



Published by Yayasan Yetti Afrida Center Bengkulu

pISSN | eISSN

Vol. 1 No. 1 Juni 2026 | Pages 42-51

<https://yettiafridacenter.com/khidmat/index>

This Article is licensed under a CC BY-SA 4.0 International License

Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja di Pondok Pesantren: Implementasi Model Peer Educator dan Evaluasi Perubahan Perilaku

Siti Imrotul Latifah

Pasca Sarjana Universitas Islam Negeri Fatmawati Sukarno Bengkulu, Indonesia

¹Email: st.imrotullatifah@gmail.com

Vol. 1 No. 1 Juni 2026 | Pages 42-51

ABSTRACT.

Purpose: *This community service program aims to improve adolescents' knowledge, attitudes, and behaviors regarding reproductive health in Islamic boarding schools through the implementation of a peer educator model adapted to religious values and local culture.*

Design/Methodology: *The activities were conducted using a Participatory Action Research approach over six months, involving 120 students and 15 selected peer mentors. Data were collected through KAP (Knowledge, Attitude, Behavior) questionnaires, participatory observation, focus group discussions (FGDs), and reflective notes, and were analyzed using descriptive-comparative and thematic methods.*

Findings: *The intervention successfully increased the average knowledge score from 54.2 to 86.7, shifted stigmatizing attitudes toward greater openness and empathy, and strengthened intentions for healthy behavior by 68%. The peer educator model proved effective in creating a safe space for dialogue that aligns with boarding school norms.*

Practical Implications: *This model can be adopted by boarding school administrators, health departments, and the Ministry of Religious Affairs as a sustainable, participatory, and gender-sensitive reproductive health education strategy.*

Originality/Value: *This study fills a gap in the literature by integrating a peer-based approach rooted in pesantren values with multidimensional behavioral change measurement, demonstrating that reproductive health education can be effective without undermining students' religious identity, while also offering a structured evaluation framework for similar programs.*

Keywords: *Adolescent reproductive health; Peer educator model; Islamic boarding school; Behavior change; Health education*

Received: 10/07/2026

Accepted: 15/07/2026

Published: 10/08/2026

A. PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi remaja merupakan aspek krusial dalam pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas, mengingat masa remaja merupakan periode transisi biologis, psikologis, dan sosial yang rentan terhadap informasi keliru, tekanan teman sebaya, dan perilaku berisiko. Di Indonesia, data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) serta laporan Kementerian Kesehatan menunjukkan tren peningkatan kasus Infeksi Menular Seksual (IMS), kehamilan tidak diinginkan, serta gangguan psikososial terkait perkembangan seksual pada kelompok usia 15–19 tahun.¹ Fenomena ini tidak hanya terjadi di lingkungan sekolah umum, tetapi juga semakin tampak di lingkungan pondok pesantren, yang secara tradisional dianggap sebagai benteng moral dan pendidikan agama. Meskipun pesantren memiliki peran

¹ st.imrotullatifah@gmail.com

pISSN | eISSN

strategis dalam pembentukan karakter, kurikulum kesehatan reproduksi yang komprehensif, ilmiah, dan kontekstual masih minim diintegrasikan ke dalam sistem pendidikan pesantren.² Hal ini diperparah oleh stigma kultural yang menganggap diskusi tentang reproduksi sebagai topik tabu, serta keterbatasan kapasitas pengasuh dan ustadz/ustadzah dalam menyampaikan materi kesehatan secara akurat dan sensitif terhadap norma agama.

Kesenjangan antara kebutuhan informasi kesehatan reproduksi yang valid dan realitas pendidikan di pesantren menuntut pendekatan alternatif yang tidak hanya berbasis top-down, tetapi juga partisipatif dan adaptif secara kultural. Penelitian global dan nasional secara konsisten menunjukkan bahwa model *peer educator* (pendidik sebaya) efektif dalam mengurangi hambatan komunikasi, meningkatkan kepercayaan, dan memperkuat adopsi perilaku sehat di kalangan remaja.³ Pendekatan ini memanfaatkan kedekatan usia, bahasa, dan pengalaman emosional antar-santri untuk menciptakan ruang dialog yang aman, tanpa mengabaikan bimbingan nilai keagamaan. Namun, implementasi model *peer educator* di lingkungan pesantren masih menghadapi tantangan struktural, termasuk minimnya pelatihan fasilitator, kurangnya modul yang mengintegrasikan perspektif medis dan fikih, serta absennya mekanisme evaluasi perubahan perilaku yang terukur jangka panjang.⁴ Sebagian besar program sebelumnya bersifat seremonial atau terbatas pada sosialisasi satu arah, sehingga dampak terhadap perubahan sikap dan praktik nyata masih bersifat permukaan.

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut, kegiatan pengabdian ini dirancang sebagai respons strategis terhadap kebutuhan riil remaja pesantren akan edukasi kesehatan reproduksi yang ilmiah, religius, dan berkelanjutan. Program ini mengintegrasikan empat pilar utama: pemetaan kebutuhan dan kesenjangan pengetahuan santri, pelatihan intensif *peer educator* berbasis kurikulum terstandar dan nilai pesantren, implementasi sesi dialog kelompok terfasilitasi, serta evaluasi komprehensif menggunakan instrumen KAP (Pengetahuan, Sikap, Perilaku) yang tervalidasi. Metode yang diterapkan mengadopsi kerangka *Participatory Action Research* (PAR) yang menjamin keterlibatan aktif santri sebagai perencana, pelaksana, dan evaluator program. Evaluasi dampak dilakukan melalui pengukuran kuantitatif pra-pasca intervensi dan triangulasi kualitatif melalui FGD dan observasi partisipatif. Tujuan akhir dari pengabdian ini adalah mendokumentasikan dan mengevaluasi secara empiris dampak implementasi model *peer educator* terhadap peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, dan penguatan perilaku kesehatan reproduksi remaja di pondok pesantren, serta merumuskan model keberlanjutan yang dapat diadopsi oleh pemangku kepentingan pendidikan agama dan kesehatan masyarakat.

B. LITERATURE REVIEW

Kerangka teoritis pendidikan kesehatan reproduksi remaja kontemporer banyak mengadopsi *Health Belief Model* (HBM) dan *Social Learning Theory* (SLT) dari Bandura, yang menekankan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh persepsi kerentanan, keparahan, manfaat tindakan, hambatan, serta pembelajaran melalui observasi dan imitasi terhadap model sebaya yang kredibel.⁵ Dalam konteks pesantren, teori ini perlu diadaptasi dengan kerangka *maqashid syariah* yang menekankan perlindungan jiwa (*hifdz al-nafs*), keturunan (*hifdz al-nasl*), dan akal (*hifdz al-aql*), sehingga edukasi kesehatan reproduksi tidak dipandang sebagai

ancaman terhadap nilai agama, melainkan sebagai bentuk ikhtiar menjaga kehormatan dan kesehatan umat.⁶ Tinjauan literatur menunjukkan bahwa intervensi yang berhasil mengintegrasikan bukti medis dengan dalil fikih kontemporer, serta melibatkan tokoh agama sebagai validator konten, menghasilkan tingkat penerimaan dan kepatuhan yang jauh lebih tinggi di kalangan santri.⁷

Penelitian empiris mengenai *peer education* di berbagai negara berkembang mengonfirmasi efektivitas model ini dalam meningkatkan literasi kesehatan, mengurangi stigma, dan memperkuat keterampilan pengambilan keputusan remaja. Meta-analisis terkini menunjukkan bahwa program *peer educator* dengan pelatihan minimal 40 jam, supervisi berkala, dan modul yang kontekstual secara kultural meningkatkan skor pengetahuan hingga 35–50% dan mengurangi perilaku berisiko secara signifikan.⁸ Namun, sebagian besar studi ini berfokus pada lingkungan sekolah formal atau komunitas urban, dengan sedikit penyesuaian terhadap ekosistem pesantren yang memiliki struktur hierarkis, pola asrama ketat, dan norma gender yang spesifik.⁹ Di Indonesia, kajian mengenai kesehatan reproduksi di pesantren masih didominasi oleh studi deskriptif atau evaluasi program berbasis kampanye satu hari, tanpa mekanisme pendampingan berkelanjutan atau pengukuran dampak perilaku jangka panjang.¹⁰

Kesenjangan literatur yang paling mencolok terletak pada minimnya kerangka evaluasi yang mengaitkan kapasitas *peer educator*, adaptasi materi berbasis nilai pesantren, dan perubahan perilaku multidimensi (kognitif, afektif, konatif) dalam satu siklus intervensi terpadu. Selain itu, belum banyak studi yang secara sistematis menganalisis dinamika komunikasi sebaya, hambatan kultural selama implementasi, dan strategi keberlanjutan pasca-program pendampingan eksternal.¹¹ Novelty dari kegiatan pengabdian ini terletak pada pendekatan holistik yang tidak hanya melatih keterampilan teknis fasilitasi, tetapi juga membangun sistem monitoring perubahan perilaku yang partisipatif, mengintegrasikan perspektif fikih kesehatan ke dalam modul dialog, dan mengukur dampak menggunakan instrumen KAP yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya dalam konteks pesantren. Dengan demikian, penelitian ini mengisi kesenjangan literatur dengan menyediakan bukti empiris mengenai efektivitas model *peer educator* yang sensitif agama, sekaligus menawarkan kerangka operasional yang dapat direplikasi oleh pengasuh pesantren, dinas pendidikan, dan lembaga kesehatan dalam memperkuat pendidikan reproduksi remaja yang holistik dan berkelanjutan.

C. METODE

Kegiatan pengabdian ini dirancang menggunakan kerangka *Participatory Action Research* (PAR) yang menekankan siklus perencanaan kolaboratif, implementasi partisipatif, refleksi kritis, dan evaluasi bersama mitra komunitas.¹² Pendekatan ini dipilih karena sesuai dengan prinsip pendidikan kesehatan yang menempatkan santri sebagai agen perubahan, bukan sekadar penerima pasif informasi. Lokasi pelaksanaan adalah Pondok Pesantren Darul Hikmah di wilayah pinggiran kota, yang secara administratif menaungi 1.200 santri putra dan putri dengan sistem asrama terpadu. Sasaran program adalah 120 santri (60 putra, 60 putri) usia 15–18 tahun yang dipilih melalui teknik *stratified random sampling* berdasarkan jenjang pendidikan (MTs/MA) dan tingkat partisipasi awal dalam kegiatan keagamaan. Selain itu, 15 santri terpilih (8 putra, 7 putri) direkrut sebagai calon *peer educator* berdasarkan rekomendasi

pengasuh, nilai kepemimpinan, kemampuan komunikasi, dan kesediaan mengikuti pelatihan intensif.

Program dilaksanakan dalam empat fase terstruktur selama enam bulan. Fase pertama (bulan 1) berfokus pada pemetaan kebutuhan kesehatan reproduksi, asesmen pengetahuan awal menggunakan kuesioner KAP, FGD eksploratif mengenai persepsi stigma, dan identifikasi nilai pesantren yang dapat dijadikan basis modul edukasi. Fase kedua (bulan 2–3) menangani pelatihan *peer educator* selama 48 jam yang mencakup anatomi reproduksi, pencegahan IMS dan kehamilan tidak diinginkan, komunikasi efektif, konseling dasar, serta integrasi perspektif fikih dan etika Islam. Fase ketiga (bulan 4–5) melaksanakan implementasi sesi dialog kelompok terfasilitasi (*peer-to-peer session*) sebanyak dua kali per bulan per kelompok, dengan pendampingan aktif tim pengabdian dan supervisi pengasuh. Fase keempat (bulan 6) menangani evaluasi pasca-intervensi, refleksi kelompok, penyusunan rencana tindak lanjut berbasis kelembagaan pesantren, dan transfer kepemilikan program kepada unit kesehatan pesantren (UKS/Pesantren).

Data dikumpulkan melalui tiga instrumen utama. Pertama, kuesioner KAP terstandarisasi yang mengukur dimensi pengetahuan (20 item), sikap (15 item), dan perilaku/intensi (15 item) terkait kesehatan reproduksi, menggunakan skala Likert 1–5. Instrumen telah diuji validitas konstruk oleh tiga pakar kesehatan masyarakat dan satu pakar fikih kontemporer, dengan hasil Cronbach's $\alpha = 0.89$. Kedua, lembar observasi partisipatif yang mencatat dinamika sesi dialog, keterlibatan santri, penggunaan bahasa yang sesuai norma, dan respons emosional. Ketiga, panduan wawancara semi-terstruktur dan FGD untuk menggali persepsi perubahan sikap, hambatan komunikasi, strategi adaptasi, dan rencana keberlanjutan. Analisis data dilakukan secara terintegrasi: data kuantitatif dianalisis menggunakan uji *paired sample t-test* dan analisis deskriptif, sedangkan data kualitatif dianalisis secara tematik melalui *coding* induktif menggunakan perangkat lunak NVivo 14. Validitas data dijaga melalui triangulasi metode, *member checking*, dan verifikasi silang dengan catatan pengasuh dan tim medis puskesmas mitra. Seluruh prosedur telah memperoleh persetujuan etik dari lembaga pengabdian dan *informed consent* tertulis dari orang tua/wali serta santri peserta.

D. HASIL PEMBAHASAN PENELITIAN

PENGUATAN KAPASITAS PEER EDUCATOR DAN ADAPTASI MODUL BERBASIS NILAI PESANTREN

Salah satu temuan kualitatif paling signifikan dari program ini adalah transformasi mendalam dalam kapasitas fasilitasi dan pemahaman *peer educator* terhadap materi kesehatan reproduksi yang selaras dengan nilai pesantren. Sebelum intervensi, 78% calon pendamping sebaya menyatakan keraguan dalam menyampaikan topik reproduksi karena menganggapnya sensitif, takut disalahpahami sebagai mengajarkan hal yang bertentangan dengan agama, dan minimnya kemampuan menjawab pertanyaan spesifik terkait fikih thaharah, pernikahan, dan kesehatan seksual.¹³ Program ini merespons dengan merancang modul terintegrasi yang menggabungkan perspektif medis (WHO, Kemenkes RI) dengan dalil-dalil fikih kontemporer,

hadis tentang kebersihan, serta panduan komunikasi empatik yang menghindari bahasa vulgar. Pelatihan tidak hanya bersifat kognitif, tetapi juga simulasi role-play, teknik fasilitasi dialog reflektif, dan manajemen dinamika kelompok.

Tabel 1 menyajikan pemetaan indikator kompetensi *peer educator* sebelum dan sesudah pelatihan intensif. Hasil observasi dan FGD mengonfirmasi bahwa ketika pendamping sebaya dilatih menggunakan pendekatan yang mengaitkan ilmu kesehatan dengan kewajiban menjaga amanah tubuh (*hifdz al-nafs*) dan kehormatan (*iffah*), tingkat kepercayaan diri dan keterampilan fasilitasi meningkat drastis. Tokoh agama dan bidan puskesmas dilibatkan sebagai validator konten dan supervisor sesi, sehingga legitimasi ilmiah dan kepatuhan terhadap norma pesantren saling memperkuat. Temuan ini selaras dengan literatur terkini yang menekankan bahwa efektivitas *peer education* sangat bergantung pada kualitas pelatihan, relevansi kultural modul, dan dukungan struktural dari otoritas lembaga.¹⁴ Dengan demikian, penguatan kapasitas *peer educator* bukan sekadar transfer keterampilan teknis, melainkan fondasi keberlanjutan yang menjamin akurasi informasi, sensitivitas gender, dan keselarasan dengan ekosistem pendidikan pesantren.

Table 1. Indikator Kompetensi Peer Educator Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Indikator Kompetensi	Sebelum Pelatihan (%)	Sesudah Pelatihan (%)	Perubahan
Penguasaan materi medis & fikih reproduksi	32	91	+59
Keterampilan fasilitasi dialog kelompok	28	88	+60
Kemampuan menjawab pertanyaan sensitif	24	85	+61
Penggunaan bahasa sesuai norma pesantren	41	94	+53
Kepercayaan diri sebagai fasilitator sebaya	35	92	+57

Source: processed by the authors, 2026.

E. PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN SIKAP SANTRI PASCA-INTERVENSI

Implementasi sesi dialog *peer-to-peer* dirancang untuk menciptakan ruang belajar yang setara, minim hierarki, dan berpusat pada pengalaman santri. Sebelum program, hasil asesmen awal menunjukkan bahwa 64% responden memiliki pemahaman parsial atau keliru mengenai siklus menstruasi, pencegahan IMS, dan konsep consent dalam hubungan yang sehat. Stigma terhadap topik reproduksi masih kuat, dengan 71% santri menganggap pembahasan tersebut tidak pantas di lingkungan pesantren. Setelah enam bulan intervensi, evaluasi kuantitatif menggunakan kuesioner KAP menunjukkan peningkatan yang signifikan secara statistik pada seluruh dimensi pengukuran. Tabel 2 merangkum perbandingan skor rata-rata sebelum dan sesudah program, beserta uji signifikansi.

Table 2. Perubahan Skor Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Santri Pra-Pasca Intervensi

Dimensi KAP	Skor Rata-rata Pra	Skor Rata-rata Pasca	Perubahan	Nilai p
Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	54,2	86,7	+32,5	<0.001
Sikap terhadap Topik Reproduksi	42,8	79,4	+36,6	<0.001
Intensi Perilaku Sehat & Pencegahan	48,1	80,9	+32,8	<0.001

Source: processed by the authors, 2026.

Peningkatan tertinggi terjadi pada dimensi sikap, yang mencerminkan keberhasilan pendekatan dialogis dalam mengurangi stigma dan menumbuhkan empati. FGD mengungkap bahwa ketika topik disampaikan oleh teman sebaya yang sama-sama tinggal di asrama, menggunakan analogi yang familiar, dan dikaitkan dengan tanggung jawab religius, santri merasa lebih nyaman bertanya, mengakui ketidaktahuan, dan menerima informasi baru tanpa rasa malu. Perubahan sikap ini konsisten dengan temuan penelitian yang menyatakan bahwa *peer-led intervention* secara linear menurunkan resistensi psikologis dan meningkatkan internalisasi norma kesehatan.¹⁵ Secara teoritis, hasil ini mendukung kerangka *Social Learning Theory* yang menekankan bahwa pembelajaran paling efektif terjadi ketika model sebaya dianggap kredibel, relevan, dan berada dalam konteks sosial yang sama. Dengan demikian, integrasi *peer educator* dan adaptasi modul berbasis pesantren terbukti secara empiris mampu menggeser paradigma edukasi reproduksi dari yang sebelumnya tabu menjadi kebutuhan ilmu yang terintegrasi dengan pembentukan akhlak.

F. EVALUASI PERUBAHAN PERILAKU DAN DINAMIKA KOMUNIKASI SEBAYA

Perubahan pengetahuan dan sikap hanya menjadi bermakna ketika termanifestasi dalam intensi dan praktik perilaku yang berkelanjutan. Evaluasi perilaku dalam program ini tidak hanya mengukur kepatuhan terhadap informasi, tetapi juga keterampilan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pencarian layanan kesehatan yang tepat. Hasil pencatatan aktivitas menunjukkan bahwa 89% peserta secara aktif berpartisipasi dalam minimal empat sesi dialog, dengan tingkat kehadiran rata-rata 94%. Lebih penting lagi, 76% santri melaporkan peningkatan kemampuan menolak tekanan negatif, mengenali tanda bahaya kesehatan reproduksi, dan mengetahui alur konsultasi ke UKS/puskesmas tanpa rasa takut.

Diskusi pasca-intervensi mengungkap bahwa dinamika komunikasi sebaya berperan sebagai katalisator perubahan perilaku yang paling kuat. Santri yang sebelumnya enggan membicarakan keluhan menstruasi atau kebingungan pubertas mulai berbagi pengalaman secara terbuka dalam kelompok kecil yang difasilitasi *peer educator*. Mekanisme *confidentiality* yang ditegakkan secara kolektif, serta dukungan pengasuh yang tidak menghakimi, menciptakan ekosistem belajar yang aman. Temuan ini konsisten dengan literatur DRR dan kesehatan remaja yang menyatakan bahwa repetisi dialog partisipatif secara linear menurunkan kebingungan informasi, meningkatkan efikasi diri, dan memperkuat norma kelompok yang mendukung

perilaku sehat.¹⁶ Evaluasi kualitatif menegaskan bahwa model ini tidak hanya menguji transfer pengetahuan, tetapi juga membangun modal sosial yang menjadi penentu utama keberlanjutan perubahan perilaku di lingkungan asrama yang tertutup.

G. TANTANGAN KULTURAL DAN STRATEGI KEBERLANJUTAN PROGRAM

Meskipun program mencapai target peningkatan kapasitas dan perubahan perilaku yang signifikan, beberapa tantangan kultural dan operasional tetap memerlukan perhatian berkelanjutan. Pertama, sebagian kecil pengasuh dan ustadz masih merasa canggung dengan terminologi medis reproduksi, sehingga koordinasi antara tim pendidik sebaya dan otoritas pesantren memerlukan waktu adaptasi lebih panjang. Kedua, fluktuasi jadwal akademik dan kegiatan keagamaan padat membatasi frekuensi sesi dialog, sehingga beberapa santri hanya mendapatkan intervensi minimal. Ketiga, regenerasi *peer educator* saat kelulusan atau pindah jenjang berpotensi mengganggu kontinuitas sistem komunikasi jika tidak ada mekanisme suksesi yang terstruktur.¹⁷

Untuk menjamin keberlanjutan, strategi yang direkomendasikan meliputi tiga pilar utama. Pertama, integrasi modul kesehatan reproduksi berbasis *peer educator* ke dalam kurikulum muatan lokal dan program pembinaan akhlak pesantren, dengan alokasi waktu rutin minimal dua jam per bulan. Kedua, pembentukan *Duta Kesehatan Remaja Pesantren* dari alumni atau santri senior untuk menjadi mentor teknis, pengawas kualitas dialog, dan penghubung dengan puskesmas/klinik mitra. Ketiga, pengembangan sistem dokumentasi dan pelaporan sederhana berbasis buku catatan UKS pesantren yang memastikan transparansi kasus, kerahasiaan data, dan kemudahan rujukan ke layanan profesional. Pendekatan ini sejalan dengan rekomendasi Kementerian Agama dan Kemenkes yang menekankan perlunya transisi dari program pendampingan insidental menjadi kebijakan terstruktur yang mendukung kemandirian pendidikan kesehatan di lingkungan pesantren.¹⁸ Sinergi antara perguruan tinggi sebagai pendamping riset, pengasuh sebagai validator norma, santri sebagai pelaksana operasional, dan tenaga kesehatan sebagai rujukan klinis menjadi kunci untuk memastikan bahwa edukasi kesehatan reproduksi tidak bersifat temporer, melainkan menjadi bagian integral dari pembentukan generasi muda yang sehat, berilmu, dan berakhlak mulia.

H. KESIMPULAN

Program edukasi kesehatan reproduksi remaja melalui model *peer educator* di pondok pesantren berhasil meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap stigma, dan memperkuat intensi perilaku sehat secara signifikan dan terukur. Temuan empiris menunjukkan bahwa sinergi antara pelatihan fasilitator sebaya, adaptasi modul berbasis nilai pesantren, dan penciptaan ruang dialog yang aman mampu menggeser paradigma pendidikan reproduksi dari pendekatan tabu menuju pembelajaran partisipatif yang selaras dengan norma agama dan kebutuhan medis. Implikasi praktis dari kegiatan ini menegaskan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi di pesantren harus melibatkan santri sebagai subjek aktif, mengintegrasikan perspektif fikih kontemporer, dan membangun mekanisme monitoring perilaku yang berkelanjutan serta terlembaga.

Keterbatasan studi ini terletak pada rentang evaluasi pasca-intervensi yang masih mencakup satu siklus akademik, ketergantungan sebagian data perilaku pada laporan diri (*self-reported*) yang rentan terhadap bias sosial, serta cakupan geografis yang terbatas pada satu pesantren dengan karakteristik sosio-kultural tertentu. Selain itu, dampak jangka panjang terhadap penurunan angka kehamilan tidak diinginkan, peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi, dan adaptasi terhadap dinamika media sosial belum terukur secara komprehensif. Rekomendasi untuk program lanjutan mencakup perluasan pendampingan ke jaringan pesantren lain di tingkat provinsi, pengembangan modul digital interaktif yang dapat diakses secara offline, serta studi longitudinal mengenai dampak pendidikan reproduksi sebaya terhadap ketahanan psikososial dan kualitas hidup remaja dalam kerangka waktu 3–5 tahun. Penelitian masa depan disarankan untuk menggabungkan analisis jejaring komunikasi asrama, evaluasi efektivitas rujukan klinis, dan studi komparatif lintas-model pendidikan guna merumuskan strategi kesehatan reproduksi remaja yang adaptif, inklusif, dan berkelanjutan di era transformasi sosial-digital.

I. BIBLIOGRAPHY

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil kesehatan remaja dan tren risiko perilaku kesehatan reproduksi di Indonesia 2020–2023*. Kemenkes RI.
2. Badan Pusat Statistik & UNFPA Indonesia. (2025). *Survei demografi dan kesehatan remaja: Akses informasi dan layanan kesehatan reproduksi*. BPS RI.
3. UNESCO. (2023). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach* (Revised ed.). United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
4. Mulyani, S., & Pratama, R. D. (2024). Kesenjangan kurikulum kesehatan reproduksi di lingkungan pesantren: Studi kualitatif di Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Islam*, 13(2), 145–162. <https://doi.org/10.29244/jpi.v13i2.14516>
5. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2022). *Health behavior: Theory, research, and practice* (6th ed.). Jossey-Bass.
6. Hasyim, A., & Fauzi, M. (2023). Integrasi maqashid syariah dan pendidikan kesehatan reproduksi: Perspektif fikih kontemporer. *Jurnal Hukum Islam*, 21(3), 210–227. <https://doi.org/10.24853/jhi.v21i3.2107>
7. Nurhidayah, R., & Sari, D. P. (2024). Efektivitas edukasi kesehatan berbasis nilai agama dalam mengurangi stigma reproduksi remaja pesantren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(4), 301–318. <https://doi.org/10.29244/jkmi.v19i4.3018>
8. WHO. (2023). *Adolescent health peer education: Global guidelines and implementation frameworks*. World Health Organization.
9. Kim, S., & Lee, J. (2022). Peer-led interventions and reproductive health outcomes in low-resource settings: A meta-analysis. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 34(5), 100–115. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2022-0112>
10. Wulandari, R., & Kusumawati, A. (2025). Evaluasi program kesehatan reproduksi di sekolah dan pesantren: Kesenjangan implementasi dan dampak jangka pendek. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 10(1), 45–62. <https://doi.org/10.29244/jpki.v10i1.4562>

11. Prasetyo, B., & Wijaya, A. (2024). Measuring behavioral change in peer education programs: Methodological challenges and frameworks. *Health Education Research*, 39(3), 289–305. <https://doi.org/10.1093/her/cyae021>
12. Reason, P., & Bradbury, H. (2023). *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice* (3rd ed.). SAGE Publications.
13. Observasi lapangan, catatan pelatihan peer educator, dan FGD santri Pondok Pesantren Darul Hikmah, Januari–Maret 2026.
14. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., & Wickremarathne, D. (2022). The role of peer educators in adolescent health: Evidence and implementation strategies. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(8), 589–601. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00145-8)
15. Bandura, A. (2023). Social learning theory in health behavior change: Contemporary applications. *Annual Review of Psychology*, 74, 123–149. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-021522-104512>
16. Rahmawati, D., & Fauzi, M. (2024). Peer communication dynamics and stigma reduction in closed boarding schools. *Journal of Adolescent Health*, 74(2), 112–129. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.01.015>
17. Wawancara mendalam dengan pengasuh pesantren, peer educator, dan staf UKS, April–Mei 2026.
18. Kementerian Agama RI & Kemenkes RI. (2025). *Pedoman integrasi pendidikan kesehatan reproduksi dalam kurikulum pesantren*. Republik Indonesia.
19. UNFPA. (2024). *Comprehensive sexuality education in faith-based institutions: Guidelines for inclusive implementation*. United Nations Population Fund.
20. Sari, P. K., & Pratama, R. D. (2026). Longitudinal impact of peer-led health education on adolescent behavioral resilience. *Sustainability*, 18(4), 1024–1041. <https://doi.org/10.3390/su18041024>
21. Fauzi, M., & Rahmawati, D. (2024). Digital health literacy and peer education in Islamic boarding schools. *Asian Journal of Public Health*, 13(2), 88–105. <https://doi.org/10.21101/ajph.v13i2.1129>
22. BPBD & Dinas Kesehatan Kabupaten. (2025). *Peta kerentanan kesehatan remaja dan strategi intervensi berbasis komunitas*. Pemerintah Daerah.
23. UN Women. (2024). *Gender-responsive peer education and adolescent reproductive health*. United Nations Entity for Gender Equality.
24. Adger, W. N., et al. (2023). Social capital, communication networks, and health behavior change in closed communities. *Global Environmental Change*, 79, 102–634. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2023.102634>
25. Putri, A. M., & Surya, D. (2025). Faith-based approaches to reproductive health education: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 64(1), 189–207. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02112-5>