifikan, peningkatan pengetahuan kader usia 36-45 tahun tidak signifikan secara statistik meskipun secara deskriptif meningkat. Berdasarkan observasi ketika pelatihan kader pada rentang usia ini kurang aktif, hanya ada satu kader pada rentang usia ini yang aktif. Kader tersebut berusia 41 tahun dengan lama kerja sebagai kader selama 16 tahun. Kader pada kelompok usia ini juga umumnya masih memiliki pekerjaan lain seperti berdagang dan memiliki anak yang sudah duduk di bangku SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi. Ketika evaluasi pelatihan, banyak yang merasa bahwa waktu pelatihan terlalu lama karena mereka harus bekerja juga.

Kader Posyandu sebagai agen prevensi primer KSA

Setelah mendapatkan pelatihan, kader Posyandu melakukan edukasi tentang KSA kepada masyarakat di lingkungan tempat tinggal mereka. Aktivitas ini dilakukan dengan pembagian kelompok yaitu kelompok ceramah, kelompok *leaflet*, dan kelompok kontrol. Kader dalam kelompok ceramah melakukan edukasi kepada masyarakat dengan metode ceramah. Kader dalam kelompok *leaflet* melakukan edukasi kepada masyarakat dengan membagikan *leaflet*. Sedangkan kader dalam kelompok kontrol tidak melakukan edukasi apapun

pada masyarakat. Sasaran dari promosi kesehatan ini adalah warga yang masih memiliki balita.

Pada saat kegiatan ceramah, tiga orang kader mengikuti cara-cara yang dilakukan oleh fasilitator saat pelatihan di Puskesmas. Ketika pelatihan, fasilitator menggunakan beberapa pendekatan sesuai dengan modul pelatihan. Pendekatan yang dicontoh oleh kader yaitu *metaplan*. Kader membagikan kertas kosong kepada peserta ceramah kemudian meminta peserta untuk mengungkapkan hal yang mereka ketahui terkait KSA. Kader mengelompokkan jawaban peserta ke dalam kategori-kategori topik pembahasan KSA. Dari tiga orang kader tersebut, satu orang mamutar film pendek. Film yang sama seperti yang digunakan fasilitator ketika pelatihan. Kader tersebut berinisiatif mencari sendiri film tersebut.

Perilaku tersebut merupakan hasil dari proses belajar ketika pelatihan. Selain menyerap materi pelatihan, kader juga mengamati fasilitator dan model dalam film yang diputar saat pelatihan. Pembelajaran dapat terjadi dengan cara praktik melalui tindakan atau dengan mengamati model-model (Schunk, 2012). Hal yang dilakukan oleh kader ketika ceramah merupakan hasil dari proses mengamati model. Bandura (1986) memaparkan bahwa mengamati orang lain merupakan hal yang penting dalam proses pembelajaran. Melalui tindakan mengamati orang lain, individu mempelajari hal baru. Observasi dilakukan dengan mengamati perilaku model sehingga bisa menghasilkan perilaku serupa (Bandura, 1986).

Selain kader mencontoh aktivitas yang dilakukan oleh fasilitator dan menerapkannya ketika promosi kesehatan. Kader juga menyadari bahwa mereka menjadi contoh bagi warga sekitar. Sehingga mereka berperilaku yang mereka yakini akan memberi-

kan dampak positif bagi warga. Hal tersebut diungkap kader dalam wawancara.

"Jadi kader itu berat lho mba. Kita ngasih penyuluhan ini itu tapi kitanya sendiri juga nggak kayak gitu ya gimana ya...lebih jadi contoh...Kita usahakan ada perbaikan ya. Kalau ngubah total kan ya susah. Ada warga yang susah dikasih tahu, ya nggak tahu tapi kayak yang tahu ngono lah mba." W1.RII. 01, 82-87.

"Yo sajane abot sih mba jadi kader iku. Yo kerja sosial kadang makan hati... Tapi ya ibu seneng sih buat anak-anak kita juga. Harus jadi contoh juga. Ya dulu ibu itu ngomongnya kasar ya sekarang jadi dihalus-haluske. Kalau ada orangtua anak yang protes gimana "kok koyok ngono". Jadi masyarakat bisa ngebalikin ke kader-nya. Jadi ibu ya "oh iya ya kudu koyok ngene". Nah iya itu tantangannya jadi kader begitu. Jadi sekarang ibu ya hati-hati kalau mau apa-apa." W1. RIII.01, 82-89.

Hasil observasi di lapangan, ada perbedaan metode yang digunakan kader senior dengan lama kerja di atas 14 tahun dan kader baru ketika melakukan promosi kesehatan terutama melalui ceramah. Kader senior cenderung hanya mengandalkan penyampaian informasi secara lisan atau membagikan catatan kecil kepada para peserta untuk dibaca bergantian kemudian didiskusikan lebih rinci. Namun, kader senior lebih leluasa untuk mengarahkan peserta agar tertib selama acara dan mengaitkan materi KSA dengan kejadian sehari-hari di lingkungannya. Sedangkan kader junior cenderung segan untuk mengatur peserta acara seperti mengarahkan tempat duduk dan meminta peserta untuk tertib. Meskipun begitu kader baru mengikuti langkah-langkah pembelajaran secara runtut seperti urutan pembelajaran ketika pelatihan yaitu diawali dengan metaplan dan diakhiri dengan memutar

film pendek seperti yang diputar ketika pelatihan.

Total masyarakat yang ikut dalam program ini adalah 97 orang. Secara rinci terdapat 31 orang dari kelompok ceramah, 34 orang dari kelompok leaflet, dan 32 orang dari kelompok kontrol. Hasil uji interaksi waktu pengukuran (*pretest-posttest*) dengan kelompok (ceramah, leaflet, dan kontrol) menunjukkan nilai $F=3,379$ ($p<0,05$) artinya terdapat interaksi antara waktu pengukuran (*pretest-posttest*) dan kelompok (ceramah, leaflet, dan kontrol).

Perubahan pengetahuan pada kelompok ceramah sangat signifikan ($MD=-2,355$; $P<0,01$), begitu juga perubahan pengetahuan pada kelompok leaflet sangat signifikan ($MD=-2,824$; $p<0,01$), namun perubahan pengetahuan pada kelompok kontrol tidak signifikan ($MD=-0,937$; $p<0,05$). Hal ini berarti bahwa pemberian ceramah dan leaflet dapat meningkatkan pengetahuan tentang KSA.

Pemberian ceramah tentang pencegahan KSA oleh kader kepada masyarakat memberikan peningkatan pengetahuan sebesar 16,4%. Sedangkan leaflet dapat meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan KSA sebesar 23,7%. Matlin (2009) dalam bukunya memaparkan perbedaan antara proses membaca dan mendengar. Individu yang membaca dapat mengontrol kecepatan masuknya informasi sedangkan individu yang hanya mendengar informasi tidak dapat melakukan kontrol ini. Selain itu, proses membaca juga memungkinkan individu untuk mengulang kembali proses masuknya informasi. Masyarakat yang diberi leaflet sangat mungkin untuk melakukan proses membaca lebih dari satu kali sehingga mereka dapat lebih mengingat informasi yang telah mereka dapat sebelumnya dibandingkan dengan masyarakat yang mendengarkan ceramah.

Meskipun peningkatan pengetahuan tentang KSA melalui *leaflet* lebih tinggi daripada ceramah namun ceramah menjadi metode favorit dalam melakukan promosi kesehatan. Kader menganggap ceramah sebagai metode yang mudah, hemat waktu, dan hemat biaya berbeda dengan *leaflet* yang membutuhkan banyak biaya dan akan sulit diterapkan pada warga yang tidak suka membaca.

Pemaparan di atas menunjukkan pentingnya peran kader sebagai agen pencegah KSA melalui kegiatan promosi kesehatan. Hal tersebut tidak lepas dari peran program pelatihan pencegahan KSA sebagai media pembekalan bagi para kader. Pelatihan tersebut selain meningkatkan pengetahuan kader tentang pencegahan KSA juga memunculkan keinginan untuk berperan serta dalam mencegah anak dari ancaman kekerasan seksual melalui pemberian ceramah ataupun penyebaran *leaflet*. Meskipun masyarakat yang disasar adalah para ibu yang memiliki balita namun penyuluhan yang dilakukan kader memiliki cakupan dampak yang lebih luas. Selain para ibu akan lebih mengawasi balita masing-masing, mereka pun cenderung akan ikut mengawasi anak-anak lain, remaja, dan orang dewasa yang ada di lingkungan mereka. Sehingga, secara tidak langsung terjalin kerjasama antara para ibu dan kader untuk saling menjaga dan mencegah anak-anak dari ancaman kekerasan seksual.

Kesimpulan

Pelatihan pencegahan KSA bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan kader Posyandu tentang pencegahan KSA. Pelatihan pencegahan KSA memberikan peningkatan pengetahuan tentang pencegahan KSA setinggi 52,9%.

Pemberian ceramah memberikan peningkatan pengetahuan tentang pencegahan

KSA setinggi 16,4% sedangkan pemberian *leaflet* meningkatkan pengetahuan setinggi 23,7%. *Leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan lebih tinggi dibanding ceramah.

Saran

Berdasarkan hasil analisis, pembahasan, dan kesimpulan maka saran yang diajukan sebagai berikut: *Bagi kader Posyandu*. Kader yang telah mendapat pelatihan dapat melakukan pelatihan singkat sejenis yang ditujukan untuk kader kegiatan lain seperti kader lansia, kader Bina Keluarga Balita (BKB), kader Kelompok Pendamping Ibu (KP Ibu) ataupun pendidik Satuan Paud Sejenis (SPS) di wilayah masing-masing sehingga terbentuk agen-agen prevensi KSA yang baru dan penyuluhan dapat dilakukan pada sasaran lain dan kegiatan lain selain Posyandu. Hendaknya kader Posyandu dan para ibu kompak dalam usaha pencegahan KSA melalui kerjasama dalam menjaga dan mengawasi anak-anak dan lingkungan sekitar sehingga anak-anak dapat terhindar dari ancaman kekerasan seksual. Metode ceramah dapat dilakukan sebagai metode utama dalam melakukan penyuluhan dengan mempertimbangkan faktor biaya. Jika ada kasus di wilayah, komunikasikan dengan Puskesmas untuk melakukan penanganan selanjutnya.

Bagi Puskesmas. Puskesmas dapat menjadwalkan pertemuan rutin bagi kader Posyandu sebagai wadah komunikasi dan bertukar informasi terkait pencegahan KSA sebagai tindak lanjut dari pelatihan. Merekomendasikan kader senior sebagai agen utama karena kader senior lebih menguasai lapangan. Puskesmas dapat melakukan kunjungan ke wilayah jika ada laporan kasus. Kunjungan ke wilayah dimaksudkan untuk mengetahui penyebab terjadinya kasus sehingga penanganan

selanjutnya disesuaikan dengan penyebab terjadinya kasus.

Bagi peneliti selanjutnya. Menyesuaikan waktu pelaksanaan intervensi dengan kegiatan partisipan dan Puskesmas agar semua pihak nyaman. Adakan pertemuan khusus dengan partisipan sebagai persiapan promosi kesehatan. Pada pertemuan ini, peneliti dan partisipan dapat melakukan *review* materi dan menjelaskan panduan teknis pelaksanaan promosi kesehatan. Selain menjelaskan panduan teknis pelaksanaan promosi kesehatan secara lisan, perlu diberikan juga panduan tertulis dan perlu mendampingi kader selama melakukan promosi kesehatan.

Daftar Pustaka

- Al-Fayez, A. A., Ohaeri, J. U., & Gado, O. M. (2012). Prevalence of physical, psychological, and sexual abuse among a nationwide sample of Arab high school students: Association with family characteristics, anxiety, depression, self-esteem, and quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 53-66. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-010-0311-2>.
- Al-Thaqafy, M. S., Balkhy, H. H., Memish, Z., Makhdom, Y. M., Ibrahim, A., Al-Amri, A., & Al-Thaqafy, A. (2012). Improvement of low knowledge, attitude and practice of hepatitis B virus infection among Saudi national guard personnel after educational intervention. *BMC Research Notes*, 5(597), 1-7.
- Ashraff, S., Malawa, G., Dolan, T., & Khanduja, V. (2006). Prospective randomised controlled trial in the role of patient information leaflets in obtaining informed consent. *ANZ J Surg*, 76, 139-141. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.2006.03671.x>.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentise Hall.
- Babatsikos, G. (2012). Parent's knowledge, attitudes and Practices about preventing child sexual abuse: A literature review. *Child Abuse Review*, 17, 107-129. <http://dx.doi.org/10.1002/car>.
- Baverstock, A., Bartle, D., Boyd, B., & Finlay, F. (2008). Review of child protection training uptake and knowledge of child protection guidelines. *Child Abuse Review*, 17, 64-72.
- Bloom, M. (1996). *Primary prevention practices*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Carey, P. D., Walker, J. L., Rossow, W., Seedat, S., & Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, 93-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-007-0641-0>.
- Cecen-Erogul, A.R., & Hasirci, O.K. (2013). The effectiveness of psycho-educational school-based child sexual abuse prevention training program on Turkish Elementary Students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(2), 725-729.
- Collin-Vezina, D., Daigneault, I., & Hebert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7(22), 1-9.
- Ekawati, N. K., Dwipayanti, N. M. U., & Wulandari, L. P. L. (2011). Pembentukan kelompok anti kekerasan anak (KAKSA) pada komunitas kader di desa Sanur Kaja Denpasar. *Udayana Mengabdikan*, 10(2), 86-89.

- Haile, R. T., Kebeta, N. D., & Kassie, G. M. (2013). Prevalence of sexual abuse of male high school students in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC International health & Human Rights*, 13(24), 1-8.
- Hoffman, R., Schiffers, P. A. W. H., Richardus, J. H., Raat, H., de Kok, I. M. C. M., Ballegooijen, M. V., & Korfage, I. J. (2013). Increasing girls' knowledge about human papillomavirus vaccination with pre-test and a national leaflet: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 13(611), 1-7.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 363, 462-470.
- Johnson, C. A., & Johnson, F. P. (2001). *Joining together: Group theory and group skills*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kemendes RI. (2009). *Pedoman pengembangan puskesmas mampu tatalaksana kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lanning, B., & Massey-Stokes, M. (2006). Child sexual abuse prevention programs in Texas accredited non-public schools. *American Journal of Health Studies*, 21, 36-43.
- Lazarini, V. (2011). *KDRT dan pelecehan seksual dalam kehidupan AUD*. Jakarta: Kementerian Pendidikan Nasional.
- Lin, D., Li, X., Fang, X., & Lin, X. (2011). Childhood sexual abuse and sexual risks among young rural-to-urban migrant women in Beijing, China. *AIDS Care*, 23, 113-119. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2010.534434>.
- Lopez, P. Y., Tjokrosonto, S., & Paramastri, I. (2004). Promosi kesehatan pada kader posyandu dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tentang penanggulangan malaria di kabupaten Timor Tengah Utara. *Sains Kesehatan*, 17(1), 77-87.
- Malau, B. S. L. (2013, September, 4). *Ada 1032 kasus kekerasan anak di semester I tahun 2013*. Diunduh dari: <http://www.tribunnews.com> tanggal 16 November, 2013.
- Matlin, M. W. (2009). *Cognitive psychology*. 7ed. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Murphy, K. A., Smith, D. I., & Xenos, S. (2012). TREAD: A promising change-target for partner abuse prevention with adolescent. *J Fam Viol*, 27, 345-356. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-012-9424-6>.
- Ogunfowokan, A. A., & Fajemilehin, R. B. (2012). Impact of a school-based sexual abuse prevention education program on the knowledge and attitude of high school girls. *The Journal of School Nursing*, 28(6), 459-68. <http://dx.doi.org/10.1177/1059840512446949>.
- Papalia, D. E., Olds, A. W., & Feldman, R. D. (2009). *Perkembangan manusia* (Terjemahan: Brian Marswendy). Ed 10. Jakarta: Penerbit Salemba Humanika.
- Polard, P. (2010). *Stop it now: together we can prevent the sexual abuse of children*. Diunduh dari: [www. StopItNow.org](http://www.StopItNow.org). tanggal 16 November 2013.
- Schaie, K. W. & Willis, S. L. (2000). *A stage theory model of of adult cognitive development revisited*. Dalam R. L. Rubinstein, M. Moss, & M. H. Kleben (Eds). *The many dimension of aging*. (Hal 175-193). New York: Springer.
- Schunk, D. H. (2012). *Teori-teori pembelajaran: Perspektif pendidikan* (Terjemahan: Eva Hamdiah & Rahmat Fajar). Ed 6. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sujatmiko, T. (2013, Maret, 26). *Kasus kekerasan anak, kota Yogya tertinggi*. Diunduh dari: <http://krjogja.com> tanggal 16 November 2013.

- Santrock, J. W. (2006). *Human adjustment*. (PowerPoint Slide). McGraw-Hill Companies.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designed for generalized causal interfere*. Newyork: Houghton Mifflin Company.
- Topping, K. J., & Barron, I. G. (2009). School-based child sexual abuse prevention programs: A review of effectiveness. *Review of Educational Research*, 79(1), 431-463. <http://dx.doi.org/10.3102/0034654308325582>.
- Tubman, J. G., Montgomery, M. J., Gil, A. G., & Wagner, E. F. (2004). Abuse experiences in a community sample of young adults: Relations with psychiatric disorders, sexual risk behaviors, and sexually transmitted diseases. *American Journal of Community Psychology*, 34, 147-162.
- Unicef. (2012). *Ringkasan kajian perlindungan anak*. Unicef Indonesia.
- Wurtele, S. K., & Kenny, M. C. (2010). Partnering with parent to prevent childhood sexual abuse. *Child Abuse Review*, 19, 130-152. <http://dx.doi.org/10.1002/car.1112>.
- Yayasan Lembaga Perlindungan Anak DIY. (2014). *Data laporan kasus tahun 2013*. Tidak diterbitkan. Yogyakarta.