



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DAN SOSIOKULTUR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA
REMAJA INDONESIA**

**ANALISIS DATA SEKUNDER SURVEY KESEHATAN REPRODUKSI
REMAJA 2007**

THESIS

NURLELY BETHESDA SINAGA

NPM 0806443351

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM PASCASARJANA

DEPOK, JUNI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISTRIBUSI INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA REMAJA DAN
FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN IMS**

**STUDI DESKRIPTIF ATAS DATA SEKUNDER SURVEY
KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA 2007**

THESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Master Kesehatan
Masyarakat di Universitas Indonesia**

NURLELY BETHESDA SINAGA

0806443351

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

PROGRAM PASCASARJANA DEPARTEMEN KESEHATAN REPRODUKSI

DEPOK, JUNI 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Thesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nurlely Bethesda Sinaga

NPM : 0806334451

Tanda tangan:

Tanggal : 23 Juni 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Thesis ini diajukan oleh

Nama : Nurlely Bethesda Sinaga

NPM : 0806334451

Program studi : Magister Kesehatan Reproduksi

Judul thesis : Faktor sosiodemografi dan sosiokultur yang berhubungan dengan Infeksi Menular Seksual pada remaja Indonesia-Analisa data sekunder Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Master Kesehatan Masyarakat pada Program Studi S2 Reguler Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

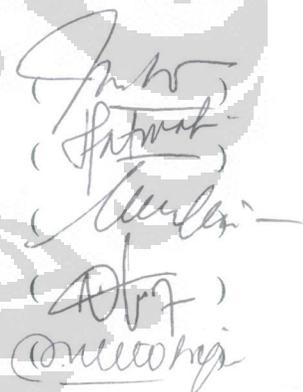
Pembimbing : dr. Tri Yunis Miko Wahyono, Msc

Penguji : Fatmah, SKM, MSc, DR

Penguji : Dr.dr. Toha Muhaimin, Msc

Penguji : Ning Sulistyowati, SKM, MKes

Penguji : dr. F. Jeanne Uktolseja, MKes



Handwritten signatures of the examiners: (Tri Yunis Miko Wahyono), (Fatmah), (Dr. dr. Toha Muhaimin), (Ning Sulistyowati), and (dr. F. Jeanne Uktolseja).

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 23 Juni 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan Masyarakat pada Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tugas ini. Karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Tri Yunis Miko Wahyono, MSc selaku pembimbing yang dengan sabar menyediakan waktu, pikiran dan tenaga untuk mengarahkan saya
2. DR. Fatmah, SKM, MSc, selaku penguji yang telah memberikan waktu untuk menguji dan memberikan masukan atas tesis saya
3. DR. dr. Toha Muhaimin, MSc, selaku penguji yang telah memberikan waktu untuk menguji dan memberikan masukan atas tesis saya
4. dr. F. Jeanne Uktolseja, MKes, selaku penguji dari P2PL yang telah memberikan waktu untuk menguji dan memberikan masukan atas tesis saya
5. Ning Sulistyowati, MKes, selaku penguji dari Badan Litbang Kemenkes yang telah memberikan waktu untuk menguji dan memberikan masukan atas tesis saya
6. Tien Afifah, MKes dan Oster Suriani, MKes serta teman-teman Badan Litbang Kemenkes yang memberikan support, membantu untuk penyediaan, pengolahan data berikut dengan tempat berdiskusi
7. Departemen Kesehatan Reproduksi FKM-UI yang memberi bantuan support penyelesaian tugas akhir
8. DR. Tania Supali, Helena Ullyartha, Sovie Nur Linda, yang memberikan support dan diskusi

9. Teman-teman Divisi *Transformational Development* dan *Ministry Quality Services*

World Vision International Indonesia atas dukungan support, doa dan waktu yang diberikan kepada saya untuk menyelesaikan masa studi saya

10. Ayahanda J. Sinaga dan Ibunda A. Rumahorbo yang selalu mendoakan dan mendorong untuk mencapai pendidikan setinggi-tingginya

11. Adik-adikku Tius, Abed dan Daniel, berikut dengan Mbak Manti, Bang Texin untuk dukungan moral penyelesaian masa studi

12. Om Kumis dan Kak Yanti untuk mentoring pengolahan data

13. Sahabatku alm. Frans Lodewijk dan alm. Vincentius Rusli, selalu menjadi inspirasi dalam hal semangat pantang menyerah.

Dan seluruh pihak-pihak lain yang tak dapat saya sebutkan satu persatu atas bantuannya dalam penyelesaian materi tesis ini.

Saya menyadari ada banyak kekurangan dalam pelaksanaan tugas akhir ini, dan karenanya saya memohon maaf atas kesalahan dan kekurangan tersebut.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 23 Juni 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NURLELY BETHESDA SINAGA

NPM : 0806443351

Program Studi : PASCA SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT- REGULER

Departemen : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT-KESEHATAN REPRODUKSI

Fakultas : KESEHATAN MASYARAKAT

Jenis karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

DISTRIBUSI INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA REMAJA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN IMS

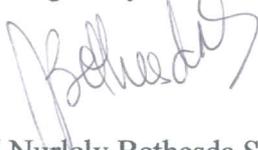
STUDI DESKRIPTIF ATAS DATA SEKUNDER SURVEY KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA 2007

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 23 Juni 2011

Yang menyatakan



(Nurlely Bethesda Sinaga)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : NURLELY BETHESDA SINAGA

NPM : 0806443351

Program : Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat-Reguler

Tahun akademi: 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul

Faktor sosiodemografi dan sosiokultur yang berhubungan dengan infeksi menular seksual pada remaja Indonesia

Analisis data sekunder SKRRI 2007

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 Juni 2011



Nurlely Bethesda Sinaga

ABSTRAK

Nama : Nurlely Bethesda Sinaga
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor Sosiodemografi dan Sosiokultur yang Berhubungan dengan Infeksi Menular Seksual pada Remaja Indonesia
Analisis Data Sekunder Survei Kesehatan Reproduksi Remaja 2007

Diperkirakan dua puluh persen dari total penduduk Indonesia pada tahun 2010 adalah remaja. Kelompok masyarakat ini berada pada usia dimana kesadaran dan aktifitas seksual meningkat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa mereka adalah kelompok rentan terhadap infeksi menular seksual akibat keterbatasan akses informasi dan layanan program kesehatan reproduksi remaja.

Tujuan penelitian untuk mempelajari faktor sosiodemografi dan sosiokultur yang berhubungan dengan Infeksi Menular Seksual (IMS) pada remaja Indonesia. Penelitian dilakukan dengan melakukan analisis data sekunder dari SKRRI 2007 yang dilakukan di 33 provinsi di Indonesia.

Didapatkan prevalensi IMS pada remaja yang mengikuti SKRRI 2007 adalah 10 %. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian IMS adalah jenis kelamin. Remaja perempuan berisiko 8,31 kali dibandingkan remaja laki-laki untuk tertular IMS. Hal ini karena luas penampang organ reproduksi perempuan lebih luas dibandingkan laki-laki dan bersifat reseptif.

Kata kunci :

Remaja, infeksi menular seksual, sosiodemografi, sosiokultur, SKRRI 2007

ABSTRACT

Name : Nurlely Bethesda Sinaga
Program : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Title : Sociodemography and Socioculture Factors which Related with Sexually Transmitted Infection amongst Indonesia Adolescents
A Secondary Analyzes through Young Adult Reproductive Health Survey
2007

According to the data at 2007, it is estimated about twenty percents of total Indonesia population are adolescents. These adolescents within in range of their age with consciousness and risen sexual activity. Some studies have showed that adolescents are such vulnerable population to sexually transmitted infection.

This study is aimed to analyze sociodemography and socioculture factors which related with sexual transmitted infection (STI) amongst Indonesia adolescents. It is conducted as secondary data analyzing by using Young Adult Reproductive Health Survey 2007.

The prevalence of STI amongst Indonesia adolescents whom became SKRRI 2007 respondents is 10%. Sex has strong association with STI. Girls are more vulnerable to STI than boys. It caused by its reproductive organ is wider and receptive type.

Keywords : adolescents, sexually transmitted infection, sociodemography, socioculture, YARHS2007

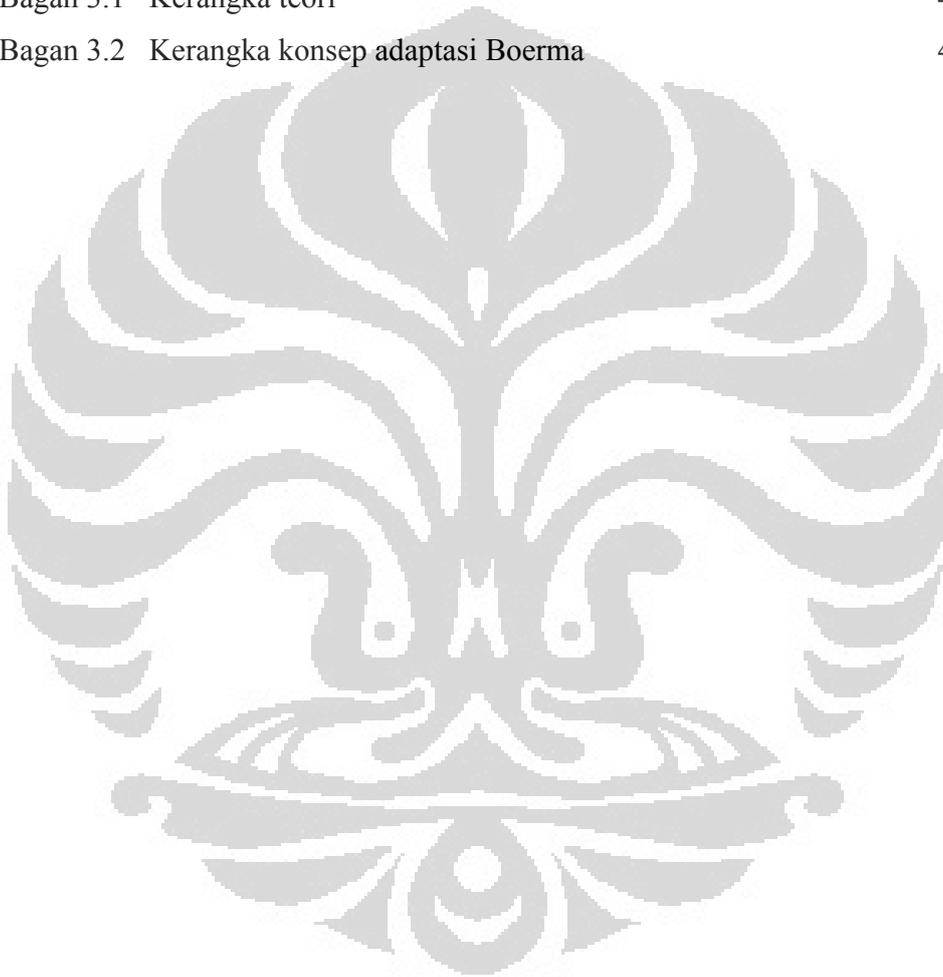
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
SURAT PERNYATAAN	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
SINGKATAN	xiii
ISTILAH	xiv
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Masalah	3
1.3. Pertanyaan penelitian	4
1.4. Tujuan penelitian	4
1.5. Manfaat penelitian	4
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Definisi infeksi menular seksual	6
2.2. Definisi kesehatan reproduksi remaja	6
2.3. Masalah perilaku remaja	6
2.4. Infeksi menular seksual pada remaja	9
2.5. Definisi remaja	11
2.6. Determinan infeksi menular seksual pada remaja	12
2.6.1 Faktor sosiodemografi	13
2.6.2 Faktor sosiokultur	16
2.6.3 Gejala IMS berdasarkan laporan responden	21
2.7. Strategi nasional yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi	30
2.7.1 Kesehatan reproduksi remaja	30
2.7.2 Pencegahan infeksi menular seksual dan HIV/AIDS	33
2.7.3 Permasalahan yang dialami pemerintah dalam pelaksanaan Program kesehatan reproduksi	34
2.8. Survey kesehatan reproduksi Indonesia 2007	35
2.9. Kerangka konsep determinan infeksi menular seksual pada remaja	
2.9.1 Kerangka konsep menurut HL Blum	37

2.9.2	Kerangka konsep menurut Mosley dan Chen	38
2.9.3	Kerangka konsep menurut Boerma	41
2.9.4		
3	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	Kerangka teori	44
3.2	Kerangka konsep	45
3.3	Definisi operasional	47
4	METODOLOGI	
4.1	Desain penelitian	48
4.2	Populasi penelitian	48
4.3	Sumber data	48
4.3.1	Data SKRRI 2007	48
4.3.2	Variabel yang tersedia dalam SKRRI 2007	49
4.4	Pengolahan data	49
4.4.1	Manajemen data	48
4.4.2	Analisa data	50
4.5	Limitasi penelitian	52
5	HASIL	
5.1	Profil Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007	53
5.2	Prevalensi IMS pada remaja berdasarkan laporan responden	53
5.3	Analisis univariat	55
5.4	Analisis bivariat	56
5.4	Analisis multivariate	57
6	PEMBAHASAN	
6.1	Keterbatasan penelitian	60
6.1.1	Rancangan penelitian	60
6.1.2	Kualitas data	60
6.2	Hasil penelitian	61
7	SIMPULAN DAN SARAN	68
	DAFTAR PUSTAKA	71
	LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.3	Kerangka konsep menurut Boerma	41
Bagan 3.1	Kerangka teori	45
Bagan 3.2	Kerangka konsep adaptasi Boerma	46



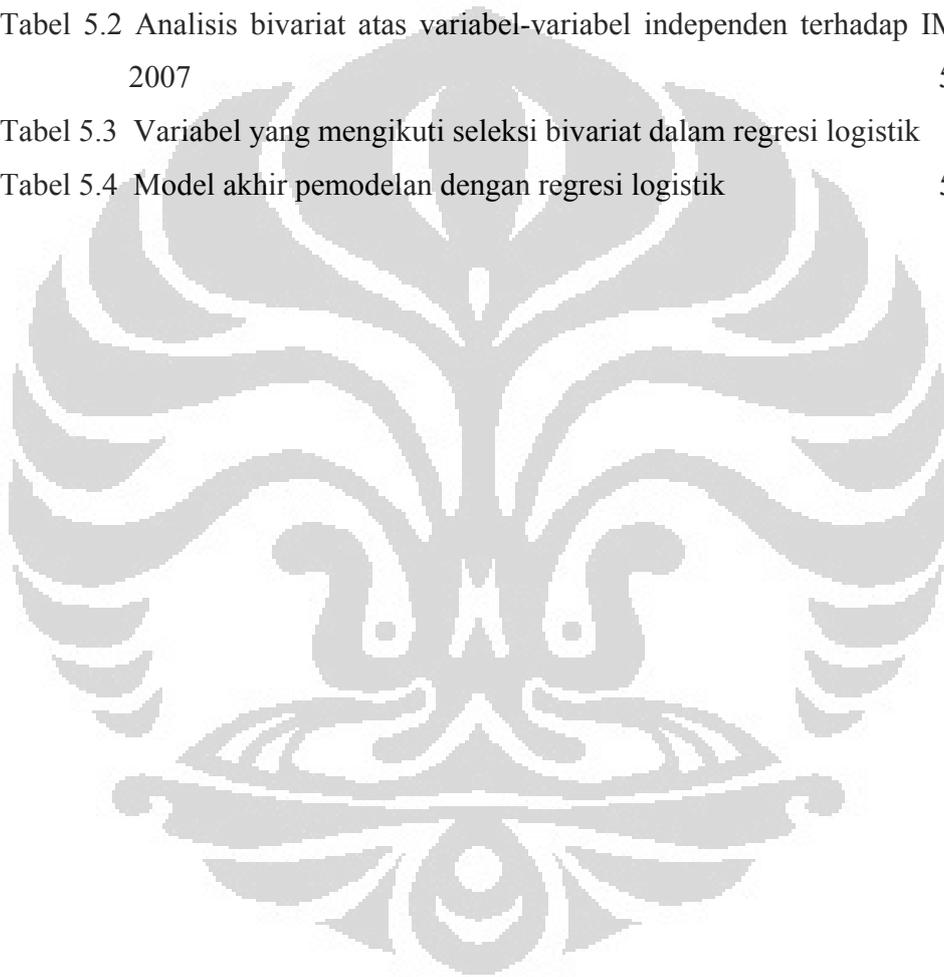
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Pemodelan infeksi HIV pada perempuan dan laki-laki di Thailand	21
Gambar 2.2 Kerangka konsep HL Blum	38
Gambar 2.3. Kerangka konsep determinan kematian anak, Mosley dan Chen	40
Gambar 5.1 Prevalensi remaja melaporkan riwayat gejala IMS-SKRRI 2007	54



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik remaja analisis univariat, SKRRI 2007	55
Tabel 5.2 Analisis bivariat atas variabel-variabel independen terhadap IMS-SKRI 2007	56
Tabel 5.3 Variabel yang mengikuti seleksi bivariat dalam regresi logistik	58
Tabel 5.4 Model akhir pemodelan dengan regresi logistik	59



DAFTAR SINGKATAN



AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
BPS	: Badan Pusat Statistik
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
CDC	: Center for Disease Control and prevention
ICPD	: International Conference on Population and Development
IMS	: Infeksi Menular Seksual
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kemenag	: Kementerian Agama
Kemensos	: Kementerian Sosial
Kemendiknas	: Kementerian Pendidikan Nasional
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KRR	: Kesehatan reproduksi remaja
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
SKRRI	: Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
UKS	: Usaha kesehatan sekolah
WHO	: World Health Organization
YHFS	: Youth Friendly Health Services

DAFTAR ISTILAH

Duh tubuh : cairan yang keluar dari organ kelamin, dapat berwarna putih hingga kehijauan dan berbau

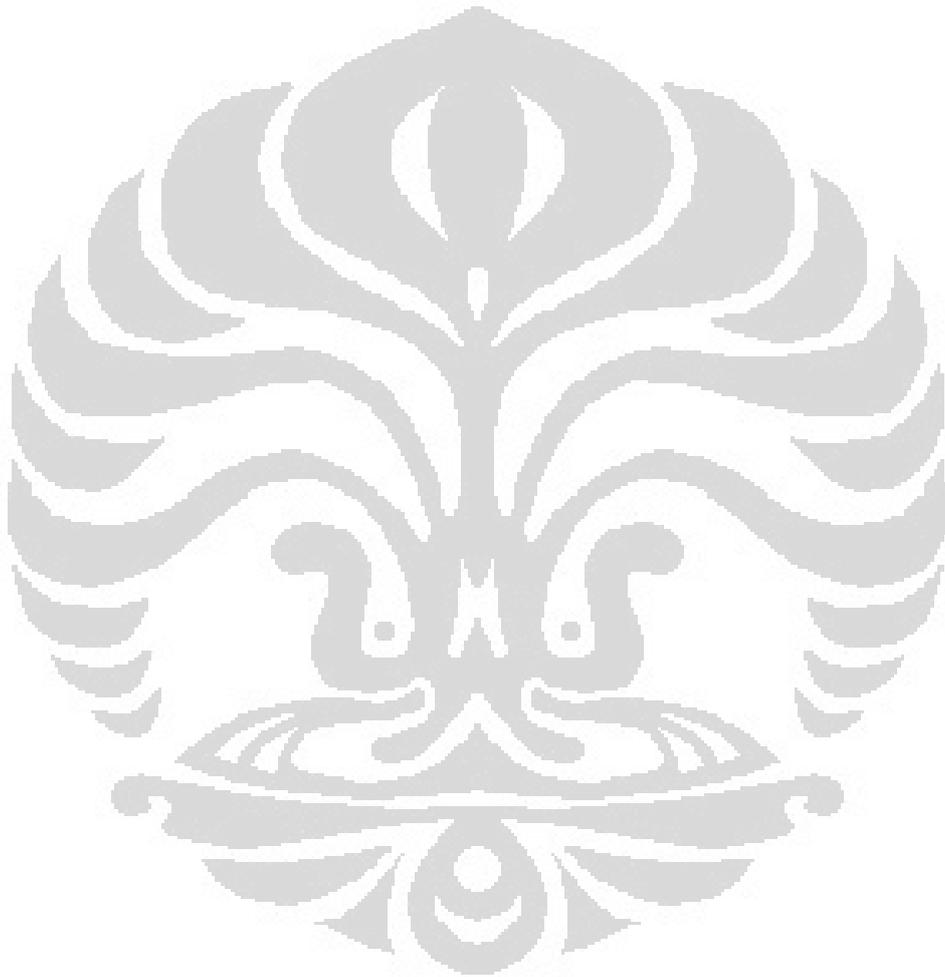
Ulkus : luka pada jaringan kulit akibat infeksi, dapat timbul pada beberapa penyakit, diantaranya pada infeksi menular seksual

Perek/bondon cilik/anyanyah : remaja perempuan yang memberikan layanan seks kepada pria tetapi tidak selalu berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan ekonomi



DAFTAR LAMPIRAN

1. Output pengolahan data regresi logistik
2. Formulir SKRRI 2007



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Indonesia sebagai sebuah negara berkembang, memiliki remaja dalam jumlah yang cukup besar. Data Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan peningkatan jumlah remaja dari 35 juta pada tahun 1980 menjadi lebih dari 42,4 juta pada tahun 2007 (BPS, 1992; BPS, 2007). Pada tahun 2007, 21,4 juta penduduk Indonesia berada pada rentang usia 15-19 tahun dan sebanyak 21,1 juta berada pada kelompok usia 20-24 tahun. Berdasarkan Sensus Penduduk 2010, jumlah penduduk Indonesia adalah 237,641,326 jiwa. Diperkirakan sekitar 20% dari jumlah tersebut adalah kelompok remaja rentang usia 15-24 tahun. Besarnya jumlah penduduk pada rentang usia ini akan sangat mempengaruhi pertumbuhan dan kualitas penduduk di masa depan.

Salah satu aspek kesehatan yang mempengaruhi pertumbuhan dan kualitas penduduk adalah kesehatan reproduksi. ICPD +5 (*Center for Reproductive Rights*, 1999) yang dideklarasikan di Cairo tahun 1994 menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan salah satu bentuk hak azasi manusia. Dalam protokol tersebut disebutkan bahwa negara harus menjamin kesetaraan perempuan dan laki-laki, di segala kelompok usia, untuk mendapatkan informasi kesehatan reproduksi, akses pelayanan kesehatan reproduksi yang memadai, terjangkau dan sesuai dengan standar yang berlaku. Protokol ini juga menegaskan bahwa setiap orang berhak terbebas dari infeksi menular seksual.

Infeksi menular seksual umumnya terjadi pada kelompok produktif. Kerentanan terbesar berada pada kelompok remaja sebagai kelompok pemula seksual aktif. Keterbatasan pendidikan kesehatan reproduksi, kurangnya pusat layanan kesehatan reproduksi bagi remaja, minimnya tenaga profesional yang memiliki kompetensi dalam memberikan materi kesehatan reproduksi, menyebabkan remaja mencari informasi dari sumber yang tidak tepat dan

sekaligus melakukan hal-hal berisiko untuk memuaskan rasa ingin tahunya. Kedua hal ini dapat menjerumuskan remaja terhadap paparan IMS.

Dalam *Indonesian Survey Looks at Adolescent Reproductive Health* (East-West Center, 1999), yang dilakukan di daerah Jawa, Lampung dan Sumatra bagian Utara menyatakan bahwa beberapa hal seperti keterbatasan informasi kesehatan reproduksi, meningkatnya angka penyebaran IMS pada remaja dan rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi terdapat pada 50% remaja.

Infeksi menular seksual menyebabkan beban ekonomi yang cukup besar bagi sebuah negara seperti yang dijelaskan oleh *CDC dan World Bank* (2007). Terries-Prestholt (2006) dalam *Sexually Transmitted Infection in Developing Countries* menyatakan bahwa pengobatan IMS pada negara berkembang berkisar antara USD 0,05 – USD 35,23 untuk seseorang dengan IMS tunggal. Biaya pengobatan ini tiga kali lebih besar daripada pendapatan rata-rata masyarakat di negara miskin dan negara berkembang. Hal ini disebabkan karena penegakkan diagnosa IMS dan tata laksana membutuhkan biaya tidak murah.

Besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk IMS disebabkan oleh beberapa faktor. Diantaranya adalah sulitnya mengubah perilaku seseorang dan IMS tidak termasuk salah satu penyakit yang digagas untuk dieradikasi secara global (Louis dan Holmes, 2000). Sehingga tindakan pencegahan menjadi sesuatu yang sangat penting untuk mencegah kehilangan sejumlah biaya ekonomi. *CDC dan World Bank* menyatakan bahwa pencegahan IMS lebih sederhana, murah dan intervensi yang dilakukan tidak menghabiskan biaya besar. Tindakan pencegahan IMS sangat berguna untuk mengurangi beban perekonomian negara.

Sementara di Indonesia, sejak penelitian dan laporan kasus menunjukkan bahwa remaja adalah kelompok yang dominan terinfeksi IMS dan IMS merupakan faktor predisposisi penularan HIV, maka pemerintah memberi perhatian khusus baik terhadap kesehatan reproduksi maupun IMS. Dalam kaitan kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan IMS, pemerintah

mencantumkan kedua hal tersebut dalam Rencana Program Jangka Menengah 2004-2009. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja dalam kesehatan reproduksi disertai mencegah infeksi menular seksual, HIV/AIDS. Kesehatan reproduksi remaja ini termaktub dalam Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial.

Agar program tersebut dapat berjalan dengan baik, maka pemerintah memberi tugas kepada lima lembaga. Lembaga-lembaga tersebut adalah Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Agama dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional .

Meskipun pemerintah Indonesia telah membuat berbagai kebijakan dan menyertakan beberapa instansi, namun pada kenyataannya kasus IMS pada remaja masih tinggi. Hal ini disebabkan karena adanya hambatan dalam pelaksanaan program di berbagai level, mulai dari tingkat pengambilan keputusan hingga tahap pencapaian indikator (Depkes, 2005).

Sementara itu sejumlah studi berskala kecil yang telah dilakukan di Indonesia untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku remaja mengenai kebersihan dasar, kesehatan, sistem reproduksi manusia dan kontak dengan informasi yang berhubungan dengan masalah kesehatan reproduksi.

Kesenjangan antara program yang dilaksanakan oleh pemerintah dan sejumlah penelitian berskala kecil, menjadi celah yang ingin dianalisis oleh peneliti dengan menggunakan data SKRRI 2007 yang berskala nasional. Telaah lebih lanjut ini ditujukan untuk memberikan gambaran lebih jelas mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian IMS pada remaja Indonesia.

1.2.MASALAH

Dari seluruh penjelasan di atas secara khusus di Indonesia dirasakan masih kurang analisis atas data-data berskala nasional mengenai IMS pada remaja. Data SKRRI 2007 belum dapat menunjukkan hubungan antara beberapa faktor dengan paparan IMS pada remaja. Identifikasi akan faktor-faktor yang

berhubungan dengan IMS pada remaja perlu dilakukan untuk evaluasi atas program kesehatan reproduksi yang telah dilakukan.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

- a. Berapa besar prevalensi IMS pada remaja yang mengikuti SKRRI 2007?
- b. Faktor sosiodemografi dan sosiokultur mana saja yang berkaitan dengan risiko IMS pada remaja Indonesia?
- c. Faktor apa yang paling dominan berhubungan dengan IMS pada remaja Indonesia?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

- a. Untuk mendapatkan prevalensi IMS pada remaja 15-24 tahun yang tercakup dalam SKRRI 2007
- b. Untuk mengetahui faktor sosiodemografi dan sosiokultur yang berhubungan dengan IMS pada remaja
- c. Untuk mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan IMS pada remaja

1.5. MANFAAT PENELITIAN

a. Manfaat untuk pengambil kebijakan/pemerintah

Sebagaimana yang telah disebutkan sebelumnya, bahwa pemerintah telah membuat strategi nasional yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja. Strategi ini melibatkan beberapa instansi yaitu Kemendiknas, Kemenkes, Kemenag, Kemensos dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional . namun hingga saat ini dalam pelaksanaannya mengalami hambatan di bidang koordinasi. Diharapkan dengan data yang tersedia dalam penelitian ini dapat dilakukan perubahan program kesehatan reproduksi remaja dengan pendekatan yang lebih memberdayakan remaja, sesuai dengan kebutuhan remaja dan dalam pelaksanaannya berjalan secara sinergi antar instansi. Selain itu pusat-pusat layanan kesehatan reproduksi remaja

diharapkan menjadi semakin mudah diakses oleh remaja di seluruh wilayah Indonesia.

b. Manfaat untuk Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini diharapkan menjadi dasar untuk penelitian-penelitian berikutnya yang berkaitan dengan topik kesehatan reproduksi remaja dan IMS dalam skala nasional. Sangat diharapkan penelitian-penelitian berikutnya dapat membahas faktor-faktor lain seperti program, sosioekonomi dan determinan biologi yang berkaitan dengan IMS pada remaja Indonesia.

c. Manfaat untuk remaja

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan dampak positif kepada remaja untuk semakin memacu remaja dalam meningkatkan pengetahuan tentang IMS dan kesehatan reproduksi. Peran aktif remaja dalam pelaksanaan program KRR adalah sangat penting. Selain remaja adalah subjek, mereka juga yang mengetahui dengan baik kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan IMS dan KRR.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 DEFINISI INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Infeksi menular seksual adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit dan ditularkan melalui hubungan seksual berisiko dan berkaitan dengan jumlah pasangan seksual. Cara berhubungan seksual ini mencakup genito-genital, oro-genital atau ano-genital. Akibatnya kelainan yang timbul akibat infeksi ini tidak hanya terbatas pada daerah sekitar genitalia saja tetapi dapat menyebar ke daerah ekstra genital (Buku Ajar Penyakit Kulit dan Kelamin, 2007).

Meskipun demikian tidak berarti bahwa semua harus melalui hubungan kelamin, tetapi ada beberapa yang dapat ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat, handuk, dan sebagainya. Selain itu penularan juga dapat terjadi dari ibu ke anak selama dalam kandungan. Terminologi infeksi menular seksual mulai diperkenalkan ke khalayak untuk menggantikan istilah penyakit menular seksual. Hal ini bertujuan agar deteksi dapat dilakukan lebih awal. Walaupun sampai saat ini, di banyak kalangan masih tetap menggunakan istilah penyakit menular seksual.

2.2 DEFINISI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata berarti bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial kultural (<http://www.kesrepro.info>)

2.3 MASALAH PERILAKU REMAJA

Berdasarkan tinjauan teori perkembangan, usia remaja adalah masa saat terjadinya perubahan-perubahan yang cepat, termasuk perubahan fundamental dalam aspek kognitif, emosi, sosial dan pencapaian. Sebagian remaja mampu mengatasi transisi ini dengan baik, namun beberapa remaja bisa jadi mengalami penurunan pada kondisi psikis, fisiologis, dan social (Fagan, 2008). Fagan menyebutkan bahwa proses pematangan fisik pada remaja terjadi lebih cepat dari proses pematangan psikososial. Hal ini sering menyebabkan berbagai masalah. Di satu sisi remaja sudah merasa matang secara fisik dan ingin bebas dan mandiri. Di sisi lain mereka tetap membutuhkan bantuan, dukungan, serta perlindungan orang tua.

Sementara disisi lain orang tua sering tidak mengetahui atau tidak memahami perubahan yang terjadi pada remaja. Hal ini menyebabkan konflik di antara keduanya. Karena merasa tidak dimengerti remaja seringkali memperlihatkan agresifitas yang dapat mengarah pada perilaku berisiko tinggi. Dalam abad ke-20 lingkungan telah banyak merubah perilaku para remaja dan banyak yang menjurus ke perilaku risiko tinggi (*risk-taking behaviour*) dengan segala konsekuensi akibat dari perilaku tersebut.

Gunarsa (1989) merangkum beberapa karakteristik remaja yang dapat menimbulkan berbagai permasalahan pada diri remaja, yaitu:

1. Kecanggungan dalam pergaulan dan kekakuan dalam gerakan
2. Ketidakstabilan emosi
3. Adanya perasaan kosong akibat perombakan pandangan dan petunjuk hidup
4. Adanya sikap menentang dan menantang orang tua
5. Pertentangan di dalam dirinya sering menjadi pangkal penyebab pertentangan-
pertentang dengan orang tua
6. Kegelisahan karena banyak hal diinginkan tetapi remaja tidak sanggup memenuhi

semuanya

7. Senang bereksperimentasi
8. Senang bereksplorasi
9. Mempunyai banyak fantasi, khayalan, dan bualan
10. Kecenderungan membentuk kelompok dan kecenderungan kegiatan berkelompok

Fagan (2008) mengutip Smith dan Anderson, menggambarkan perilaku berisiko yang sering dilakukan remaja berdasarkan karakteristik umur adalah sebagai berikut

Tabel 2.1 Perilaku berisiko yang dilakukan remaja berdasarkan karakteristik umur

Tipe	Usia (tahun)	Karakteristik	Dampak
Remaja dini	10-13	Masa pubertas, hubungan dengan teman, kognisi konkret	Memperhatikan tahapan fisik dan seksual, rasa tanggung jawab, interaksi dengan alat verbal dan visual
Remaja pertengahan	14-16	Muncul dorongan seksual, perubahan perilaku, kebebasan, kognisi abstrak	Menarik lawan jenis kebebasan bertambah, sikap ambivalen, ego belum stabil
Remaja Akhir	17-21	Kematangan fisik, saling berbagi rasa, edealis, emandipasi mantap	Hubungan individual, lebih terbuka, memahami tanggung jawab-tujuan hidup dan kesehatan.

Berkaitan dengan masalah perilaku remaja maka WHO (1993), menetapkan kesehatan reproduksi remaja mulai menjadi perhatian pada beberapa tahun terakhir ini karena :

- Ancaman HIV/AIDS menyebabkan perilaku seksual dan kesehatan reproduksi remaja muncul ke permukaan. Diperkirakan 20-25% dari semua infeksi HIV di dunia terjadi pada remaja. Demikian pula halnya dengan kejadian IMS yang tertinggi di remaja, khususnya remaja perempuan, pada kelompok usia 15-29
- Walaupun angka kelahiran pada perempuan berusia di bawah 20 tahun menurun, jumlah kelahiran pada remaja meningkat karena pendidikan seksual atau kesehatan reproduksi serta pelayanan yang dibutuhkan.
- Bila pengetahuan mengenai KB dan metode kontrasepsi meningkat pada pasangan usia subur yang sudah menikah, tidak ada bukti yang menyatakan hal serupa terjadi pada populasi remaja.
- Pengetahuan dan praktik pada tahap remaja akan menjadi dasar perilaku yang sehat pada tahapan selanjutnya dalam kehidupan. Sehingga, investasi pada program kesehatan reproduksi remaja akan bermanfaat selama hidupnya.
- Kelompok populasi remaja sangat besar; saat ini lebih dari separuh populasi dunia berusia di bawah 25 tahun dan 29% berusia antara 10-25 tahun.

2.3 INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA REMAJA

Di Amerika Serikat, remaja usia 15–17 tahun dan dewasa muda 18– 24 tahun merupakan kelompok usia penderita IMS yang tertinggi dibandingkan dengan kelompok usia lain (Shafii, 2004). Metaanalisis dari berbagai publikasi di Medline yang dikerjakan oleh Chacko, dkk. 2004, mengemukakan bahwa prevalensi klamidia pada wanita usia 15 - 24 tahun di klinik keluarga berencana (KB) adalah: 3,0 -14,2% dan gonore 0,1% - 2,8%. Di Thailand, pada tahun 1999 Paz-Bailey, dkk. melakukan penelitian di tiga sekolah kejuruan di Propinsi Chiang Rai. Mereka melaporkan bahwa dari 359 remaja wanita usia 15–21 tahun yang telah melakukan hubungan seksual, dengan pemeriksaan

laboratorium *polymerase chain reaction* (PCR), 22 orang (6,1%) positif terinfeksi klamidia dan 3 orang (0,3%) terinfeksi gonore.

Sedyaningsih (2000) dalam penelitiannya mengenai remaja jalanan menemukan perilaku seksual berisiko tinggi, terutama pada *children "on" the street* (1 dari 3 menyatakan pernah berhubungan seks). Lebih dari 22,3% pernah berhubungan seks. Hubungan seks oral dan dubur juga ditemukan (minimal 10% dan 11,6% dari yang melakukan seks). Pemakaian kondom sangat rendah : 5% selalu, 6,5% jarang. Didapatkan prevalensi gonore 7,7%, klamidia 7,4%, sifilis 0% dan HIV 0%. Bagian tubuh yang terinfeksi : dubur 2,2%, tenggorokan 2,2% dan uretra 9,5%. Umumnya remaja melakukan pengobatan sendiri (31,4%).

Dalam *base-line survey* yang dilakukan oleh Lembaga Demografi Universitas Indonesia di 4 (empat) provinsi (Jatim, Jateng, Jabar dan Lampung) pada tahun 1999, menunjukkan bahwa:

1. hanya 42% remaja mengatakan HIV tidak ditularkan oleh orang yang tampak sehat;
2. hanya 24% remaja mengetahui tentang IMS;
3. hanya 55% mengetahui tentang proses kehamilan;
4. 53% remaja tidak mengetahui bahwa sekali saja berhubungan dapat mengakibatkan kehamilan;
5. 46% remaja beranggapan bahwa HIV/AIDS bisa disembuhkan; dan
6. 26% remaja mengatakan kondom tidak dapat mencegah HIV/AIDS.

Masalah reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi dan kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya.

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1. perilaku berisiko

2. kurangnya akses pelayanan kesehatan
3. kurangnya informasi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan
4. banyaknya akses pada informasi yang salah tanpa tapisan
5. masalah IMS termasuk infeksi HIV/AIDS,
6. tindak kekerasan seksual, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial,
7. kehamilan dan persalinan usia muda yang berisiko kematian ibu dan bayi
8. kehamilan yang tak dikehendaki, yang menjurus kepada aborsi yang tidak aman

2.4 DEFINISI REMAJA

Masa remaja atau masa adolesens adalah suatu fase tumbuh kembang yang dinamis dalam kehidupan seorang individu. Masa ini merupakan periode transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa yang ditandai dengan percepatan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial. Untuk tercapainya tumbuh kembang remaja yang optimal tergantung pada potensi biologiknya. Tingkat tercapainya potensi biologik seorang remaja merupakan hasil interaksi faktor genetik dan lingkungan biofisikopsikosial. Proses yang unik dan hasil akhir yang berbeda-beda memberikan ciri tersendiri pada setiap remaja (Soetjiningsih, 2007).

Hingga saat ini masih terdapat berbagai pendapat tentang umur kronologis remaja. Menurut WHO, remaja adalah anak telah mencapai umur 10-19 tahun. Secara lebih luas WHO mendefinisikan remaja sebagai perkembangan dari saat timbulnya tanda seks sekunder hingga tercapainya maturasi seksual dan reproduksi, suatu proses pencapaian mental dan identitas dewasa, serta peralihan dari ketergantungan sosioekonomi menjadi mandiri. Secara biologis, saat seorang anak mengalami pubertas dianggap sebagai indikator awal masa remaja. Namun karena tidak adanya petanda biologis yang berarti untuk menandai berakhirnya masa remaja, maka faktor-faktor sosial, seperti pernikahan, biasanya digunakan sebagai petanda untuk memasuki masa dewasa.

Menurut Undang-Undang No.4 tahun 1979 mengenai kesejahteraan anak, remaja adalah individu yang belum mencapai umur 21 tahun dan belum menikah. Menurut Undang-Undang Perburuhan, anak dianggap remaja bila telah mencapai umur 16-18 tahun atau sudah menikah dan mempunyai tempat tinggal sendiri. Menurut Undang-Undang Perkawinan No.1 tahun 1974, anak dianggap remaja bila sudah cukup matang untuk menikah yaitu 16 tahun untuk anak perempuan dan 19 tahun untuk anak laki-laki. Kementerian Pendidikan Nasional menganggap remaja bila sudah berusia 18 tahun yang sesuai dengan saat lulus dari sekolah menengah ((Soetjiningsih, 2007)

Menurut Hurlock (1981) remaja adalah mereka yang berada pada usia 12-18 tahun. Monks, dkk (2000) memberi batasan usia remaja adalah 12-21 tahun. Sementara menurut Stanley Hall usia remaja berada pada rentang 12-23 tahun. James-Traore pada tahun 2001 membagi masa remaja berlangsung melalui 3 tahapan yaitu masa remaja awal (10-14 tahun), menengah (15-16 tahun), dan akhir (17-20 tahun). Berdasarkan batasan-batasan yang diberikan para ahli, bisa dilihat bahwa mulainya masa remaja relatif sama, tetapi berakhirnya masa remaja sangat bervariasi.

Selain penjelasan mengenai remaja secara segi usia dan perubahan fisik biologis, secara lebih detail juga disertakan definisi remaja berdasarkan sisi psikologi. Santrok (2003) mengutip pernyataan Erickson mengenai remaja. Masa remaja adalah masa terjadinya krisis identitas atau pencarian identitas diri. Gagasan Erickson ini dikuatkan oleh James Marcia yang menemukan bahwa ada empat status identitas diri pada remaja yaitu *identity diffusion/confusion*, *moratorium*, *foreclosure*, dan *identity achieved*. Pertumbuhan sosial dan pola kehidupan masyarakat akan sangat mempengaruhi pola tingkah laku dan jenis penyakit golongan usia remaja seperti kecelakaan, kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit akibat hubungan seksual, penyalahgunaan alkohol dan obat terlarang yang semuanya akan menentukan kehidupan pribadi remaja. Karakteristik remaja yang sedang berproses untuk mencari identitas diri ini juga sering menimbulkan masalah pada diri remaja.

2.5 DETERMINAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA KELOMPOK ORANG MUDA

Aral dan Holmes (1999) mengatakan bahwa perubahan demografi, ekonomi dan budaya mempengaruhi perilaku manusia yang berkaitan erat dengan penyebaran IMS. Di negara maju, seiring dengan tingkat kesejahteraan yang lebih baik, jenjang pendidikan cukup tinggi dan akses ke pelayanan kesehatan memadai kasus IMS semakin menurun. Sementara, pada negara miskin dan sedang berkembang, berbanding terbalik. Kehidupan ekonomi yang sulit, pendidikan rendah dan tidak merata, serta terbatasnya akses layanan kesehatan menyebabkan hiperendemik IMS dan munculnya epidemik IMS baru yang lebih berat yaitu HIV.

Sementara Wasserheit dkk (1999) mengatakan bahwa penyebaran IMS berkaitan dengan bakteri/virus pathogen, perilaku dari subpopulasi dan tindakan preventif yang sudah dibuat untuk mengurangi dampak.

2.5.1 Faktor Sosiodemografi

a. Daerah tempat tinggal

Terdapat pemahaman bahwa remaja yang bertempat tinggal di pedesaan tidak memiliki akses terhadap informasi kesehatan reproduksi dan kecil kemungkinan terinfeksi penyakit menular seksual. Namun ternyata hal tersebut tak sepenuhnya benar. Penelitian yang dilakukan Warwer (1998) di Wamena atas perilaku seksual remaja pada suku Dani, menunjukkan bahwa remaja yang tinggal di desa memiliki risiko terinfeksi penyakit menular seksual yang sama dengan remaja perkotaan.

Crosby et al (2000) melakukan analisis data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja di Amerika Serikat. Hasil analisisnya menunjukkan tidak ada perbedaan antara remaja daerah urban ataupun rural terhadap infeksi menular seksual.

b. Jenis kelamin

Merupakan perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan berdasarkan pemeriksaan kesehatan. Tinker (2000) menyatakan bahwa perempuan memiliki kerentanan tertular IMS lebih besar daripada laki-laki. Beyrer dan Stachowiak (2003) menyatakan bahwa perempuan di wilayah Asia Tenggara mengalami peningkatan kerentanan yang semakin tinggi terhadap kemungkinan tertular IMS terlebih HIV-AIDS. Hal ini dipengaruhi oleh susunan biologis dari organ reproduksi perempuan yang memiliki luas penampang lebih besar daripada organ reproduksi laki-laki. Sifat organ reproduksi perempuan yang reseptif memberikan kemungkinan yang lebih besar untuk terinfeksi dibandingkan organ reproduksi laki-laki yang sifatnya penetratif.

c. Umur

Menurut Traore (2001) yang dikutip dalam Survei Demografi Kesehatan Reproduksi Remaja pada tahun 2007, usia dibagi atas

- Adolescence 10-14 tahun
- Middle adolescence 15-19 tahun
- Young adolescence 20-24 tahun

World Bank mengutip penelitian yang dilakukan oleh Peterman dkk (2000) menyatakan usia muda merupakan salah satu faktor risiko penularan IMS terlebih pada kelompok masyarakat yang memiliki prevalensi rendah terhadap IMS.

Caldwell (1999) mengatakan dalam penelitiannya di Afrika perempuan cenderung melakukan hubungan seksual < 17 tahun. Dan pada rentang usia 20-24 tahun memiliki insidens tertular IMS dibandingkan perempuan yang berusia di atas 24 tahun. La Montagne dkk (2004) mengatakan dari hasil penelitiannya bahwa perempuan yang melakukan hubungan seksual di bawah umur 25 tahun rentan untuk mendapatkan infeksi *C. trachomatis* sebesar 10-13 %.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Cuschieri (2004) di Edinburg menyatakan bahwa perempuan yang melakukan hubungan seksual sebelum usia 25 tahun cenderung untuk terinfeksi HPV sebesar 42 %.

Aseffa dkk (1998) dalam penelitian mereka di Etiopia menemukan bahwa terdapat kaitan yang cukup erat antara usia muda, daerah urban dengan prevalensi IMS (dengan OR 6,3). Didapatkan prevalensi untuk *chlamidia* adalah 5,9 % (41/693), sifilis dengan menggunakan TPHA 18,8 % (113/600) dan untuk HIV 25,3 % (150/593). Hal ini disebabkan karena pada usia muda, maturitas sel-sel pada alat reproduksi belum maksimal dan terdapat perilaku berisiko dalam berhubungan seksual.

Warwer (1998) dalam penelitiannya mengenai perilaku seks pada orang muda suku Dani di Wamena. Sebanyak 180 responden yang berada dalam rentang usia 13-24 tahun mengatakan umumnya mereka melakukan hubungan seks pertama kali pada usia 13 tahun. Dan sebanyak 55 siswa SMU di Wamena didapatkan positif terinfeksi sifilis.

d. Usia pubertas

Di Indonesia belum ada studi yang secara khusus meneliti variasi usia menarche pada perempuan atau mimpi basah pada anak laki-laki sebagai satu tanda pubertas/akil baliq. Namun diperkirakan tidak terdapat perbedaan bermakna mengenai usia menarche ataupun pengalaman mimpi basah dengan negara-negara lain. Di Indonesia, akibat keterbatasan pendidikan kesehatan reproduksi maka seringkali tanda-tanda akil baliq tersebut disikapi dengan cara yang “salah”. Menstruasi seringkali diasosiasikan sebagai darah kotor, sesuatu yang kotor dan harus disembunyikan. Sementara anak laki-laki, merasa bersalah atas pengalaman mimpi basah, karena hal tersebut diyakini sebagai salah satu bentuk dosa.

Usia menarche adalah usia pertama kali seorang perempuan mendapatkan menstruasi yang menjadi penanda perubahan biologis pada tubuhnya. Shew dkk (1993) mengadakan penelitian mengenai hubungan IMS dengan rentang waktu antara usia menarche dan usia saat melakukan hubungan seksual pertama kali. Penelitian tersebut menggunakan 208 responden dengan rentang usia 13-21 tahun. Didapatkan prevalensi untuk infeksi HPV adalah 19,2 %. Dikatakan

bahwa perempuan yang melakukan hubungan seks 26,6 bulan setelah mendapatkan menarche berisiko mendapatkan infeksi HPV ($p = 0,02$). Bahkan untuk perempuan yang melakukan hubungan seksual 18 bulan setelah mendapatkan menarche berkaitan dengan peningkatan infeksi HPV dibandingkan dengan perempuan yang menunda hubungan seks hingga 3-4 tahun setelah menarche. Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor biologis dalam hal ini maturitas sel-sel dalam alat reproduksi memegang peranan penting dalam penularan IMS.

Sementara mimpi basah adalah tanda utama perubahan anak laki-laki yang memasuki usia pubertas. Berada dalam masa pubertas menjadikan seorang remaja laki-laki mulai bereaksi terhadap rangsangan-rangsangan seksual dan secara reproduksi ia menjadi seorang yang seksual aktif. Kurangnya pendidikan dan informasi mengenai kesehatan reproduksi dan IMS, menjadikan remaja laki-laki rentan melakukan perilaku seksual yang berisiko. Ditengarai bila tidak mendapat informasi yang cukup memadai maka usia pubertas yang semakin cepat akan mempengaruhi jumlah pasangan seksual dan perilaku seksual yang berisiko.

e. Jenis kegiatan

Jenis kegiatan yang dijalankan oleh remaja mempengaruhi perilaku remaja dalam kaitan seksual. Remaja yang memiliki kegiatan baik berupa sekolah ataupun bekerja cenderung akan lebih fokus pada tujuan pencapaian prestasi dalam kegiatan tersebut. Dalam sebuah studi dikatakan bahwa orang muda yang tidak bersekolah memiliki kecenderungan untuk melakukan hubungan seks pra nikah dibandingkan yang masih bersekolah (YKB, 1993;Situmorang, 2001)

2.5.2 Faktor Sosiokultur

a. Jenjang pendidikan

World Bank mengutip penelitian yang dilakukan oleh Peterman dkk (2000) bahwa dalam kelompok masyarakat yang memiliki prevalensi rendah terhadap

penularan IMS perlu dipikirkan rendahnya tingkat pendidikan sebagai salah satu faktor yang menyebabkan kerentanan untuk tertular IMS.

Silveira dan Mariangela (2002) dalam penelitian mereka di Brazil menyatakan perempuan yang mengecap pendidikan selama 8 tahun memiliki kerentanan terinfeksi IMS khususnya HIV/AIDS sebesar 53 % (dengan AOR 3,7) dibandingkan perempuan yang mengecap pendidikan selama 12 tahun. Salas dkk (1996) juga menemukan hasil yang kurang lebih sama. Dalam penelitian mereka di Meksiko dinyatakan bahwa perempuan yang tidak menyelesaikan pendidikan dasar mengalami risiko tertular IMS 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan perempuan yang menyelesaikan studi hingga jenjang perguruan tinggi (OR 2,5 ; CI 95 % 1,4-4,5). Dikatakan jenjang pendidikan menjadi faktor penting yang berkaitan dengan pengetahuan tentang penularan dan pencegahan IMS sekaligus mendorong perempuan untuk mencari pengobatan bila tertular IMS.

b. Hubungan seksual pranikah

Hubungan seksual sebelum menikah adalah sebuah isu sensitif di Indonesia. Sehingga banyak kalangan menutupi fakta ini. Namun di berbagai studi berskala mikro dinyatakan bahwa hubungan seks pra nikah adalah hal yang 'biasa' bagi kalangan orang muda (Sarwono, 1981; YKB, 1993; Singarimbun, 1996; Utomo, 1997; LD-UI, 1999; Situmorang, 2001).

Saat ini orang muda Indonesia „ mulai toleran“ dengan perilaku hubungan seks pra nikah. Sebuah studi diantara laki-laki belum menikah dalam rentang usia 17-24 tahun di Bali dan Jogja menyatakan bahwa 48% dari 181 responden di Bali dan 50 % dari 185 responden di Jogja tidak setuju dengan keharusan seorang perempuan untuk tetap perawan sebelum menikah(Singarimbun, 1996:118).

Sementara Iswarati dan T.Y.Prihyugiarto (2009) dalam analisis SKRRI 2002-2003 yang mencakup 15 provinsi menjelaskan bahwa remaja laki-laki cenderung 2 kali lebih besar untuk bersikap setuju jika remaja melakukan

hubungan seksual pra nikah dibanding remaja perempuan, sedangkan remaja dari perkotaan cenderung 1,4 kali lebih banyak untuk bersikap setuju melakukan hubungan seksual pra nikah dibanding remaja dari perdesaan. Remaja yang mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pra nikah cenderung 3 kali lebih banyak bersikap setuju jika remaja melakukan hubungan seksual pra nikah daripada remaja yang tidak mempunyai teman yang pernah melakukan hubungan seksual pra nikah. Sementara remaja yang mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pra nikah dan mendorongnya untuk melakukan hubungan seksual pra nikah cenderung 1,8 kali lebih banyak bersikap setuju jika remaja melakukan hubungan seksual pra nikah daripada remaja yang tidak mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pra nikah dan mendorongnya untuk melakukan hubungan seksual pra nikah.

Lebih jauh Situmorang (2001) menjelaskan bahwa remaja laki-laki cenderung melakukan hubungan seks dengan “*casual friend*” atau PSK karena tidak memiliki kewajiban moral untuk bertanggungjawab. Laki-laki bersikap lebih terbuka mengakui hubungan seks pra nikah dibandingkan remaja putri. Namun pada kenyataannya di banyak kota, termasuk kota kecil, terdapat fenomena sejumlah remaja putri melakukan hubungan seks pranikah. Kalangan remaja ini memiliki nama tertentu di berbagai daerah, seperti *perek*, *bondon cilik'an* atau *anyanyah*.

Di beberapa daerah Indonesia memiliki semacam kultur yang memungkinkan remaja melakukan hubungan seks sebelum menikah. Contohnya adalah daerah di Papua, Nusa Tenggara Timur dan Kalimantan. Pada daerah-daerah tersebut terdapat kultur kemasyarakatan yang memperbolehkan hubungan seks pranikah bagi para remaja.

c. Pasangan melakukan hubungan seksual pranikah

Pasangan melakukan hubungan seksual, terlebih dalam konteks pranikah memiliki kaitan dengan penularan IMS. Pada kelompok remaja baik laki-laki maupun perempuan ditengarai memiliki pasangan untuk berhubungan seksual

umumnya adalah teman atau pacar. Khusus untuk remaja laki-laki, juga memiliki potensi berhubungan dengan pekerja seks komersil. Umumnya alasan penggunaan PSK adalah untuk *coba-coba*. Sementara terdapat sebagian kecil dari remaja yang melakukan hubungan seksual dengan anggota keluarga yang umumnya merupakan bagian dari KDRT.

d. Usia pertama kali melakukan hubungan seksual

Semakin dini usia melakukan hubungan seksual maka semakin besar risiko yang dihadapi oleh remaja untuk terinfeksi IMS. Seperti yang disebutkan CDC (1997, 1998), dalam usia dini kematangan sel-sel organ reproduksi belum sempurna sehingga sangat rentan terhadap penularan IMS. Disamping faktor lain yaitu, semakin dini usia memulai hubungan seksual, maka kemungkinan untuk memiliki jumlah pasangan melakukan hubungan seksual akan semakin banyak. Dan hal tersebut akan memperbesar risiko penularan IMS.

e. Keterpaparan terhadap informasi IMS

Dalam sebuah studi yang menggunakan *Indepth interviews* dan *focus group discussions* dengan remaja laki-laki di Medan terlihat persepsi mereka tentang IMS. Mereka menganggap IMS dapat dihindari dengan cara menjaga stamina, melakukan hubungan seksual dengan seseorang yang “dianggap bersih dan sehat” serta mengkonsumsi obat sebelum berhubungan seks (Situmorang, 2001:136). Dari survei yang sama juga didapatkan bahwa hanya 19,2% remaja yang menyadari peningkatan risiko untuk tertular PMS bila memiliki pasangan seksual lebih dari satu. 51% mengira bahwa mereka akan berisiko tertular HIV hanya bila berhubungan seks dengan pekerja seks komersial (PSK) (LDFEUI & NFPCB, 1999b:14).

Umumnya remaja dapat menyebutkan beberapa jenis infeksi menular seksual, namun mereka tidak mendapatkan informasi yang cukup memadai mengenai penularan IMS. Remaja seringkali merasa tidak nyaman atau tabu untuk membicarakan masalah seksualitas dan kesehatan reproduksinya. Akan

tetapi karena faktor keingintahuannya mereka akan berusaha untuk mendapatkan informasi ini. Seringkali remaja merasa bahwa orang tuanya menolak membicarakan masalah seks sehingga mereka kemudian mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa.

Kebanyakan orang tua memang tidak termotivasi untuk memberikan informasi mengenai seks dan kesehatan reproduksi kepada remaja sebab mereka takut hal itu justru akan meningkatkan terjadinya hubungan seks pra-nikah. Padahal, anak yang mendapatkan pendidikan seks dari orang tua atau sekolah cenderung berperilaku seks yang lebih baik daripada anak yang mendapatkannya dari orang lain (Hurlock, 1972 dikutip dari Iskandar, 1997). Keengganan para orang tua untuk memberikan informasi kesehatan reproduksi dan seksualitas juga disebabkan oleh rasa rendah diri karena rendahnya pengetahuan mereka mengenai kesehatan reproduksi (pendidikan seks).

Hasil pre-test materi dasar Reproduksi Sehat Anak dan Remaja (RSAR) di Jakarta Timur (perkotaan) dan Lembang (pedesaan) menunjukkan bahwa apabila orang tua merasa memiliki pengetahuan yang cukup mendalam tentang kesehatan reproduksi, mereka lebih yakin dan tidak merasa canggung untuk membicarakan topik yang berhubungan dengan masalah seks (Iskandar, 1997:3). Hambatan utama adalah justru bagaimana mengatasi pandangan bahwa segala sesuatu yang berbau seks adalah tabu untuk dibicarakan oleh orang yang belum menikah (Iskandar, 1997:1).

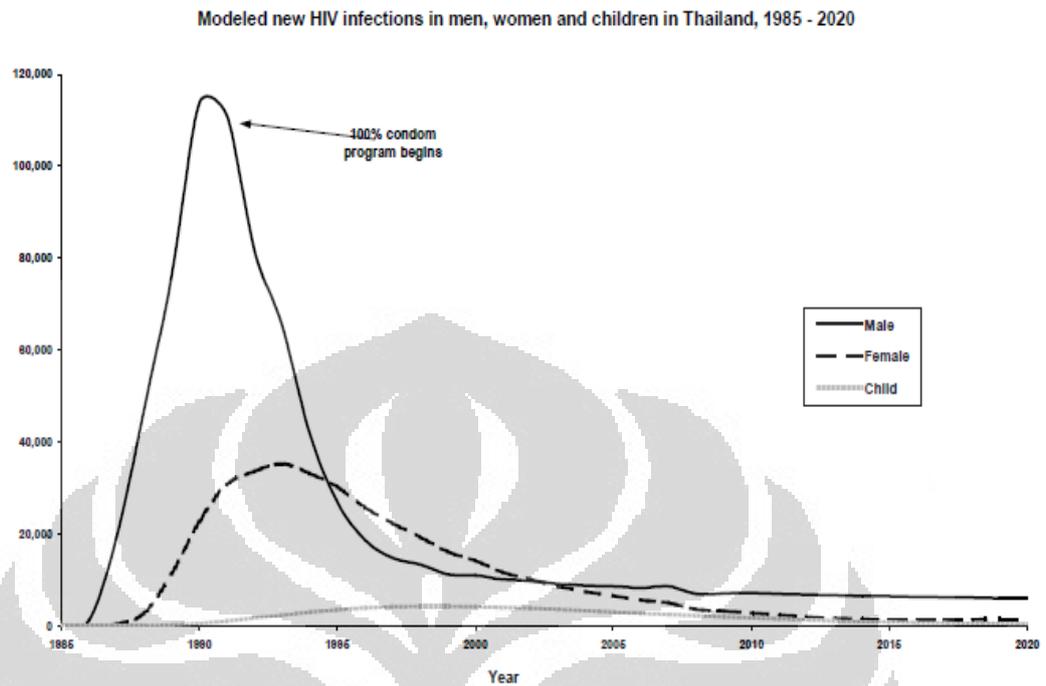
Sementara Mittal dan Goel (2010) dalam penelitiannya mengenai remaja putri di India mendapatkan data tentang sumber informasi kesehatan reproduksi. Ibu adalah sumber informasi utama (47,4%). Untuk informasi mengenai hubungan seks yang sehat, remaja perempuan lebih mengandalkan teman sebagai sumber informasi (4 %) diikuti dengan mass media (3. %), guru(2.4%), dan ibu (1.3%). Dari penelitian tersebut, dapat terlihat secara garis besar remaja putri mengandalkan teman sebaya sebagai sumber informasi.

f. Pengetahuan mengenai fungsi kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS

Kondom selain sebagai alat kontrasepsi juga merupakan alat pencegah penularan IMS. Penggunaan kondom sebagai alat pencegah IMS masih merupakan kontroversi. Ada pandangan bahwa legalisasi kondom akan menyuburkan perilaku seks bebas. Dan di banyak kaum laki-laki, masih banyak terdapat keengganan untuk menggunakan kondom. Sehingga, pada saat berhubungan, seringkali tawaran penggunaan kondom diabaikan.

Sebuah studi di Amerika sebanyak 834 laki-laki yang menggunakan kondom pada saat berhubungan menyatakan 19% menyatakan ketidaknyaman berhubungan bila menggunakan kondom, 15 % mengatakan kondom yang digunakan mudah rusak, 14 % menyatakan kehilangan ereksi, 9 % hilang ereksi saat memasang kondom, 8 % menyatakan kondom terlepas pada saat digunakan (*International Journal of STD and AIDS, 2008*)

MAP (2001) memberi contoh negara Thailand sebagai negara yang berhasil dalam program penanaman kondom sebagai proteksi terhadap IMS. Pada tahun 1989, penggunaan kondom adalah 10 %, tahun 1990 (30 %), tahun 1993 (60 %). Peningkatan penggunaan kondom berdampak pada penurunan hubungan seks yang tidak aman menjadi 17 % ($p = 0,16$) dan kejadian IMS menurun hingga 24% ($p = 0,18$). Dengan program penggunaan kondom ini, terlihat penurunan kasus IMS di Thailand seperti dalam gambar berikut.



Sumber MAP. The Status dan Trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and Pasific. Sydney, Oktober 2001

Situmorang (2001) menyatakan sejumlah besar remaja laki-laki yang melakukan hubungan seks menganggap tidak membutuhkan kondom meskipun tahu akan risiko terinfeksi IMS. Menurut mereka penggunaan kondom dapat mengurangi kenikmatan dalam berhubungan seks.

2.5.3 Gejala IMS berdasarkan laporan responden

Dalam penelitian ini, gejala IMS berdasarkan laporan responden atas ada tidaknya riwayat keluar duh tubuh yang berbau dan atau disertai dengan timbulnya ulkus pada alat kelamin. Tidak disebutkan secara spesifik diagnosis/nama penyakit berdasarkan keluhan yang muncul. Gejala yang muncul dapat merupakan tanda dari salah satu infeksi menular seksual yang terjadi.

a. Infeksi genital non spesifik

Merupakan infeksi menular seksual berupa peradangan di urethra, rectum atau serviks yang disebabkan oleh kuman yang tidak spesifik. Infeksi ini disebabkan oleh *Ureaplasma urealyticum* dan *Mycoplasma hominis*. Pada pria gejala timbul setelah 1-3 minggu melakukan kontak seksual dan tidak seberat gonore. Gejala berupa disuria ringan, perasaan tidak enak di urethra, sering kencing dan keluarnya duh tubuh seropurulen. Komplikasi yang timbul adalah prostatitis, vesikulitis, epididimitis, dan striktur urethra. Sementara pada perempuan infeksi ini lebih sering mengambil tempat di serviks. Gejala yang ditimbulkan adalah disuria ringan, sering kencing, nyeri di daerah pelviks dan dispareunia. Pada pemeriksaan pelviks dapat dilihat adanya tanda-tanda servisititis yang disertai dengan folikel-folikel kecil yang mudah berdarah. Komplikasi yang ditimbulkan Bartholinitis, proktitis, salpingitis dan sistitis. Secara epidemiologi infeksi ini dialami oleh kelompok masyarakat dari golongan sosial ekonomi lebih tinggi, usia lebih tua, dan aktivitas seksual yang tinggi. Dalam perjalanannya, bila tidak diobati maka penyembuhannya memakan waktu kurang lebih 3 bulan. Sementara bila diobati secara tuntas sebanyak 10 % masih memiliki risiko untuk mengalami kekambuhan.

b. Gonore

Disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*. Gonore merupakan infeksi yang memiliki insidens tertinggi diantara IMS lainnya. Insidens semakin tinggi dengan munculnya strain kuman yang resisten terhadap Penicillin. Akibat dari infeksi ini terdapat pada organ genital dan ekstra genital. Penularannya dapat melalui hubungan genitalia, penggunaan alat-alat secara bersamaan serta dari ibu ke anak. Gambaran klinis dan komplikasi gonore sangat erat hubungannya dengan susunan anatomi dan faal genitalia. Kelainan yang dapat ditimbulkan pada laki-laki adalah ureitritis, tysonitis, paraureitritis, littritis, cowperitis, prostatitis, vesikulitis, epididimitis dan trigonitis. Sementara pada perempuan memiliki perjalanan penyakit yang berbeda dengan pria. Gejala akut maupun

kronik serta gejala subjektif jarang ditemukan dan hampir tidak didapati kelainan obyektif. Pada umumnya perempuan akan datang ke pelayanan kesehatan bila sudah timbul komplikasi. Bagian yang paling pertama terinfeksi adalah serviks uteri kemudian meningkat ke urethra, duktus paraurethra, kelenjar Bartholin hingga daerah ovarium. Infeksi gonore menghasilkan duh tubuh yang mukopurulen dan mengandung banyak gonokok. Infeksi gonore pada perempuan menyebabkan uretritis, parauretritis, servisititis, Bartholinitis, salpingitis, proktitis, orofaringitis, konjungtivitis dan gonore diseminata.

Selain pada remaja dan orang dewasa, gonore dapat terjadi pada bayi baru lahir. Bayi mendapatkan penularan dari ibunya yang gonore (+) melalui proses jalan lahir. Umumnya memberikan gejala pada organ mata yaitu timbulnya kotoran mata dalam jumlah sangat banyak dan terus-menerus. Hal ini menyebabkan sulitnya kelopak mata bayi untuk dibuka atau terjadi perlengketan. Dan bila tidak ditangani dengan segera akan merusak penglihatan dari anak di kemudian hari.

c. **Bakterial vaginosis**

Disebabkan oleh bakteri *Gardnerella vaginalis* dan kasusnya cukup sering terjadi pada perempuan. Terdapat hubungan erat antara infeksi *G. vaginalis* dengan ras, promiskuitas, stabilitas marital dan kehamilan sebelumnya. Bacterial vaginosis seringkali berasosiasi dengan infeksi menular seksual lainnya. Gejala klinis yang ditimbulkan adalah timbulnya duh tubuh yang berbau amis. Bau akan semakin menusuk setelah senggama dan mengakibatkan darah menstruasi berbau abnormal. Selain keluarnya duh tubuh, gejala klinis lainnya adalah rasa gatal terbakar serta edema pada daerah vulva dan sebagian kecil akan mengeluhkan nyeri abdomen, dyspareunia serta nyeri berkemih.

d. Sifilis

Disebabkan oleh *Treponema pallidum*, merupakan infeksi menular seksual yang sangat kronik dan bersifat sistemik . Pada perjalanannya dapat menyerang hampir semua alat tubuh, dapat menyerupai banyak penyakit, mempunyai masa laten yang panjang dan dapat ditularkan dari ibu ke janin. Perjalanan klinis diawali dengan masa tunas berlangsung antara 2-4 minggu. *T.pallidum* pertama kali masuk ke dalam selaput lendir atau kulit yang telah mengalami lesi/mikrolesi, yang biasanya terjadi pada saat bersanggama. Kemudian treponema akan berkembangbiak dan menyebar secara limfogen dan hematogen. Kelainan kulit akan dimulai dengan timbulnya papul lentikular yang permukaannya segera menjadi erosi akan kemudian akan berakhir menjadi ulkus. Bentuk khas dari ulkus ini adalah indolen dan teraba indurasi dan karenanya disebut sebagai ulkus durum. Kelainan di atas disebut dengan afek primer dan sering terjadi di genitalia eksterna. Selain itu kelainan ini juga dapat terjadi ekstragenital seperti di lidah, tonsil dan anus. Afek primer dapat sembuh sendiri antara tiga sampai sepuluh minggu. Seminggu setelah afek primer biasanya terdapat pembesaran kelenjar getah bening regional di inguinalis medialis. Keseluruhannya disebut sebagai kompleks primer. Bila tidak mendapat pengobatan yang memadai, penyakit ini dapat berdiam dalam jangka waktu lama dan menginfeksi lebih banyak organ, di luar organ reproduksi.

e. *Chlamydia trachomatis*

Infeksi *C. trachomatis* menyebabkan penyakit yang disebut dengan *Limfgranuloma venerium*. Masa tunas penyakit ini adalah 1-4 minggu. Gejala konstitusi timbul sebelum penyakitnya mulai timbul dan menetap selama sindrom inguinal. Gejala berupa malese, nyeri kepala, artralgia, anorexia, nausea dan demam. Gambaran klinis dibagi dalam dua kelompok yaitu

1. Afek dini, berbentuk tak khas dan tak nyeri berupa erosi, papul miliar, vesikel, pustule, dan ulkus. Umumnya solitary dan cepat hilang. Pada pria umumnya afek primer berlokasi di genitalia eksterna, terutama di sulkus koronarius dan

urethra walaupun kasusnya cukup jarang. Sementara pada perempuan umumnya afek primer tidak terdapat genitalia eksterna tetapi pada vagina bagian dalam dan serviks.

2. Bentuk lanjut, terdiri dari beberapa bentuk sindrom diantaranya
 - Sindrom inguinal, yang diserang adalah kelenjar getah bening inguinal medial yang merupakan kelenjar regional bagi genitalia eksternal. Selain terjadi limfadenitis, terjadi pula periadenitis yang menyebabkan perlekatan dengan jaringan di sekitarnya. Kemudian terjadi perlunakan yang tidak serentak, dapat terjadi abses dan fistel yang multiple.
 - Sindrom genital, terjadi bila sindrom inguinal tidak diobati, maka terjadi fibrosis pada kelenjar inguinal medial sehingga aliran getah bening terbandung serta terjadi edema dan elephantiasis. Pada pria elephantiasis terdapat di skrotum dan penis, sementara pada perempuan terjadi di labia dan klitoris yang disebut dengan estiomen. Jika meluas terbentuk elephantiasis genitor-anorektalis yang dikenal dengan *Sindrom Jersild*.
 - Sindrom anorektal, umumnya terjadi pada pria homoseksual yang melakukan hubungan seksual genitoanal. Pada perempuan dapat terjadi dengan dua cara. Pertama jika hubungan sanggama dilakukan dengan cara genito-anal. Kedua jika afek primer terdapat pada vagina 2/3 atas atau serviks sehingga terjadi penjaralan ke kelenjar perirektal. Proses berikutnya adalah limfadenitis dan periadenitis, yang akan mengalami perlunakan sehingga terjadi abses.
 - Sindrom urethral, terjadi jika terbentuk infiltrate di uretra posterior yang kemudian menjadi abses lalu memecah dan menjadi fistel. Akibatnya ialah terjadi striktur hingga orificium uretra eksternum berubah menjadi seperti mulut ikan dan penis melengkung seperti pedang Turki.

f. Herpes simpleks

Disebabkan oleh virus *Herpes simpleks* tipe I atau II, ditandai dengan adanya vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab, eritematosa pada

daerah dekat mukokutan, sedangkan infeksi dapat berlangsung secara primer maupun rekurens. Infeksi terdiri dari tiga tahap yaitu :

1. Infeksi primer, tempat predileksi VHS I di daerah pinggang ke atas terutama di daerah mulut dan hidung biasanya dimulai pada usia anak-anak. Sementara infeksi primer VHS II tempat predileksi di daerah genital juga dapat menyebabkan herpes meningitis dan infeksi neonatus. Daerah predileksi saat ini menjadi kacau balau karena adanya cara hubungan seksual seperti oro-genital. Infeksi primer berlangsung lebih lama dan lebih berat, kira-kira 3 minggu dan disertai dengan gejala sistemik seperti demam, malsem dan anoreksia serta diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening regional. Kelainan klinis berupa vesikel yang berkelompok di atas kulit yang sembab dan eritematosus berisi cairan bening yang kemudian berubah menjadi seropurulen. Dapat berakhir sebagai krusta, namun dapat juga sembuh tanpa sikatriks. Sekitar 80 % infeksi VHS pada perempuan terjadi pada genitalia eksterna disertai dengan infeksi pada serviks.
2. Fase laten, pada fase ini tidak ditemukan gejala klinis, tetapi VHS dapat ditemukan dalam keadaan tidak aktif pada ganglion dorsalis
3. Infeksi rekurens, pada fase ini VHS yang tidak aktif pada ganglion dorsalis kembali reaktif hingga mencapai kulit sehingga menimbulkan gejala klinis. Aktifnya VHS ini disebabkan oleh beberapa hal seperti trauma fisik, trauma psikis dan akibat mengkonsumsi makanan atau minuman tertentu. Gejala klinis yang timbul lebih ringan daripada infeksi primer dan berlangsung sekitar 7-10 hari. Sering ditemukan gejala prodromal lokal, sebelum timbul vesikel berupa rasa panas, gatal dan nyeri. Infeksi rekurens dapat timbul di tempat yang sama atau di tempat lain/sekitarnya.

g. Trikomoniasis

Merupakan infeksi saluran urogenital yang dapat bersifat akut atau kronik yang disebabkan oleh *Trichomonas vaginalis*. Penularan umumnya melalui hubungan seksual tetapi dapat juga melalui penggunaan bersama alat-alat

tertentu seperti pakaian atau handuk. Gejala klinis pada perempuan berupa keluarnya secret vagina yang seropurulen dengan warna kekuning-kuningan, hijau-kuning, berbau tidak enak dan berbusa. Dalam pemeriksaan dalam ditemukan dinding vagina tampak merah dan sembab. Kadang-kadang terbentuk abses pada dinding vagina dan serviks yang tampak sebagai granulasi berwarna merah dan dikenal sebagai *Strawberry appearance*. Tampilan ini disertai dengan keluhan dispareunia, perdarahan pasca koital, dan perdarahan intermenstrual. Selain vaginitis dapat pula timbul keluhan berupa uretritis, bartholinitis, skenitis dan sistitis yang umumnya tanpa keluhan.

Sementara pada laki-laki, yang diserang terutama uretra, kelenjar prostat, kadang-kadang preputium, vesikula seminalis dan epididimis. Gejala klinis pada laki-laki lebih ringan dibandingkan dengan perempuan. Tampilan klinisnya berupa disuria, dan keluarnya sekret uretra mukoid atau mukopurulen. Urin biasanya jernih tapi biasanya akan tampak benang-benang halus. Pada bentuk kronik gejalanya tidak khas seperti gatal pada uretra, disuria dan urin keruh di pagi hari.

h. Candidiasis

Infeksi parasit *Candida albicans* mengambil beberapa tempat predileksi seperti selaput rongga mulut, saluran pencernaan, lipatan paha dan saluran genitalia. Penularannya dapat melalui hubungan seksual serta penggunaan alat bersama seperti handuk, pakaian. Gejala klinis yang terlihat adalah rasa gatal, tampak plak hiperemis dengan tepi yang meninggi disertai adanya lesi satelit. Infeksi parasit *C. albicans* meningkat pada kasus-kasus pasien dengan HIV (+). Diagnose ditegakkan dengan memeriksa kerokan kulit dari lesi yang dimaksud pada sediaan KOH.

i. HIV/AIDS

Virus HIV menyerang status kekebalan manusia terutama sel limfosit T. Penurunan imunitas ini menyebabkan seseorang rentan untuk tertular oleh

penyakit-penyakit lain. Pada tahap awal infeksi HIV (tahun pertama – 5 tahun pasca terinfeksi) umumnya tidak memberikan gejala klinis. Setelah 5 tahun pasca infeksi, pasien mulai menunjukkan tanda dan gejala HIV seperti penurunan berat badan secara drastic, demam subfebris tanpa penyebab yang jelas serta diare kronik dalam jangka waktu kurang lebih satu bulan. Pada saat ini jumlah virus meningkat sementara antibody CD 4 menurun.

Penularan HIV dapat melalui hubungan seksual yang berisiko, transfusi darah, proses kelahiran dan penggunaan jarum suntik yang tidak steril pada kelompok pengguna narkotika suntik.

Diagnosis HIV ditegakkan dengan tes ELISA dan dilanjutkan dengan tes Konfirmasi. Dalam tes ELISA pada seseorang berisiko tinggi, bila memberikan hasil negative, maka harus diulang kembali dalam jangka waktu 3 bulan kemudian. Hasil negative dapat terjadi pada fase jendela.

Kasus HIV di Indonesia semakin meningkat sejak pertama kali diidentifikasi pada tahun 1986. KPA membagi perjalanan HIV di Indonesia dalam dua periode. Periode pertama adalah dalam rentang tahun 1987-2002. Pada 10 tahun pertama periode ini peningkatan jumlah kasus HIV dan AIDS masih rendah. Pada akhir 1997 jumlah kasus AIDS kumulatif 153 kasus dan HIV positif baru 486 orang yang diperoleh dari serosurvei di daerah sentinel. Penularan 70 % melalui hubungan seksual berisiko. Hingga saat ini terlihat kenaikan yang sangat berarti dari jumlah kasus AIDS dan di beberapa daerah pada sub-populasi tertentu, angka prevalensi sudah mencapai 5%, sehingga sejak itu Indonesia dimasukkan kedalam kelompok negara dengan epidemi terkonsentrasi.

Jumlah kasus AIDS pada tahun 2002 menjadi 1016 kasus dan HIV positif 2552 kasus. Jumlah ini jauh masih sangat rendah bila dibandingkan dengan estimasi Departemen Kesehatan bahwa pada tahun 2002 terdapat 90.000 – 120.000 kasus. Peningkatan ini terutama pada kelompok pengguna NAPZA jarum suntik yang tidak steril. Sementara itu, penularan melalui hubungan seks masih tetap berlangsung. Sementara pada periode ke dua yaitu tahun 2003-2006 kasus HIV semakin meningkat tajam. Pada akhir tahun 2003 jumlah kasus AIDS

yang dilaporkan bertambah 355 kasus sehingga berjumlah 1371 kasus, sementara jumlah kasus HIV positif menjadi 2720 kasus.

Pada akhir tahun 2003 25 provinsi telah melaporkan adanya kasus AIDS. Penularan di sub-populasi penasin meningkat menjadi 26,26% . Peningkatan jumlah kasus AIDS terus terjadi, pada akhir Desember 2004 berjumlah 2682 kasus, pada akhir Desember 2005 naik hampir dua kali lipat menjadi 5321 kasus dan pada akhir September 2006 sudah menjadi 6871 kasus dan dilaporkan oleh 32 dari 33 provinsi. Sementara estimasi tahun 2006, jumlah orang yang terinfeksi diperkirakan 169.000 – 216.000 orang.

Data hasil surveilans sentinel Kementerian Kesehatan menunjukkan terjadinya peningkatan prevalensi HIV positif pada sub-populasi berperilaku berisiko, dikalangan penjaja seks (PS) tertinggi 22,8% dan di kalangan penasin 48% dan pada penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) sebesar 68%.

Peningkatan prevalensi HIV positif terjadi di kota-kota besar, sementara peningkatan prevalensi di kalangan PS terjadi baik di kota maupun di kota kecil bahkan di pedesaan terutama di provinsi Papua dan Irian Jaya Barat. Di kedua provinsi terakhir ini epidemi sudah cenderung memasuki populasi umum (*generalized epidemic*).

Distibusi umur penderita AIDS pada tahun 2006 memperlihatkan tingginya persentase jumlah usia muda dan jumlah usia anak. Penderita dari golongan umur 20-29 tahun mencapai 54,77%, dan bila digabung dengan golongan sampai 49 tahun, maka angka menjadi 89,37%. Sementara persentase anak 5 tahun kebawah mencapai 1,22%.

Diperkirakan pada tahun 2006 sebanyak 4360 anak tertular HIV dan separuhnya telah meninggal. Hingga Maret 2010, Ditjend P2&PL melansir secara kumulatif kasus AIDS untuk laki-laki adalah 15168 sementara untuk perempuan adalah 5306 kasus. Berdasarkan faktor risiko maka penularan HIV dibagi atas heteroseksual 10335 kasus, homoseksual 679, penasin 8091, transfusi darah 20, dari ibu ke anak 534 dan yang tidak diketahui cara penularannya sebesar 905 kasus.

2.6 STRATEGI NASIONAL YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN REPRODUKSI

Dewasa ini kesehatan reproduksi mendapat perhatian khusus secara global sejak diangkatnya isu tersebut dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development, ICPD), di Kairo, Mesir, pada tahun 1994. Salah satunya berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja berikutan dengan IMS termasuk HIV/AIDS. Aksesibilitas remaja terhadap pusat layanan KRR menjadi sesuatu yang perlu diperhatikan. Di tingkat internasional (ICPD Kairo, 1994) telah disepakati definisi kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Dengan adanya definisi tersebut maka setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai.

Selama ini berbagai sektor telah mengembangkan kebijakan dan strateginya masing-masing. Dengan adanya Komisi Kesehatan Reproduksi sejak tahun 1998 telah diupayakan koordinasi antar sektor, namun upaya ini belum menghasilkan penanganan kesehatan reproduksi yang terpadu dan efisien, di samping adanya perubahan sistem pemerintahan di Indonesia. Sehubungan dengan hal tersebut perlu dibuat Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi sebagai acuan pelaksanaan bagi seluruh pihak terkait, di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

2.6.1 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Tahun 1994/95 program kesehatan remaja diawali dengan penyediaan materi konseling kesehatan remaja dan pelayanan konseling di puskesmas. Program tersebut belum bersifat *Youth Friendly*, dan belum melibatkan partisipasi remaja

secara penuh didalam kegiatan program. Selanjutnya program kesehatan remaja mulai diperkenalkan dan dilaksanakan antara lain melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap program UKS, tenaga guru (guru BP/BK), kader kesehatan sekolah atau kader Palang Merah Remaja (PMR), dan Saka Bhakti Husada (SBH). Sebagai tindak lanjut Lokakarya Nasional tentang Kesehatan Reproduksi yang diselenggarakan pada tahun 1996, maka pada tahun 1998 terbentuk Pokja Nasional Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang leading sektornya adalah Depdiknas. Pokja KRR ini baru menyusun peran dan fungsi masing-masing sektor/program terkait dan belum ada program spesifik yang diimplementasikan. Tahun 1997/98, dilanjutkan dengan pengembangan pelayanan kesehatan remaja di puskesmas melalui pendekatan kemitraan dengan sektor terkait (BKKBN, Kemendiknas, Kemenag, Kemensos) yang dilaksanakan di propinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah. Dalam hal ini sektor kesehatan sebagai *supply side* bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan remaja di puskesmas sedangkan sektor terkait lainnya sebagai *demand side* yaitu pihak yang bertanggung jawab untuk mempersiapkan remaja agar dapat memanfaatkan/memperoleh pelayanan di puskesmas.

Melalui program ini, mulai disusun materi-materi KIE tentang kesehatan reproduksi remaja berupa Materi Inti KRR bagi petugas kesehatan dan modul pelatihannya serta buku saku bagi remaja. Kebijakan dan strategi yang mendukung program ini dikembangkan dari kebijakan dan strategi yang ada dalam program pembinaan kesehatan anak usia sekolah. Sektor terkaitpun dalam mendukung program tersebut mengembangkan kebijakan dan melakukan sosialisasi serta advokasi di jajaran masing-masing, tetapi nampaknya fungsi kemitraan masih belum saling memperkuat sehingga akses remaja ke puskesmas maupun unit pelayanan kesehatan lainnya seperti Rumah Sakit masih rendah.

Tahun 2000, pengembangan pelayanan kesehatan remaja dimantapkan dengan pengenalan komponen *Youth Friendly Health Services* (YFHS) yang titik masuknya melalui kesehatan reproduksi remaja. Selain itu mulai terbentuk tim

KRR diberbagai tingkatan (propinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan puskesmas). Karena kegiatan program lebih banyak pada peningkatan fungsi kemitraan sehingga operasionalisasi YFHS sendiri belum berjalan dengan baik. Kemudian YFHS tersebut disosialisasikan ke propinsi lainnya dan sampai dengan tahun 2001 telah tersosialisasi ke 10 propinsi di Indonesia.

Tahun 2002 pengembangan program kesehatan remaja lebih diperluas dan dimantapkan dengan memperkenalkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dengan pendekatan yang berbeda dimana puskesmas diberikan keleluasan berinovasi/kreatif untuk meningkatkan akses remaja melalui pendekatan UKS, kegiatan Karang Taruna dan Anak Jalanan serta kegiatan-kegiatan remaja lainnya yang dianggap potensial. Dengan demikian puskesmas berupaya juga dalam meningkatkan kualitas pelayanannya melalui penyediaan layanan yang memenuhi kebutuhan remaja dan berdasarkan kriterianya (a.l : bersifat privasi, konfindensial). Selain itu keterlibatan remaja sangat ditonjolkan dalam kegiatan program dari perencanaan sampai dengan evaluasi. Materi kesehatan tidak hanya KRR saja tapi meliputi semua materi kesehatan remaja (ditambahkan dengan NAPZA, dan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat). Pelatihan tenaga kesehatan lebih difokuskan pada praktek konseling.

Pada akhir tahun 2003 telah ada 10 Puskesmas di Jawa Barat dengan PKPR sebagai model yang selanjutnya akan direplikasikan secara bertahap didaerah lainnya. Juga telah disusun strategi operasional PKPR dan buku pedoman PKPR. Didalam strategi pelaksanaan PKPR dikembangkan jejaring kerja (*networking*) dengan LSM, pihak swasta dan profesional, serta adanya aktifitas peer edukator (pendidik sebaya).

Selain itu, untuk memenuhi salah satu hak remaja terhadap informasi kesehatan reproduksi yang diperlukan, Departemen Kesehatan telah menyediakan buku saku remaja tentang KRR namun distribusinya masih jauh dari target yang diharapkan, sehingga untuk melengkapi hal tersebut pada tahun 2003 diluncurkan website: Lincah.com. (*A link with community to adolescent health*) yang memuat informasi

tentang masalah kesehatan remaja. Namun sayangnya situs ini tidak dapat diakses hingga saat ini.

Dalam rangka menerapkan Kebijakan dan Strategi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja melalui jalur Pendidikan baik formal maupun non formal, Depdiknas telah menyusun dan menerbitkan buku-buku Panduan, Pedoman dan Bacaan mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja dengan sasaran Guru, Pamong Belajar dan Peserta Didik. Tahun 2004, akan dilakukan perluasan jangkauan dan pematapan program PKPR berupa : peningkatan keterampilan petugas dan ditambahkan pula materi kekerasan terhadap anak (yang meliputi kekerasan seksual terhadap remaja), pengembangan pedoman perencanaan PKPR tingkat kabupaten/kota (*Distric planning guideline*) serta akan dilakukan penyempurnaan kebijakan dan strategi menjadi suatu kebijakan dan strategi nasional kesehatan remaja di Indonesia.

2.6.2 PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN HIV/AIDS

Sejak ditemukannya kasus HIV/AIDS pertama kalinya di Bali pada tahun 1988, maka upaya penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS) mulai berkembang secara pesat, karena IMS lebih mempermudah seseorang tertular HIV. Faktor risiko penularan HIV/AIDS adalah perilaku seks berisiko, penyalahgunaan Napza suntik dan penularan dari ibu ke anak. Didalam penanggulangan IMS, HIV/AIDS telah diterbitkan Kepres. Nomor. 36 tahun 1994 tentang Komisi Penanggulangan AIDS (KPA), KPA tersebut dipimpin oleh Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat yang anggotanya terdiri dari Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Sosial, Menteri Agama dan Kepala BKKBN. Komisi berhasil merumuskan Strategi Nasional Penanggulangan HIV/AIDS yang diresmikan melalui Keputusan Menko Kesra No. 05/Kep/Menko/Kesra/II/1995 tentang Program Penanggulangan HIV/AIDS. Berdirinya KPA di tingkat pusat kemudian diikuti dengan pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS Daerah (KPAD) yang dikembangkan di Provinsi, Kabupaten dan Kota. Departemen terkait dan daerah-daerah kemudian

mengembangkan secara berangsur-angsur berbagai program penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.

2.6.3 PERMASALAHAN YANG DIALAMI PEMERINTAH DALAM PELAKSANAAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI

a. Tingkat pengambil keputusan nasional

Kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi pada saat ini belum merupakan prioritas program pemerintah. Anggaran pembangunan untuk kesehatan di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten masih belum bertambah. Hal ini sangat berpengaruh terhadap anggaran yang tersedia untuk program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi sehingga program yang bisa dijalankan terbatas.

b. Tingkat koordinasi nasional

Koordinasi program antar sektor masih belum berjalan. Hal ini dicoba untuk diatasi dengan membentuk Komisi Kesehatan Reproduksi yang anggotanya terdiri dari wakil-wakil sektor terkait, perguruan tinggi dan LSM. Komisi ini memiliki sejumlah kendala yang menyebabkan fungsi komisi tersebut kurang berjalan. Komisi ini dikukuhkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan yang menempatkan komisi di bawah koordinasi Departemen Kesehatan. Hal ini telah sedikit banyak membatasi kewenangan koordinasi antar sektor. Selain masalah koordinasi, administrasi dan manajemen komisi dijalankan secara paruh waktu sehingga kurang dapat menunjang kebutuhan komisi untuk mencapai tujuannya. Keadaan ini turut memperlambat program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi di Indonesia.

c. Tingkat pelaksanaan

Oleh karena koordinasi di tingkat nasional belum berfungsi secara optimal, pelaksanaan program di tingkat pelayanan dasar kabupaten/kota juga belum terkoordinasi dengan baik. Selain itu, program dan kegiatan

kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi dengan pendekatan komprehensif belum diketahui oleh para pelaksana di fasilitas pelayanan kesehatan dasar meskipun pelayanan konvensional yang dilaksanakan berbagai sektor sudah dijalankan oleh pelaksana lapangan.

d. Tingkat pencapaian indikator

Setiap sektor pemerintah yang terkait, LSM, organisasi profesi dan masyarakat memiliki indikator pencapaian program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi mereka masing-masing. Jumlah indikator yang ingin ditangani cukup banyak dan tingkat pencapaiannya berbeda-beda. Keadaan ini kurang menguntungkan bagi pencapaian program kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi secara nasional.

2.7 SURVEI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA INDONESIA 2007

Perhatian terhadap masalah remaja di Indonesia berkaitan dengan fakta bahwa wanita dan pria muda merupakan bagian penduduk yang sedang berkembang. Satu dari lima penduduk Indonesia tergolong dalam kelompok umur 15-24 tahun. Kelompok ini seringkali tidak mendapat perhatian di banyak survei. Sementara jumlah penduduk pada kelompok ini akan sangat mempengaruhi pertumbuhan penduduk di masa yang akan datang.

Perkembangan masalah kesehatan reproduksi remaja mendorong pemerintah melakukan survei berskala nasional. Survei kesehatan reproduksi remaja pertama kali dilaksanakan di Indonesia pada tahun 2002-2003 di 15 provinsi. Tahun 2007, survei tersebut dilaksanakan dengan wilayah yang lebih luas, mencakup seluruh Indonesia.

Tujuan diadakannya SKRRI 2007 adalah untuk memberikan gambaran keadaan kesehatan reproduksi remaja (belum kawin dalam rentang usia 15-24 tahun). Hasil survei ini diharapkan menjadi data dasar bagi pengelola program ataupun penentu kebijakan. Lebih jauh SKRRI 2007 bertujuan untuk mengukur tingkat pengetahuan orang muda mengenai isu kesehatan reproduksi, mengukur sikap remaja atas berbagai isu dalam kesehatan reproduksi, mengukur tingkat

aktivitas seksual antar orang muda dan menggali kesadaran remaja terhadap HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.

SKRRI 2007 merupakan sub-sampel dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. Kerangka sampel yang digunakan SDKI/SKRRI merupakan kerangka sampel yang dikembangkan untuk Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) 2007. Sebanyak 1694 blok sensus, 676 di daerah kota dan 1018 di daerah pedesaan yang dipilih dari blok sensus Sakernas 2007. Jumlah blok sensus yang dipilih dalam setiap kabupaten/kota tidak dialokasikan secara proporsional terhadap jumlah penduduk. Dalam setiap blok sensus dilakukan pendaftaran bangunan dan rumah tangga secara lengkap/listing dan pemetaan yang dilakukan pada bulan Juli 2007 dengan metode pengambilan sampel dua tahap (second stage sampling). Rata-rata sebanyak 25 rumah tangga dipilih secara sistematis dari setiap blok sensus. Pembentukan sampel SKRRI 2007 bertujuan untuk menyediakan perkiraan beberapa karakteristik utama yang relevan dari remaja wanita dan pria umur 15-24 tahun belum kawin yang mencakup seluruh wilayah nasional, 33 provinsi dan daerah perkotaan berikut pedesaan. Data dalam SKRRI 2007 dikumpulkan dengan menggunakan Daftar Pertanyaan Perseorangan. Daftar tersebut terdiri dari beberapa bagian yaitu

- a. Latar belakang Responden
- b. Pengetahuan mengenai sistem reproduksi manusia
- c. Perkawinan dan anak
- d. Peran keluarga, sekolah dan masyarakat
- e. Merokok, konsumsi minuman alkohol dan obat-obatan
- f. Pacaran dan perilaku seksual
- g. HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya

Sebanyak 42341 rumah tangga terpilih sebagai sampel, dan 41131 berhasil ditemui. Dari seluruh rumah tangga yang ditemukan dalam survei sebanyak 40701 dapat diwawancarai dengan sukses serta menghasilkan tingkat respon sebesar 99 persen. Dari wawancara rumahtangga 9398 responden wanita dan 12541 responden pria telah diidentifikasi untuk wawancara individu. Dari

seluruh responden tersebut sebanyak 8481 wanita dan 10830 pria, menghasilkan tingkat respon sebesar 90 dan 86 persen. Respon untuk pria lebih rendah dibandingkan untuk wanita disebabkan oleh ketidakhadiran pria yang lebih sering dan lebih lama dalam rumah tangga.

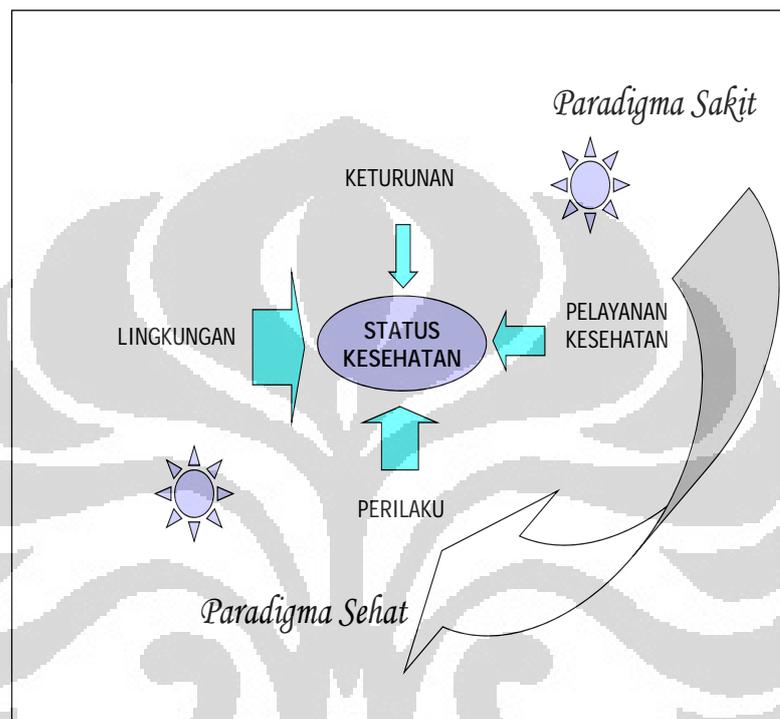
2.9 KERANGKA KONSEP DETERMINAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA ORANG MUDA

2.9.1 KERANGKA KONSEP HL BLUM

Teori Blum (1970) membuat sebuah konsep kesehatan yang bersifat holistik. Dalam konsep ini terdapat empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan manusia yaitu sosiodemografi (lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi), gaya hidup, faktor herediter dan sistem layanan kesehatan.

Dalam kerangka konsep ini Blum mempromosikan pendidikan kesehatan dan tindakan pencegahan terhadap kelompok yang berisiko tinggi sebagai salah satu cara menurunkan angka infeksi.

Sebagai contoh adalah kanker serviks yang penyebabnya adalah multifaktorial. Dari segi sosiodemografi faktor usia muda dalam melakukan hubungan seksual memiliki hubungan bermakna dengan kanker serviks. Semakin muda usia pertama kali melakukan hubungan seks, maka organ reproduksi yang belum matang tersebut semakin rentan mengalami perubahan pertumbuhan sel. Diikuti dengan gaya hidup seperti perilaku bergonta ganti pasangan dalam berhubungan seks. Perilaku ini dapat mengakibatkan infeksi HPV yang merupakan predisposisi terhadap kanker serviks. Sementara itu, riwayat kanker serviks dalam keluarga turut memperbesar risiko seseorang untuk mengalami kanker serviks. Dan terakhir adalah faktor layanan kesehatan. Karena pada faktor ini meliputi kemampuan untuk memberikan informasi, edukasi, melakukan pemeriksaan, mendiagnosa penyakit, pemberian terapi dan program rehabilitasi bila mengalami kecacatan.



Gambar 2.1 Kerangka konsep HL Blum (sumber : Blum, Planning for Health Planning. Human Sciences Press, 1981, pg. 14-31)

2.9.2 KERANGKA KONSEP MOSLEY-CHEN

Kematian pada manusia merupakan konsekuensi akhir dari kumulatif berbagai peristiwa morbiditas dan jarang karena sebab tunggal. Masalah kematian merupakan masalah biologis dan juga masalah sosial, ekonomi dan budaya sehingga kematian penduduk merupakan masalah multi dan interdisipliner (Utomo, 1988)

Kerangka konsep determinan kematian anak yang diajukan oleh Mosley dan Chen (1984) menerapkan hal tersebut di atas. Mosley dan Chen berpendapat bahwa pendekatan yang lebih bermanfaat dalam menjelaskan masalah penyebab kematian adalah menjelaskan dan menilai atau mengukur interaksi biososial tersebut.

Interaksi ini disebut variabel antara atau determinan proksi. Pengembangan suatu determinan Proksi sebagai pendekatan untuk mempelajari kelangsungan hidup anak yang diwakili berdasarkan premis:

1. Secara optimal, lebih dari 97% bayi baru lahir diharapkan dapat melalui lima tahun pertama kehidupannya.
2. Pengurangan probabilitas kelangsungan hidup di beberapa masyarakat adalah dalam rangka untuk menjalankan kekuatan sosial, ekonomi, biologi dan lingkungan.
3. Determinan sosial ekonomi (variabel bebas) harus bekerja melalui determinan proksi yang lebih mendasar yang pada akhirnya mempengaruhi risiko penyakit dan outcome dari proses penyakit.
4. Penyakit-penyakit khusus dan kekurangan gizi diamati dalam populasi yang hidup mungkin menjadi indikator biologi yang bekerja sebagai determinan Proksi
5. Kegagalan pertumbuhan dan akhirnya kematian anak (variabel terikat) sebagai konsekuensi kumulatif dari proses multiple penyakit (termasuk interaksi biososial). Hanya sedikit sebagai kematian anak hasil dari episode penyakit tunggal.

Pada dasarnya adalah suatu model untuk mengidentifikasi determinan proksi atau variabel perantara yang secara tidak langsung mempengaruhi risiko morbiditas dan mortalitas. Semua determinan sosial ekonomi harus bekerja melalui variabel ini untuk mempengaruhi kelangsung hidup anak. Determinan proksi dikelompokkan dalam lima kategori:

1. Faktor ibu; umur, paritas, selang kelahiran
2. Kontaminasi lingkungan: air; makanan/air/tangan; kulit/tanah/benda mati; vektor serangga
3. Defisiensi gizi; kalori; protein; gizi mikro (vitamin dan mineral)
4. Kecacatan : kecelakaan; disengaja
5. Pengawasan penyakit perseorangan; pengukuran pencegahan perseorangan, pengobatan.

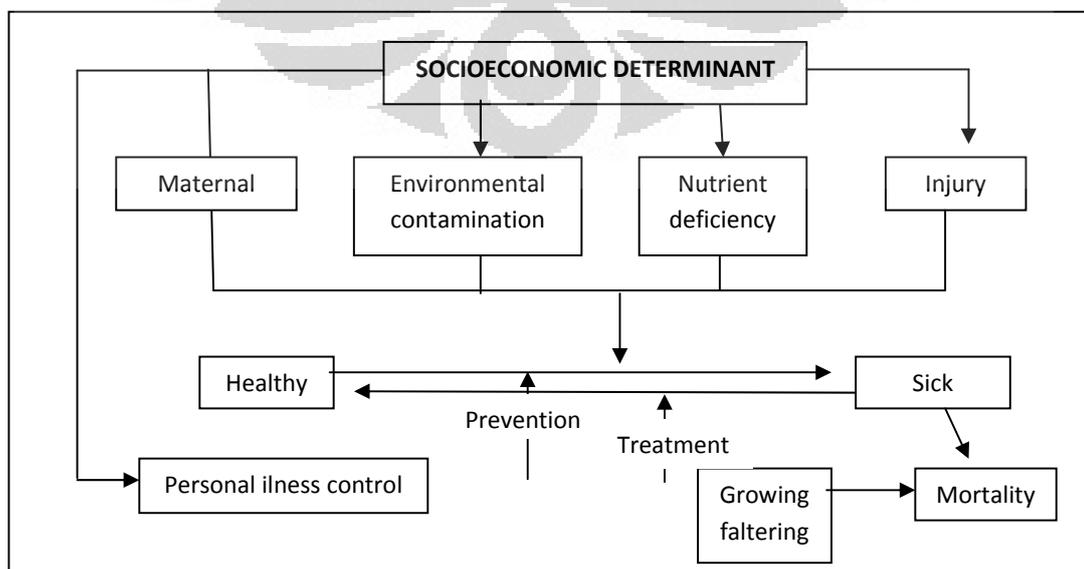
Semua determinan proksi pertama pada empat kelompok pertama mempengaruhi angka perubahan sehat secara individu menjadi sakit. Faktor

pengawasan personal terhadap penyakit mempengaruhi kedua angka kesakitan (melalui pencegahan) dan angka pemulihan (melalui pengobatan). Status penyakit khusus (infeksi atau defisiensi gizi) berubah secara mendasar. Akhirnya baik pulih maupun konsekuensi *irreversible* manifestasi oleh tingkat pertumbuhan lambat (atau disabilitas lain diantara yang hidup) dan/atau kematian.

Suatu aspek baru dari model kerangka pikir ini adalah definisi dari status penyakit khusus secara individu sebagai suatu indikator berlangsungnya determinan daripada suatu penyebab kesakitan atau kematian. Hal ini di bawah nilai yang tidak bermanfaat sebagai etiologi klasifikasi spesifik penyakit atau kematian untuk pengembangan terapi yang rasional dan intervensi pencegahan. Lebih tepatnya bertujuan untuk empati sosial sebagaimana akar masalah medis.

Kenyataan ini sebagai dasar pendekatan epidemiologi, yang dimulai dari masalah biologi dalam *host* dan kemudian dicari sebagai determinan sosial dalam rangka pengembangan ukuran pengawasan yang rasional. Strategi pendekatan untuk penelitian kelangsungan hidup anak secara tidak langsung oleh kerangka pikir metode ganda digunakan dalam epidemiologi penyakit kronik daripada penyakit akut. Penyakit kronik seperti penyakit hati adalah tipe multi faktor sebab akibat, mempunyai periode laten panjang antara terpapar penyakit dan manifestasi dan sangat dipengaruhi oleh gaya hidup dan keadaan sosial ekonomi.

Gambar 2.2 Kerangka konsep determinan kematian anak, Mosley dan Chen



Sumber : An Analytical Framework for The Study of Child Survival in Developing Countries, Mosley dan Chen, 1984, dalam Bulletin of the World Health Organization 2003, 81(2), p.142

2.9.3 DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA KELOMPOK ORANG MUDA

Model lain dikembangkan oleh Boerma (2005) dari kerangka konsep Mosley dan Chen. Boerma mengembangkan kerangka konsep mengenai distribusi dan determinan infeksi HIV di dalam populasi dengan menggabungkan pendekatan demografi dan epidemiologi. Determinan proksi, sebagaimana yang dicetuskan oleh Mosley dan Chen, dapat dipengaruhi oleh variabel kontekstual atau program intervensi dan efek dari mekanisme biologis yang berpengaruh kepada outcome status kesehatan. Dalam model ini terlihat determinan sosiokultur, sosioekonomi, serta faktor-faktor yang kontekstual memiliki peranan penting dalam penularan IMS dan HIV/AIDS.

Sosiodemografi sangat memperhatikan ukuran, komposisi, distribusi populasi dan perubahan karakteristik populasi. Demografi sangat menekankan pengaruh sosiokultur dan sosioekonomi kepada dinamika populasi.

Dalam bagan, Boerma menjelaskan hubungan antara faktor sosial (demografi, kultur dan ekonomi), sistem lingkungan dan sistem biologi dalam penularan HIV/AIDS. Faktor sosiokultur, sosioekonomi, sosiodemografi berikuk dengan intervensi program mempengaruhi determinan proksi yang terdiri dari komponen perilaku dan biologi).

Dalam kaitan antara determinan proksi dengan komponen biologi akan berdampak kepada kejadian infeksi baru, prevalensi, dan mengarah kepada penyakit serta kematian dini. Sementara komponen biologi akan berdampak kepada jumlah infeksi yang meningkat sebagai hasil dari infeksi terbaru. Hal ini ditentukan oleh jumlah kontak dengan orang yang rentan dan terinfeksi, efisiensi pemaparan dan

durasi infeksi. Sementara faktor virulensi, jumlah/konsentrasi virus dalam cairan tubuh, merupakan mekanisme biologi yang menentukan efisiensi transmisi.

Penggunaan kondom sebagai pencegahan penularan cenderung mempengaruhi efisiensi transmisi daripada dampak kepada pemaparan. Walaupun dalam banyak penelitian lebih banyak menitikberatkan transmisi IMS dan HIV/AIDS melalui hubungan seksual, namun dalam kerangka konsep ini memungkinkan untuk melihat faktor-faktor lain dalam penularan IMS seperti penggunaan narkoba jarum suntik yang tidak steril, dampak pelaksanaan pemberian ARV dan lain-lain. Secara keseluruhan kerangka konsep ini dapat digunakan untuk mempelajari berbagai hal seperti

a. Faktor risiko

Banyak penelitian yang melaporkan kaitan yang bermakna antara risiko IMS atau HIV/AIDS dengan faktor demografi, sosiokultur dan sosioekonomi. Studi ini juga dapat digunakan untuk melihat kejadian determinan proksi seperti jumlah dan tipe kontak seksual, kurangnya penggunaan kondom atau adanya IMS merupakan faktor risiko terhadap kejadian penularan HIV.

b. Intervensi

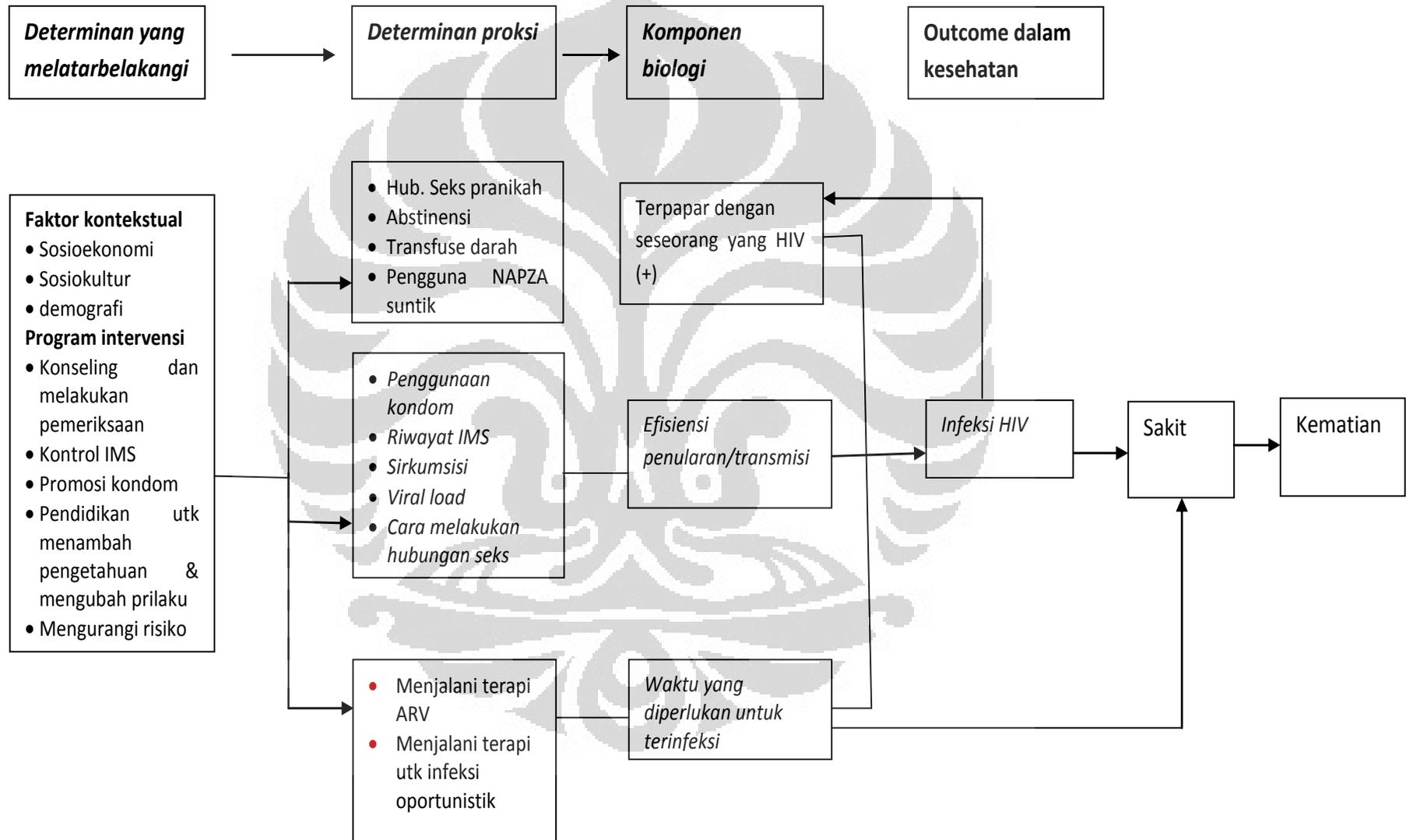
Walaupun kerangka konsep ini diutamakan untuk mempelajari distribusi dan determinan dari sebuah penyakit, namun kerangka ini dapat juga digunakan untuk meneliti intervensi yang dilakukan. Sebagaimana yang diketahui intervensi dapat mempengaruhi lebih dari satu determinan yang berdampak kepada transmisi HIV. Hal ini disebabkan karena determinan proksi dapat berupa perilaku atau efek biologi. Dalam kerangka tergambar jelas bahwa setiap program intervensi memiliki target determinan proksi yang akan dipengaruhi.

Lebih jauh Grassly dalam Boerma (2005) menjelaskan bahwa pengaruh intervensi dalam mengurangi risiko infeksi ditentukan oleh keadaan sosioekonomi dan kapasitas kesehatan masyarakat. Dalam epidemiologi ada tiga faktor yang dapat diintervensi dengan program dalam konteks mengurangi transmisi IMS/HIV. Ketiga faktor tersebut adalah perilaku dalam berhubungan

seks, kofaktor prevalensi IMS dan bercampurnya populasi target dengan populasi at risk. Sementara prevalensi infeksi merupakan mekanisme umpan balik yang berdampak kepada peluang paparan yang akhirnya akan mempengaruhi insidens dan mortalitas.

c. Model statistik

Beragam jenis distribusi penyakit dan perilaku berisiko dalam populasi serta tahapan dalam epidemi memberikan dampak pada besaran masalah dalam perubahan determinan proksi dan insidensi IMS/HIV. Dan untuk mempelajari hal tersebut maka diperlukan pemodelan statistik. Model statistik dipergunakan untuk mempelajari dinamika transmisi IMS dan HIV/AIDS pada populasi yang memiliki pola yang berbeda dalam perilaku seksual dan tingkat intervensi.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

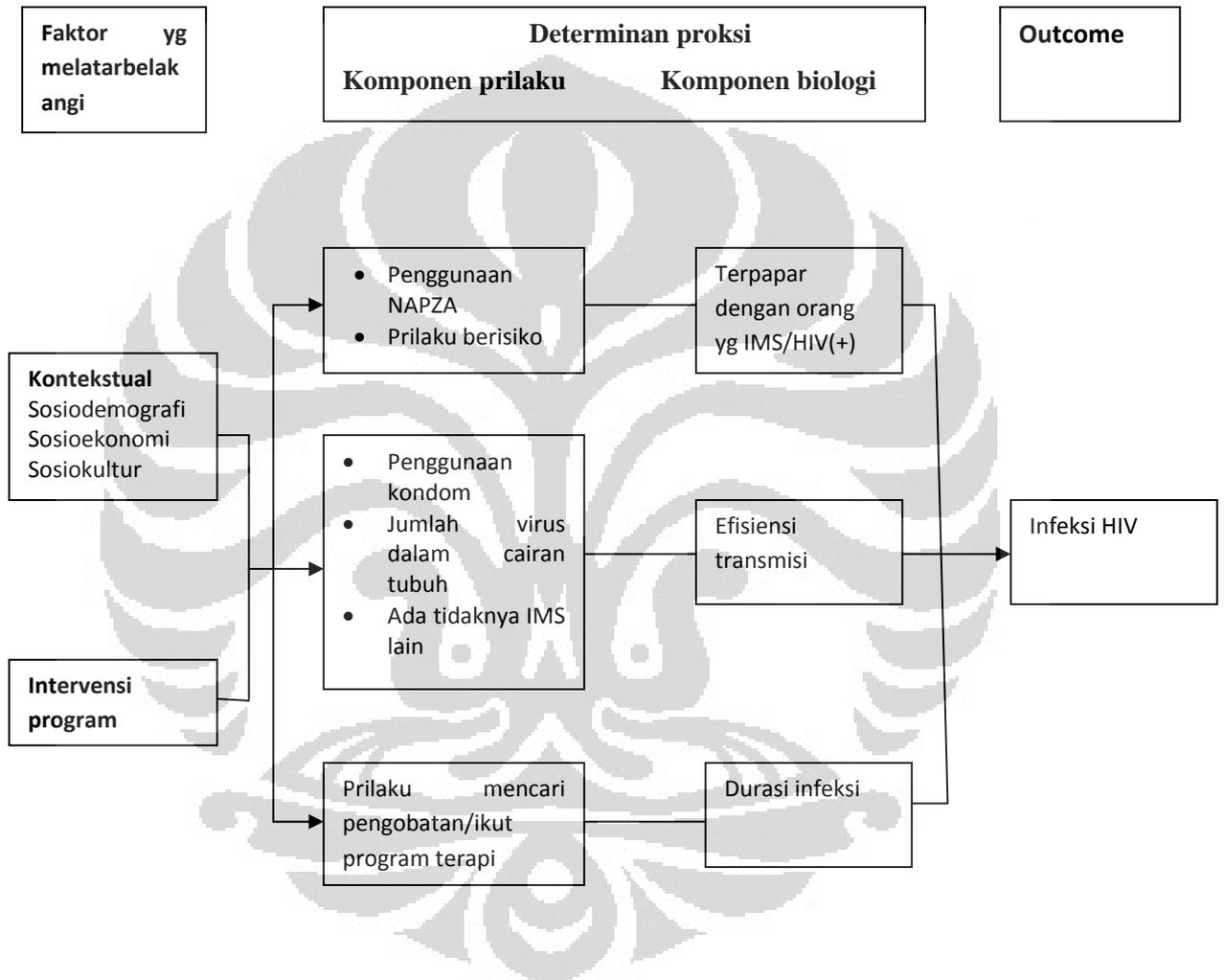
3.1 KERANGKA TEORI

Dari pemaparan seluruh teori dan variabel-variabel di atas dapat disusun sebuah kerangka teori determinan infeksi menular seksual pada remaja (15-24 tahun) sebagai berikut

1. Faktor kontekstual yang terdiri dari sosiodemografi, sosioekonomi dan sosiokultur yang merupakan variabel latar belakang yang mempengaruhi determinan proksi. Faktor ini terdiri dari daerah tempat tinggal, jenis kelamin, umur, usia pubertas, jenjang pendidikan, jenis kegiatan, usia pertama kali melakukan hubungan seks, perilaku melakukan hubungan seks pranikah berikut dengan pemilihan pasangan melakukan hubungan seks, keterpaparan dengan sumber informasi IMS dan mengetahui fungsi kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS atau HIV.
2. Faktor intervensi program yang mempengaruhi determinan proksi terutama mempengaruhi efisiensi transmisi IMS atau HIV. Baik faktor kontekstual dan faktor intervensi termasuk dalam faktor yang melatarbelakangi.
3. Determinan proksi memiliki dua komponen yaitu perilaku dan biologis secara langsung memiliki kaitan dengan transmisi IMS/AIDS. Determinan ini dapat berupa paparan dengan orang yang IMS/HIV (+), penggunaan kondom, jumlah virus dalam cairan tubuh dll.

Sebagai keluaran dari seluruh determinan tersebut adalah kejadian timbulnya gejala IMS berupa keluarnya cairan berbau amis, luka/bisul atau kedua gejala tersebut timbul bersamaan berdasarkan pengakuan responden.

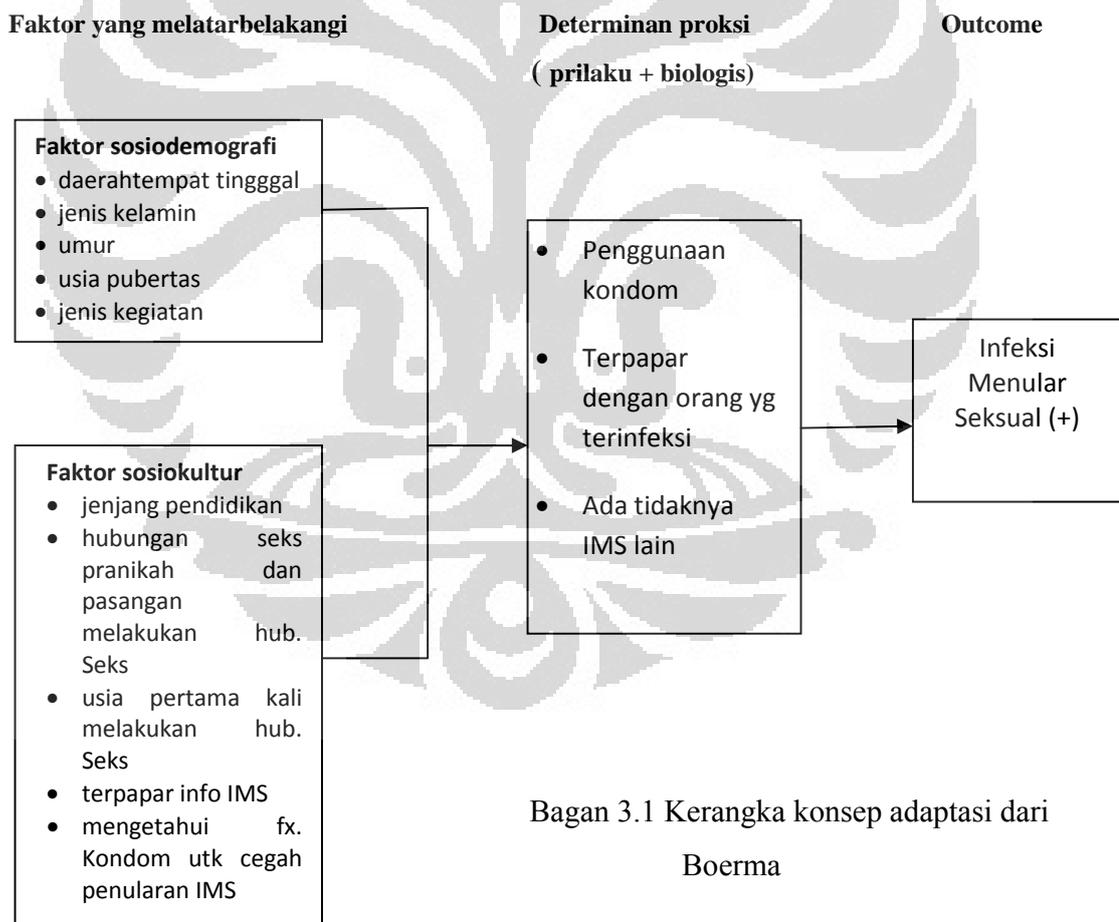
Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan dalam sebuah bagan sebagai berikut



Bagan 2.1. Kerangka Teori

3.2 KERANGKA KONSEP

Dari kerangka teori yang telah diuraikan di atas, selanjutnya menjadi dasar untuk menyusun kerangka konsep penelitian dengan mempertimbangkan keterbatasan variabel dan kasus IMS pada SKRRI 2007. Susunan kerangka konsep penelitian terlihat dalam bagan pada halaman berikut. Kerangka konsep tersebut merupakan modifikasi kerangka konsep determinan proksi dari Boerma tentang risiko penularan IMS dan HIV serta pengaruh intervensi program terhadap penularan IMS. Pada penelitian ini, akibat keterbatasan data, maka yang menjadi *outcome* adalah terjadinya infeksi menular seksual pada remaja yang berpedoman kepada laporan gejala IMS yang dialami oleh responden.



Bagan 3.1 Kerangka konsep adaptasi dari Boerma

Kejadian infeksi menular seksual bukan hanya disebabkan oleh masalah biologis saja tapi merupakan masalah sosial, ekonomi dan budaya yang saling berinteraksi dalam Variabel sosiodemografi pada analisis ini meliputi daerah tempat tinggal, usia, umur pubertas dan jenis kelamin. Di sisi lain terdapat faktor sosio kultur berupa jenjang pendidikan, jenis kegiatan yang dilakukan, usia pertama kali melakukan hubungan seks, perilaku seks pranikah berikut dengan pasangan melakukan hubungan seks, keterpaparan terhadap informasi mengenai IMS dan pengetahuan mengenai kondom sebagai alat cegah penularan IMS. Sedangkan dalam konsep yang dibuat oleh Boerma juga dinilai mengenai frekuensi melakukan hubungan seks, *concurrency*, ada tidaknya transfuse darah, sirkumsisi, cara melakukan hubungan seksual serta penggunaan ARV. Faktor tersebut pada penelitian ini tidak diikutsertakan karena keterbatasan variabel yang tersedia pada data SKRRI 2007.

3.3. DEFINISI OPERASIONAL (berdasarkan SKRRI 2007)

NO	VARIABEL	DEFINISI VARIABEL	CARA PENGUKURAN	HASIL	SKALA	No. pertanyaan dalam kuesioner
FAKTOR DEMOGRAFI						
1.	Daerah tempat tinggal	Tempat tinggal remaja saat dilakukan SKRRI berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan oleh BPS dengan memperhatikan faktor jumlah penduduk, persentase lahan pertanian dan infrastruktur	Observasi formulir isian	0 = perkotaan 1 = perdesaan	Nominal	5
2.	Jenis kelamin	Perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan berdasarkan pemeriksaan kesehatan	Observasi formulir isian	0 = laki-laki 1 = perempuan	Nominal	11
3.	Umur	Usia kehidupan sejak lahir sesuai dengan tanda pengenal hingga ulangtahun	Observasi formulir isian	0 = 20-24 tahun 1 = 15-19 thn	Interval	103

		terakhir sebelum mengikuti SKRRI 2007				
4.	Usia pubertas	Usia mendapatkan menstruasi/mimpi basah pertama kali	Observasi formulir isian	0 = belum pubertas 1 = menarche 14-21 th/ mimpi basah 18-24 th 2 = menarche 10-13 th/ mimpi basah 10-17 th	Interval	205, 208A
5.	Jenis kegiatan saat ini	Aktivitas yang dilakukan sehari-hari	Observasi isian formulir	0= sekolah 1=bekerja 2= tidak sekolah dan tidak bekerja 9=missing	Nominal	107,110C

FAKTOR SOSIOKULTUR						
6.	Jenjang pendidikan	Tingkat pendidikan akhir yang ditempuh oleh remaja	Observasi formulir isian	0 = Tinggi (D3+) 1 = Menengah (SMP-SMU) 2 = Rendah (tidak sekolah-SD)	Ordinal	105
7.	Terpapar info tentang IMS	Orang, institusi atau media yang memberikan informasi tentang infeksi menular seksual	Observasi formulir	0 = teman 1 = ibu 2 = bapak 3 = saudara kandung 4 = keluarga 5 = guru 6 = petugas kesehatan 7 = pemuka agama 8 = televisi 9 = radio 10 = buku/majalah/surat kabar RECODE 0 = jika pernah mendapat informasi ttg IMS dari salah satu sumber di atas 1 = tidak pernah mendapat info ttg IMS dari salah satu sumber di atas	Nominal	618, 618A
8.	Pengetahuan tentang kondom	Tingkat pengetahuan kondom	Observasi formulir	0 = mengetahui fungsi kondom 1 = tidak mengetahui fungsi kondom	Ordinal	221
9.	Hubungan pra nikah berikut	Hubungan seksual antara laki-laki dan	Observasi formulir isian	0= tidak melakukan 1= melakukan seks pranikah dgn	Ordinal	705,709

	dengan pasangannya	perempuan, sebelum menikah		teman/pacar/keluarga 2= melakukan seks pranikah dgn PSK/lainnya		
10.	Usia pertama kali melakukan hubungan seks	Usia saat melakukan hubungan seks pertama kali, sebelum menikah	Observasi isian formulir	0 = tidak pernah melakukan 1 = melakukan pada usia 17-24 tahun 2 = melakukan pada usia 10-16 tahun	Ordinal	708
DETERMINAN DEPENDEN						
1.	Riwayat gejala IMS	Riwayat pernah mengalami salah satu atau lebih gejala/ kelainan pada organ reproduksi baik berupa ulkus ataupun keluarnya cairan berbau	Observasi formulir isian	0=tidak ada riw. IMS 1= terdapat duh tubuh berbau dan atau disertai dengan timbulnya ulkus	Nominal	619 A, 619 B

BAB 4

METODOLOGI

4.1. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari data SDKI 2007 yang mempunyai desain penelitian potong lintang.

4.2. POPULASI PENELITIAN

Populasi pada penelitian ini adalah remaja belum kawin dalam rentang usia 15-24 tahun yang menjadi responden SKRRI 2007. Berjumlah 19311 yang terdiri dari 8481 remaja perempuan dan 10830 remaja laki-laki.

4.4. SUMBER DATA

4.4.1. Data SKRRI 2007

Data yang digunakan pada penelitian adalah data sekunder dari hasil SKRRI 2007, yang merupakan kerjasama antara Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Badan Pusat Statistik (BPS) dan Departemen Kesehatan (Depkes). BPS menggunakan daftar Daftar Blok Sensus (BS) sebagai dasar pengambilan sampel untuk berbagai survei. Sampel SKRRI 2007 menggunakan kerangka sampel dari daftar sampel Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas). Setiap provinsi distratifikasi menurut perkotaan dan pedesaan. Sampel SDKI 2007 dipilih melalui stratifikasi dua tahap dari 1.694 BS, 676 di daerah kota dan 1018 di daerah pedesaan yang dipilih dari blok sensus Sakernas 2007. Jumlah blok sensus yang dipilih dalam setiap kabupaten/kota tidak dialokasikan secara proporsional terhadap jumlah penduduk. Dalam setiap blok sensus dilakukan pendaftaran bangunan dan rumah tangga secara lengkap/listing dan pemetaan yang dilakukan pada bulan Juli 2007 dengan metode

pengambilan sampel dua tahap (*second stage sampling*). Rata-rata sebanyak 25 rumah tangga dipilih secara sistematis dari setiap blok sensus. Pembentukan sampel SKRRI 2007 bertujuan untuk menyediakan perkiraan beberapa karakteristik utama yang relevan dari remaja wanita dan pria umur 15-24 tahun belum kawin yang mencakup seluruh wilayah nasional, 33 provinsi dan daerah perkotaan berikut pedesaan.

4.4.2. Variabel yang tersedia dalam SKRRI 2007

SKRRI 2007 secara khusus menyediakan bermacam blok pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja. Dari data yang diberikan didapatkan variabel dependen yaitu gejala IMS berdasarkan laporan responden. Gejala IMS ini berupa timbulnya duh tubuh yang berbau atau dan disertai ulkus pada alat kelamin.

Selain itu tersedia beberapa variabel karakteristik remaja, sumber informasi IMS, riwayat pubertas, riwayat melakukan hubungan seks berikut dengan pasangan melakukan hubungan seks. Dari variabel-variabel yang tersedia, maka dimungkinkan untuk melakukan analisis kerentanan remaja terhadap IMS.

4.4 PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

4.4.1. MANAJEMEN DATA

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data SKRRI 2007 yang sudah disediakan oleh *Macro.inc*. Kegiatan manajemen data meliputi tahapan evaluasi data, seleksi variabel dan koding. Tahapan awal proses evaluasi data untuk mengetahui sejauh mana data SKRRI 2007 dapat digunakan dalam penelitian ini, meliputi ketersediaan variabel, konsistensi jawaban dengan jumlah missing dan jumlah tak terisi akibat adanya alur pertanyaan. Seleksi variabel dilakukan untuk memudahkan dalam kegiatan analisis agar tidak terganggu oleh variabel lain yang tidak diperlukan dalam analisis. Selanjutnya melakukan koding disesuaikan dengan tujuan dari

thesis berdasarkan kategori yang sudah dibuat sesuai dengan definisi operasional.

4.4.2. ANALISA DATA

Rencana analisis data yang akan dilakukan adalah

a. Perhitungan prevalensi IMS

Untuk mendapat prevalensi IMS pada remaja 15-24 tahun adalah dengan menggunakan rumus :

Kasus IMS pada kelompok orang muda yang menjadi responden IMS dalam SKRRI

2007

Seluruh orang muda yang menjadi responden SKRRI 2007

b. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk memberikan gambaran secara deskriptif masing-masing variabel yang digunakan, baik variabel bebas maupun variabel terikat dalam kaitannya dengan kejadian IMS pada orang muda usia 15-24 tahun yang tercakup dalam SKRRI 2007

c. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan metode Chi square. Dalam tahapan ini dilakukan untuk melakukan analisis memilih faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi status IMS (+) pada remaja yang tercakup dalam SKRRI 2007. Variabel yang memiliki p value $<0,05$ berarti memiliki hubungan dengan IMS. Sementara untuk dapat masuk sebagai kandidat dalam pemodelan multivariat adalah yang mempunyai nilai $p < 0,25$. Bentuk variabel yang digunakan adalah dikotomus (0 dan 1). Variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$ dinilai bermakna dan dapat masuk ke dalam pemodelan multivariat. Untuk

variabel yang jumlah selnya melebihi 2x2, maka terlebih dahulu dilakukan *dummy table* agar dapat dilakukan metode Chi square.

d. Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian, variabel-variabel apakah yang mempengaruhi yang mempengaruhi status IMS (+) pada remaja (15-24 tahun), yang belum kawin dan tercakup dalam SKRRI 2007.

Untuk menjawab tujuan penelitian tersebut digunakan uji regresi logistik. Uji regresi logistik digunakan karena variabel terikat pada penelitian ini masuk ke dalam skala kategorik. Terdapat syarat-syarat dan tahapan analisis multivariat yang harus dipenuhi, yaitu diawali dengan menentukan determinan potensial (variabel kandidat) melalui pengujian regresi logistik secara bivariat dengan kriteria nilai p value $< 0,25$. Selanjutnya semua determinan yang memenuhi syarat p value $< 0,25$ diikutsertakan dalam model dan dilakukan pengujian regresi logistik dengan nilai p $< 0,05$ yaitu sebagai berikut:

Tahap 1 memasukkan semua variabel kandidat dalam uji determinan dengan regresi logistik multivariat.

Tahap 2. Hasil output diperhatikan satu persatu, beri tanda pada variabel yang mempunyai nilai p $< 0,05$.

Tahap 3. Memperhatikan variabel yang tidak mempunyai nilai p $< 0,05$ pada variabel dependen sebagai kandidat variabel yang akan ter-*eliminasi*.

Tahap 4. Variabel yang memenuhi kriteria untuk dieliminasi selanjutnya dikeluarkan dari tahapan uji regresi logistik

Tahap 5. Jika sudah tidak ada lagi variabel yang tidak bermakna, dilanjutkan dengan evaluasi hasil regresi logistic multivariat berdasarkan nilai z dan nilai uji statistic Wald. Eliminasi variabel

independen dimulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi atau nilai z terendah dan $> 0,05$.

Tahap 7. Lakukan evaluasi interaksi antar variabel berdasarkan pertimbangan substansi. Kemudian dilakukan uji statistik untuk menentukan apakah interaksi ini layak masuk dalam model regresi logistik.

Model regresi logistik dituliskan dalam bentuk

$$\frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_1 x_1)}}$$

4.5 Limitasi Penelitian

Penelitian ini dibatasi oleh variabel yang sudah tersedia sehingga menggunakan variabel yang tersedia dari lembar jawaban responden SKRRI 2007. Keterbatasan menggunakan data sekunder adalah dalam hal pemilihan variabel disesuaikan dengan ketersediaan pada data tersebut yang dapat dilihat pada kuesioner yang digunakan.

BAB 5

HASIL

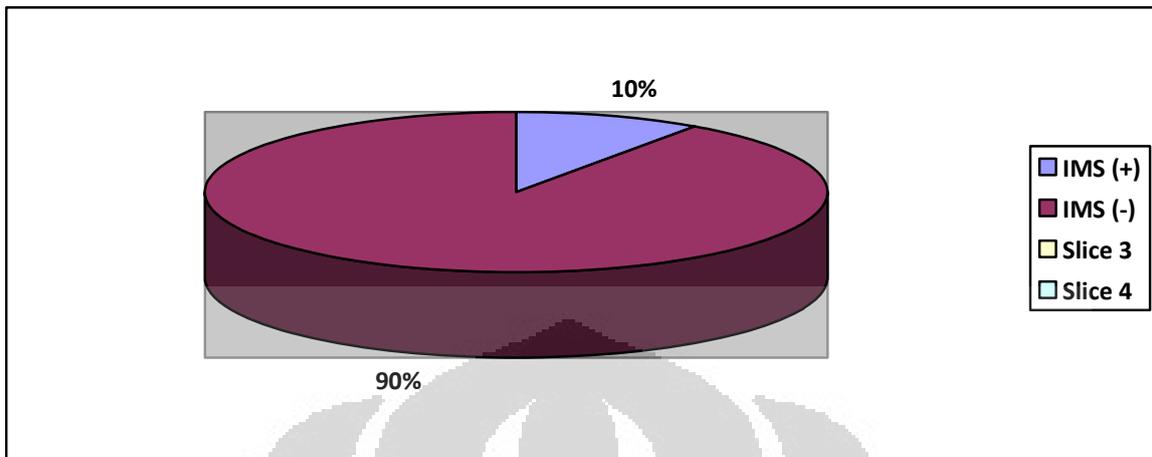
5.1 Profil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007 merupakan survei kedua mengenai kesehatan reproduksi remaja di Indonesia. Survei pertama dilakukan pada tahun 2002-2003 bersamaan dengan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003. Survei pertama dilakukan hanya pada beberapa provinsi. SKRRI 2007 dirancang bersama-sama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinasi keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes) serta Measure DHS Macro Internasional, Inc. BPS bertanggungjawab dalam melaksanakan survey termasuk merancang survey, pelaksanaan lapangan dan pengolahan data.

Tujuan pelaksanaan SKRRI 2007 adalah menyediakan data nasional dan provinsi tentang pengetahuan, sikap, perilaku dan praktek remaja terhadap system reproduksi manusia, hubungan seksual remaja, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lain untuk pembuat kebijakan dan pengelola program. SKRRI 2007 dilaksanakan di seluruh 33 provinsi di Indonesia dan terintegrasi dalam kegiatan SDKI 2007.

5.2 Prevalensi IMS pada remaja berdasarkan laporan responden dalam SKRRI 2007 (berdasarkan analisis univariat)

Infeksi menular seksual merupakan variabel dependen pada penelitian ini. Dalam gambar 5.1 terlihat sebanyak 1635 remaja perempuan (19,1 %) dan 366 remaja laki-laki (3,3 %) dari keseluruhan responden remaja yang disurvei melaporkan pernah mengalami riwayat gejala IMS.



Gambar 5.1. Proporsi remaja melaporkan riwayat gejala IMS dalam SKRRI 2007

Dari data di atas maka besar prevalensi IMS pada remaja Indonesia yang menjadi responden SKRRI 2007 adalah

$$\frac{\text{Kasus IMS pada remaja yang menjadi responden IMS dalam SKRRI 2007}}{\text{Seluruh remaja yang menjadi responden SKRRI 2007}} = \frac{2001}{19549} = 10\%$$

Prevalensi ini hanya berlaku terhadap remaja yang menjadi responden SKRRI 2007. Hal ini disebabkan karena populasi dari penelitian ini adalah total responden SKRRI 2007. Sehingga prevalensi ini tidak dapat digunakan untuk menggambarkan atau memproyeksikan prevalensi IMS pada remaja Indonesia.

5.3 Hasil Analisis Univariat

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Daerah tempat tinggal		
Perkotaan	9395	47,6
Perdesaan	10332	52,4
Jenis kelamin		
Laki-laki	11084	56,2
Perempuan	8643	43,8
Umur		
15 - 19 tahun	12585	63,8
20 - 24 tahun	7124	36,2
Usia Pubertas		
Belum pubertas	1306	6,6
Menarche 10 - 13 tahun dan mimpi basah 10 - 17 tahun	13640	69,1
Menarche 14 - 21 tahun dan mimpi basah 18 - 24 tahun	4680	23,7
Jenis kegiatan		
Sekolah	5353	27,1
Bekerja	258	1,3
Tidak sekolah dan tidak bekerja	2762	14,0
Jenjang pendidikan		
Tidak sekolah-SD	3654	18,2
SMP - SMU	13806	69,9
D3 +	2267	11,5
Hubungan seks pranikah dan pasangan melakukan hubungan seks		
Tidak melakukan hubungan seks pranikah	18291	92,7
Melakukan hubungan seks pranikah dengan teman / pacar / keluarga	1098	5,6
Melakukan hubungan seks pranikah dengan PSK / lainnya	327	1,7
Usia pertama kali melakukan hubungan seks		
Tidak melakukan hubungan seks	18291	92,7
Melakukan seks usia 10 - 16 tahun	850	4,3
Melakukan seks usia 17 - 24 tahun	355	1,8
Keterpaparan dengan sumber informasi IMS		
Terpapar	6783	34,4
Tidak terpapar	12944	65,6
Mengetahui penggunaan kondom untuk pencegahan IMS		
Tahu	6391	32,4
Tidak tahu	13317	67,5

Tabel 5.1 Distribusi untuk setiap variabel, analisis univariat SKRRI 2007

5.4 Hasil Analisis Bivariat

Tahapan ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan metode Chi square. Variabel yang memiliki nilai p value $< 0,05$ memiliki hubungan yang bermakna.

Dari analisis bivariat terlihat bahwa jenis kelamin perempuan memiliki hubungan yang cukup bermakna dengan IMS. Remaja perempuan memiliki risiko 6,87 kali dibandingkan remaja laki-laki untuk tertular IMS (95% CI 6,11-7,72). Sebanyak 1635 dari 8550 remaja perempuan (19,1%) dan 366 dari 10633 remaja laki-laki (3,3%) melaporkan pernah mengalami gejala IMS. Variabel berikutnya adalah usia remaja. Remaja berusia 15-19 tahun memiliki risiko 1,41 kali untuk tertular IMS dibandingkan dengan remaja berusia 20-24 tahun. Sementara keterpaparan terhadap informasi mengenai IMS, memiliki kaitan yang cukup bermakna. Remaja yang tidak terpapar memiliki risiko untuk tertular IMS sebesar 1,40 kali dibandingkan remaja yang terpapar informasi mengenai IMS.

Usia pertama kali melakukan hubungan seks memiliki hubungan yang cukup bermakna dengan IMS. Semakin muda usia melakukan hubungan seks, maka risiko tertular IMS semakin besar. Sementara variabel hubungan seks pranikah dengan pacar/teman/keluarga memiliki risiko 1,28 kali untuk tertular IMS dibandingkan yang tidak melakukan hubungan seks pranikah. Sementara remaja yang melakukan hubungan seks pranikah dengan PSK atau lainnya juga memiliki risiko tertular IMS walaupun tidak sebesar yang berhubungan seks pranikah dengan pacar/teman/keluarga. Hal ini karena responden dari SKRRI lebih banyak pada kelompok yang sedang menempuh jenjang pendidikan yang umumnya melakukan hubungan seks pranikah dengan pacar atau teman.

Usia pubertas memiliki hubungan bermakna dengan IMS pada remaja. Pada remaja yang mengalami pubertas dalam usia yang lebih muda dan bila

kemudian melakukan hubungan seks pranikah, maka remaja tersebut memiliki risiko tertular IMS yang cukup besar.

Variabel jenis kegiatan , usia pertama kali melakukan hubungan seks berikut dengan pengetahuan tentang kondom sebagai alat cegah IMS memiliki hubungan yang cukup bermakna dengan IMS. Ketiga variabel ini memiliki sifat protektif terhadap kemungkinan penularan IMS.

Sementara variabel daerah tempat tinggal dan jenjang pendidikan tidak memiliki hubungan bermakna dengan IMS. Walaupun dalam kajian literature disebutkan daerah tempat tinggal dan jenjang pendidikan memiliki hubungan bermakna dengan IMS. Remaja yang berdomisili di perdesaan memiliki risiko tertular IMS dibandingkan remaja yang tinggal di perkotaan. Perbedaan hasil penelitian dengan kajian literature dapat disebabkan oleh karena blok survei tidak dialokasikan secara proporsional terhadap jumlah propinsi ataupun menurut klasifikasi perkotaan dan perdesaan.

Karakteristik	Gejala IMS berdasarkan laporan responden				JUMLAH		p value	OR
	Tidak ada gejala		Gejala (+)		N	%		
	N	%	N	%				
Daerah								
Perdesaan	9133	89,6	1061	10,4	10194	100	0,407	1,04 (0,95-1,14)
Perkotaan	8415	90,0	940	10,0	9355	100		
Jenis kelamin								
Laki-laki	10633	96,7	366	3,3	10999	100	0,000	6,87 (6,11-7,72)
Perempuan	6915	80,9	1635	19,1	8550	100		
Umur								
15 - 19 tahun	11045	88,7	1411	11,3	12456	100	0,000	1,41(1,27-1,56)
20 - 24 tahun	6503	91,7	590	8,3	7093	100		
Jenjang pendidikan								
Tidak sekolah-SD	3237	90,5	341	9,5	3578	100	0,124	0,91 (0,80-1,03)
SMP - SMU	12304	89,8	1405	10,2	13709	100	0,927	1,01 (0,91-1,11)
D3 +	2007	88,7	255	11,3	2262	100		
Jenis kegiatan								
Sekolah	4715	88,7	600	11,2	5315	100		
Bekerja	241	94,5	14	5,5	255	100	0,007	0,48 (0,28-0,83)
Tidak sekolah dan tidak bekerja	2466	90,3	266	9,7	2732	100	0,073	0,87 (0,75-1,01)
Usia Pubertas								
Belum pubertas	1207	95,6	56	4,4	1263	100		
Menarache 10 - 13 tahun dan mimpi basah 10 - 17 tahun	12459	91,9	1100	8,1	13559	100	0,000	0,49 (0,45-0,54)
Menarache 14 - 21 tahun dan mimpi basah 18 - 24 tahun	3790	81,8	841	18,2	4631	100	0,000	2,62 (2,38-2,89)

Hubungan seks pranikah dan pasangan melakukan hubungan seks

Tidak melakukan hubungan seks pranikah	16327	89,9	1831	10,0	18158	100		
Melakukan hubungan seks pranikah dengan teman / pacar / keluarga	956	87,5	137	12,5	1093	100	0,010	1,28 (1,06-1,54)
Melakukan hubungan seks pranikah dengan PSK / lainnya	260	89,0	32	11	292	100	0,680	1,08 (0,75-1,57)

Usia pertama kali melakukan hubungan seks

Tidak melakukan hubungan seks	16327	89,9	1831	10,0	18158	100		
Melakukan seks usia 10 - 16 tahun	742	87,8	103	12,2	845	100	0,056	1,23 (0,99-1,52)
Melakukan seks usia 17 - 24 tahun	306	86,4	48	13,6	354	100	0,038	1,38 (1,02-1,88)

Keterpaparan dengan sumber informasi IMS

Terpapar	6200	91,7	561	8,3	6761	100	0,000	1,40 (1,27-1,55)
Tidak terpapar	11348	88,7	1440	11,3	12788	100		

Mengetahui penggunaan kondom untuk pencegahan IMS

Tahu	5482	87,5	782	12,5	6264	100	0,000	0,71 (0,64-0,78)
Tidak tahu	12053	90,8	1217	9,2	13270	100		

Tabel 5.2. Analisis bivariat atas variabel-variabel independen terhadap IMS, SKRRI 200

5.4 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel mana yang memiliki hubungan bermakna dengan IMS. Seleksi pada tahap pertama dilakukan dengan melihat nilai p value. Variabel yang memiliki nilai p value $\leq 0,25$ tidak disertakan pada tahap akhir.

Dari hasil tahap seleksi variabel terlihat bahwa hanya ada dua variabel yang tidak dapat disertakan dalam tahap berikutnya. Kedua variabel tersebut adalah daerah tempat tinggal dan umur. Kedua variabel ini memiliki nilai p value $> 0,25$.

Dalam tahap seleksi bivariat ini terlihat bahwa semakin muda usia melakukan hubungan seks memiliki risiko untuk tertular IMS yang semakin besar. Risikonya sebesar 9,750 kali dibandingkan dengan yang tidak melakukan hubungan seks pada usia remaja. Variabel berikutnya yang memiliki risiko yang cukup besar untuk tertular IMS adalah jenis kelamin, yaitu perempuan. Besarnya adalah 7,757 kali dibandingkan remaja laki-laki. Demikian pula dengan usia pubertas yang muda, keterpaparan terhadap info IMS dan pengetahuan tentang fungsi kondom sebagai alat cegah IMS memiliki risiko yang bermakna terhadap penularan IMS.

Variabel	β	Wald	Sig.	OR	95,0% C.I	
Daerah tempat tinggal	0,001	0,000	0,986	1,001	0,859	1,168
Jenis kelamin	2,049	294,700	0,000	7,757	6,139	9,800
Umur	0,042	0,149	0,700	1,043	0,841	1,295
Pubertas						
Belum pubertas		4,124	0,127			
Menarche 10 -13 th/mimpi basah 10 - 17 th	0,486	2,957	0,086	1,625	0,934	2,826
Menarche 14 - 21 th/mimpi basah 18 - 24 th	0,372	1,808	0,179	1,451	0,843	2,497

Jenis kegiatan						
Sekolah		8,519	0,014			
Bekerja	-0,754	6,442	0,011	0,471	0,263	0,842
Tidak sekolah & tidak bekerja	-0,174	3,271	0,071	0,840	0,695	1,015
Jenjang pendidikan						
D3 +		3,043	0,218			
SMP-SMU	0,003	0,001	0,981	1,003	0,789	1,275
Tidak sekolah-SD	-0,266	1,782	0,182	0,766	0,518	1,133
Melakukan hub.seks pranikah berikut dgn pasangannya						
Tidak melakukan hub.seks pranikah		5,524	0,063			
Melakukan hub.seks pranikah dgn teman/pacar/keluarga	-1,257	3,048	0,081	0,285	0,069	1,167
Melakukan hub.seks pranikah dgn PSK/lainnya	-0,001	0,000	0,999	0,999	0,383	2,606
Usia pertama kali berhub.seks						
Tidak melakukan hub.seks		10,425	0,005			
Melakukan hub.seks 17-24 th	2,165	8,356	0,004	8,712	2,008	37,807
Melakukan seks usia 10 - 16 tahun	2,277	10,341	0,001	9,750	2,433	39,064
Keterpaparan thdp info IMS						
Tahu fx. Kondom utk cegah IMS	0,158	3,324	0,068	1,171	0,988	1,387
Tahu fx. Kondom utk cegah IMS	0,115	1,882	0,170	1,122	0,952	1,324

Tabel 5.3 Seluruh variabel yang menjalani seleksi bivariat dalam regresi logistik

Setelah mengikuti beberapa tahapan, maka pada bagian akhir didapatkan variabel-variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan kejadian IMS pada remaja.

Tabel 5.4 Model akhir pemodelan multivariat dengan regresi logistik

Variabel	β	Wald	Signifikansi	OR	95% C.I.
Jenis kelamin	2,118	362,825	0,000	8,31	6,686-10,338
Jenis kegiatan					
Sekolah		14,106	0,001		

Bekerja	-0,783	7,202	0,007	0,457	0,258-0,810
Tidak sekolah&tidak bekerja	-0,231	7,971	0,005	0,794	0,676-0,932
Usia melakukan hub. Seks pertama kali					
Tidak melakukan		32,146	0,000		
Melakukan di usia 10-16 th	1,023	9,440	0,002	2,780	1,448-5,338
Melakukan di usia 17-24 th	1,178	24,180	0,000	3,246	2,030-5,191
Terpapar info ttg IMS	0,144	3,052	0,081	1,154	0,976-1,345
Mengetahui fx. Kondom utk cegah IMS	0,136	2,764	0,096	1,146	0,976-1,345

Dalam regresi logistik ini, jenis kelamin perempuan memiliki risiko untuk tertular IMS yang paling besar dibandingkan dengan variabel lainnya. Perempuan berisiko 8,31 kali dibandingkan dengan remaja laki-laki. Dari analisis multivariat juga terlihat bahwa semakin muda usia melakukan hubungan seks, maka risiko untuk tertular IMS. Sementara jenis kegiatan memiliki hubungan bermakna dengan IMS. Sifat dari variabel jenis kegiatan adalah protektif terhadap IMS.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan potong lintang (*cross sectional*) yaitu penelitian yang mengukur exposure dan outcome pada saat bersamaan atau dalam periode yang singkat. Kelemahan rancangan ini adalah tidak terpenuhinya urutan waktu dimana penyebab harus mendahului akibat. Hal ini disebabkan karena terdapat rentang waktu yang cukup lama

antara kejadian IMS dengan pelaksanaan survei. Sehingga dapat terjadi jawaban bias yang berkaitan dengan kejadian IMS.

6.1.2 Kualitas data

Idealnya determinan yang berkaitan dengan infeksi menular seksual pada remaja diperoleh tidak semata-mata dari jawaban responden atas kuesioner yang diberikan. Namun, di beberapa faktor perlu disertai dengan pendalaman melalui pengumpulan data secara kualitatif. Karena salah satu kelemahan data dari jawaban kuesioner adalah jawaban terbatas pada pilihan yang sudah tersedia (*closed question-answer*). Sehingga di beberapa variabel data yang tergalil kurang informatif. Selain itu peneliti merasa keterbatasan dari data sekunder adalah tidak dapat menganalisis variabel-variabel risiko IMS seperti jenis rekan atau partner dalam berhubungan seks.

Limitasi data SKRRI 2007 adalah kasus dan sampel yang sudah tersedia, sehingga analisis yang direncanakan hendaknya mengikuti kondisi data pada SKRRI 2007. Analisis pada penelitian ini juga tidak luput dari limitasi SKRRI 2007. Kemungkinan terdapat variabel yang sebetulnya berpotensi sebagai determinan namun karena keterbatasan tersebut. Seperti contoh, ketiadaan data mengenai status ekonomi dari remaja yang menjadi responden SKRRI 2007 tidak tercantum. Maka pada analisis ini menggunakan variabel sebagaimana pada Bab 4.

Hal lain yang menjadi keterbatasan SKRRI 2007 adalah blok sensus tidak dialokasikan secara proporsional menurut propinsi ataupun menurut klasifikasi perkotaan dan perdesaan. Alokasi yang tidak proporsional ini mempengaruhi proses pengolahan data. Contohnya adalah daerah tempat tinggal perdesaan yang memiliki risiko yang cukup besar untuk tertular IMS, namun dalam penelitian ini tidak terlihat demikian. Demikian pula dengan sebaran responden yang tidak merata diantara tingkatan jenjang pendidikan memberikan hasil olahan data yang tidak sesuai dengan kajian literatur umumnya.

Di sisi lain, hal yang juga patut diperhatikan adalah pilihan jawaban dalam formulir isian. Adalah penting untuk menggunakan istilah yang lebih mendetail dalam menjelaskan jawaban. Pilihan jawaban atas gejala IMS pada remaja dirasakan masih memiliki kekurangan. Pada pilihan jawaban tersebut hanya disebutkan ada tidaknya duh tubuh yang berbau yang keluar dari organ reproduksi. Padahal pada kenyataannya beberapa jenis IMS memberikan keluhan berupa keluarnya duh tubuh dari organ reproduksi dengan ciri khasnya masing-masing. Duh tubuh tersebut memiliki gradasi mulai dari warna hingga bau-nya. Maka penting untuk menjelaskan lebih detail pilihan jawaban agar mengarahkan jawaban lebih tepat.

6.2 Hasil penelitian

Dari pengolahan data dengan menggunakan cara regresi logistik didapatkan hasil bahwa jenis kelamin perempuan memiliki risiko tertular IMS sebesar 8,31 kali dibandingkan remaja laki-laki. Hal ini sesuai dengan kajian literatur seperti yang dijelaskan oleh Risser (Semin Pediatr Infect Dis. 2005). Dalam penelitiannya menunjukkan bahwa remaja perempuan lebih rentan untuk terinfeksi IMS dibandingkan dengan IMS dibandingkan remaja laki-laki.

Risiko remaja perempuan yang lebih besar untuk tertular IMS dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu

- Faktor biologi

Secara struktur anatomi, perempuan memiliki luas penampang permukaan organ reproduksi yang lebih luas dibandingkan dengan organ reproduksi laki-laki. Luas penampang yang bersifat reseptif ini menjadikan peluang pintu masuk kuman/virus/parasit yang menularkan IMS menjadi lebih besar dibandingkan dengan laki-laki.

- Faktor pendidikan

Pada tatanan kemasyarakatan, golongan perempuan, terlebih remaja perempuan tidak memiliki kesempatan untuk menikmati pendidikan. Akses perempuan terhadap pendidikan dan informasi dibatasi. Keterbatasan akses ini menyebabkan perempuan tidak memahami kondisi kesehatannya serta tidak awas akan bahaya yang mengancamnya.

- Faktor ekonomi

Perempuan seringkali menjadi komoditi perekonomian serta menopang kehidupan ekonomi keluarga. Di banyak kasus remaja perempuan sering dijadikan sebagai alat tukar-alat bayar atas kesulitan ekonomi keluarga. Dan cara bayar tersebut adalah dengan menjadikan remaja perempuan sebagai objek hubungan seks yang berisiko. Hal ini ditegaskan oleh Luke (2003) dalam penelitiannya mengenai remaja perempuan di daerah Sub Sahara Afrika. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa banyak remaja perempuan di Afrika yang terpaksa bekerja sebagai pekerja seksual komersil dalam upaya membayar utang keluarga dan menopang kehidupan ekonomi keluarga.

- Faktor sosial budaya-sistem kemasyarakatan

Sistem kebudayaan patrinal menyebabkan semacam bias gender antara laki-laki dan perempuan. Remaja perempuan mendapat tanggungjawab moral untuk menjaga keperawanannya hingga saat ia menikah, sementara remaja laki-laki tidak memiliki kewajiban moral tersebut. Di lain pihak, sistem kemasyarakatan ini juga menyebabkan remaja perempuan tidak memiliki hak menyatakan pendapat mengenai kebutuhannya ataupun menyatakan keluhan yang dialaminya. Selain itu, posisi remaja perempuan yang menjadi subordinat, menjadikan dia tidak memiliki posisi tawar yang baik apabila dihadapkan dengan ajakan melakukan hubungan seks baik oleh teman, pacar, anggota keluarga atau

orang lain (Situmorang, 2001). Tatanan kemasyarakatan ini umumnya berada di daerah perdesaan dimana sebagian besar responden SKRRI 2007 berada. Meskipun demikian, bukan berarti remaja perempuan yang tinggal di perkotaan terlepas dari perihal bias gender. Meskipun kehidupan perkotaan lebih maju, namun di beberapa hal yang berkaitan dengan bias gender masih tetap terjadi.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah rendahnya pendidikan *life skill* yang menjadi dasar bagi tiap remaja (baik perempuan ataupun laki-laki) untuk mengkomunikasikan pilihannya dalam berhubungan dengan orang lain.

Usia pertama kali melakukan hubungan seks juga memiliki hubungan bermakna dengan IMS pada remaja. Risikonya sebesar 2,780-3,246 kali dibandingkan dengan remaja yang tidak melakukan hubungan seks. Semakin muda usia pertama kali melakukan hubungan seks maka akan mengakibatkan kerentanan remaja untuk tertular IMS semakin besar. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Malhotra (2008). Malhotra menyatakan bahwa semakin muda usia melakukan hubungan seks maka semakin tinggi risiko tertular IMS. Hal ini disebabkan karena sel-sel pada organ reproduksi belum matang dan belum siap menerima perubahan.

Risiko tertular IMS menjadi cukup besar tidak saja semata-mata karena faktor biologis berupa ketidaksiapan organ reproduksi. Akan tetapi, ditengarai bahwa semakin muda melakukan hubungan seks maka dimungkinkan untuk memiliki jumlah pasangan berhubungan seks lebih banyak (Berman dan Hein, 1999).

Ada beberapa hal yang menyebabkan remaja melakukan hubungan seks di usia muda. Di antaranya adalah *perilaku dalam peer group remaja*. Hal ini terlihat dari hasil analisis Iswarati dan T.Y.Prihyugiarto atas SKRRI 2002-2003. Dalam penelitiannya terlihat bahwa Remaja laki-laki cenderung 2 kali lebih besar untuk bersikap setuju jika remaja melakukan hubungan seksual pra nikah dibanding remaja perempuan, sedangkan remaja dari perkotaan cenderung 1,4 kali lebih banyak untuk bersikap setuju melakukan hubungan seksual pra nikah dibanding remaja dari perdesaan. Remaja yang mempunyai teman pernah melakukan

hubungan seksual pra nikah cenderung 3 kali lebih banyak bersikap setuju jika remaja melakukan hubungan seksual pra nikah daripada remaja yang tidak mempunyai teman yang pernah melakukan hubungan seksual pra nikah. Sementara remaja yang mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pra nikah dan mendorongnya untuk melakukan hubungan seksual pra nikah cenderung 1,8 kali lebih banyak bersikap setuju jika remaja melakukan hubungan seksual pra nikah daripada remaja yang tidak mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pra nikah dan mendorongnya untuk melakukan hubungan seksual pra nikah.

Sementara itu remaja yang tidak terpapar dengan informasi IMS memiliki risiko tertular IMS sebesar 1,154 kali dibandingkan dengan yang terpapar. Paparan informasi ini sedikit banyak memberikan pengetahuan kepada remaja mengenai IMS dan kesehatan reproduksi. Dengan demikian diharapkan remaja dapat awas akan kesehatan reproduksi.

Dalam data SKRRI 2007, paparan informasi ini dapat berasal dari orangtua, teman, media cetak ataupun media elektronik. Hal yang terutama adalah memberikan paparan mengenai kesehatan reproduksi dalam lingkungan keluarga yaitu dari orangtua. Karena pembekalan dari keluarga memberikan remaja karakter yang kuat dalam menjaga dirinya. Akan tetapi seperti yang diungkapkan oleh Iskandar (1997), orangtua memiliki rasa canggung untuk membicarakan hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Seringkali orangtua memandang hal tersebut sebagai topik yang hanya boleh dikonsumsi oleh pasangan yang telah menikah. Lebih lanjut Iskandar mengutip pernyataan Hurlock, bahwa remaja yang mendapat pendidikan seksual dari orangtua cenderung berperilaku lebih baik daripada remaja yang mendapatkan informasi dari orang lain.

Perkembangan sarana teknologi juga menjadi salah satu cara untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan IMS ataupun kesehatan reproduksi. Informasi dalam media dapat bersifat positif / sumber informasi IMS dan Kespro yang bermutu, namun dapat pula berupa pornografi. Walaupun hingga saat ini di banyak penelitian dikatakan tidak ada hubungan antara pornografi dengan keinginan melakukan hubungan seks, namun pornografi bukanlah jenis informasi yang patut

dibagikan. Karena itu perlu dikaji kualitas informasi IMS yang tersaji dalam media-media tersebut.

Sementara itu remaja yang tidak mengetahui fungsi kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS berisiko 1,146 kali dibandingkan dengan remaja yang mengetahui fungsi kondom tersebut.

Seperti yang diungkapkan oleh Hindin dan Fatusi (2009) dalam penelitiannya bahwa remaja yang tinggal di negara berkembang kurang memiliki kesadaran untuk menggunakan kondom sebagai salah satu cara pencegahan penularan IMS. Demikian juga dengan sebagian besar remaja Indonesia. Hal ini disebabkan karena terdapat stigmatisasi terhadap kondom. Pemberian pengetahuan mengenai kondom seringkali diasosiasikan dengan legalisasi kehidupan seks bebas. Termasuk oleh pemerintah sebagai pengambil kebijakan, tidak menjadikan kampanye kondom sebagai salah satu strategi pencegahan penularan IMS. Promosi kondom hanya dilakukan secara terbatas pada kelompok tertentu yaitu kalangan PSK dan lingkungan lokalisasi.

Pengetahuan mengenai kondom, tidak menjamin bahwa remaja akan menggunakan kondom dengan baik dan benar. Pertama, disebabkan karena tidak adanya pendidikan/kampanye mengenai penggunaan kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS dengan baik. Kedua, tidak pernah dilakukan penelitian mengenai kemampuan menggunakan kondom dengan baik dan benar di antara remaja. Hingga saat ini umumnya yang dinilai adalah pengetahuan remaja mengenai kondom.

Meninjau variabel-variabel di atas yang menunjukkan hubungan bermakna dengan IMS pada remaja diharapkan menjadi salah satu acuan bagi pengambil kebijakan. Diperlukan langkah-langkah lebih lanjut dalam mengurangi risiko penularan IMS pada remaja. Langkah tersebut dituangkan dalam bentuk program kesehatan reproduksi yang berbasis kebutuhan remaja.

Sebagaimana yang telah disebutkan dalam tinjauan literatur bahwa saat ini pemerintah melaksanakan program lintas sektoral kesehatan reproduksi remaja yang menyertakan BKKBN, Kemendiknas, Kemenag, Kemenkes, Kemensos dan

pemerintah setempat. Umumnya program tersebut utamanya dilaksanakan oleh Kemenkes dan BKKBN. Layanan yang diberikan oleh Kemenkes menitikberatkan pada layanan kesehatan melalui unit-unit kesehatan. Kemendiknas, sebagai institusi yang menaungi sekolah-sekolah diharapkan untuk memberikan informasi KRR dalam kurikulum pendidikan sekolah.

Sementara Kemenag dan Kemensos diharapkan menjadi institusi yang akan menjangkau dan memberdayakan komunitas terlebih lagi kelompok remaja yang putus sekolah (Wilopo et al, dalam Situmorang 2001). Kelompok remaja putus sekolah dan anak jalanan memiliki risiko yang cukup besar dalam penularan IMS. Mereka terpapar dengan bermacam *hazard* seperti NAPZA, perilaku seks anal dan kekerasan (Sedyaningsih, 2000). Walaupun terdapat banyak LSM yang bergerak dalam perlindungan anak jalanan, namun Kemensos tidak dapat melepas tanggungjawab. Secara keseluruhan Kemensos sebagai perwakilan pemerintah adalah institusi yang bertanggungjawab atas kesejahteraan setiap warga Indonesia termasuk anak jalanan. Pihak akademisi, LSM dan sektor swasta hanya bersifat sebagai mitra dan memberikan kontribusi atas program-program pemerintah. Akademisi, LSM dan sektor swasta tidak memiliki otoritas untuk membuat sebuah kebijakan.

Dalam kenyataannya BKKBN bekerjasama dengan UNFPA memperkenalkan bermacam modul pelatihan yang diperuntukkan bagi remaja maupun orangtua. Namun, berhubung modul tersebut tidak terintegrasi dengan kurikulum sekolah, maka informasi yang ada terbatas diterima oleh sejumlah orang dan organisasi. Target utama yaitu remaja berikut orangtuanya justru tidak banyak terjangkau.

Sementara itu Kementerian Kesehatan melalui Puskesmas di beberapa daerah menyediakan layanan kesehatan reproduksi remaja. Pada tahun 1999, Kemenkes bekerjasama dengan WHO menerbitkan Buku Saku KRR bagi remaja usia 14-19 tahun. Namun kembali lagi, buku ini hanya terdistribusi kepada sejumlah remaja saja secara terbatas. Sehingga tidak mencapai target dan tidak memberi dampak yang bermakna.

Di sisi lain, Kemendiknas bekerjasama dengan *World Bank*, meluncurkan *pilot project* mengenai pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sepuluh kota Jawa Tengah dan Jawa Timur. Program ini berfokus pada pemberian pelatihan dan informasi KRR kepada guru-guru sekolah menengah pertama dan menengah umum. Namun hingga kini, pendidikan seks belum terlaksana secara paripurna dalam kurikulum pendidikan sekolah formal.

Keterbatasan pemerintah dalam pelaksanaan program KRR menjadi sebuah dorongan bagi organisasi non pemerintah untuk melengkapinya. Umumnya mereka bekerjasama dengan organisasi donor internasional untuk menyediakan informasi dan layanan kesehatan reproduksi remaja. Organisasi ini berusaha untuk mencapai kelompok remaja baik yang bersekolah maupun yang tidak bersekolah.

Saat ini, di Indonesia, salah satu penggiat kegiatan pendidikan KRR adalah PKBI. Sejak tahun 1991, PKBI melakukan promosi pusat layanan remaja untuk menyediakan informasi dan konseling yang berkaitan dengan isu seksualitas dan KRR. Keterbatasan dari organisasi ini adalah keberadaannya belum tersedia menyeluruh di seluruh wilayah Indonesia.

Di sisi lain, penelitian dalam konteks kesehatan reproduksi perlu digiatkan. Penelitian tersebut diutamakan untuk mengetahui kebutuhan remaja, menjadi dasar pembuatan kebijakan dan pembuatan program kesehatan reproduksi terhadap remaja. Status kesehatan reproduksi remaja yang optimal, terbentuknya pengetahuan remaja yang komprehensif mengenai IMS dan kesehatan reproduksi menekankan kelompok remaja sebagai fokus dan subjek dari program. Sehingga pemberdayaan remaja dan partisipasi aktif remaja dalam setiap program adalah penting adanya.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dari bab sebelumnya maka dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Prevalensi infeksi menular seksual pada remaja yang mengikuti SKRRI 2007 adalah 10%
2. Sebanyak 1635 remaja perempuan (19,1 %) dan 366 remaja laki-laki (3,3 %) dari keseluruhan responden remaja yang disurvei melaporkan pernah mengalami riwayat gejala IMS
3. Dari seluruh variabel yang diuji, maka yang memiliki hubungan bermakna dengan IMS pada remaja adalah jenis kelamin, jenis kegiatan, usia melakukan hubungan seks pertama kali, keterpaparan terhadap info IMS serta pengetahuan akan fungsi kondom sebagai alat cegah penularan IMS
4. Jenis kelamin perempuan menjadi faktor paling dominan yang berhubungan dengan IMS. Perempuan memiliki risiko sebesar 8,31 kali untuk tertular IMS dibandingkan remaja laki-laki

7.2 Saran

1. Bagi pengambil kebijakan/pemerintah

Sebagaimana yang telah disebutkan, bahwa program kesehatan reproduksi remaja merupakan usaha bersama lintas sektoral antara Kemenkes, Kemendiknas, Kemenag, Kemensos dan BKKBN. Hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi sarana evaluasi dan perubahan pendekatan program KRR menjadi lebih terkoordinasi, komprehensif, berbasis kepada kebutuhan remaja dan memberdayakan remaja.

Secara khusus bagi Kemenkes adalah untuk memberikan akses layanan kesehatan yang lebih luas dalam konteks kesehatan reproduksi remaja.

Pembuatan modul pendidikan kesehatan reproduksi yang lebih sesuai dengan kebutuhan remaja adalah sesuatu yang mutlak dilakukan oleh Kemendiknas. Selain itu perlu diadakan pelatihan tenaga guru agar dapat menyampaikan materi tersebut dengan baik.

Sebaiknya dilakukan perubahan pendekatan KRR, dengan tidak semata-mata mengungkap isu moralitas, tetapi lebih berorientasi kepada kesehatan reproduksi. Peranan pendidikan agama, pendekatan melalui tokoh agama untuk menjadi fasilitator pendidikan KRR ada baiknya mulai disosialisasikan.

Sementara menjadi perhatian khusus bagi Kemensos untuk menjangkau anak-anak putus sekolah dan anak jalanan. Kelompok ini memiliki kerentanan yang cukup besar untuk tertular IMS. Sebagai anak jalanan mereka berisiko untuk melakukan hubungan seks berisiko dengan orang lain baik di bawah ancaman ataupun mengikuti perilaku *peer groupnya*.

Sementara BKKBN bersama dengan PKBI diharapkan untuk lebih banyak memberikan pelatihan pendidik sebaya yang berkaitan dengan isu KRR dan IMS. Selain itu, diharapkan BKKBN bersama PKBI secara bersama-sama mengembangkan modul yang mengembangkan kemampuan orangtua dalam berkomunikasi dengan remaja. Dalam hal ini adalah kemampuan komunikasi mengenai kesehatan reproduksi dan IMS.

2. Bagi remaja, hasil penelitian membuka wawasan mengenai kesehatan reproduksi yang mungkin selama ini kurang mendapat perhatian. Sangat diharapkan remaja memberikan masukan, kontribusi atas program-program yang dilaksanakan. Input dari remaja sangat dibutuhkan mengingat remaja yang paling mengetahui kebutuhan dan permasalahan remaja.
3. Bagi dunia akademi, diharapkan hasil penelitian ini menjadi pemicu untuk penelitian-penelitian lebih lanjut. Dalam penelitian ini, didapatkan beberapa hasil yang berbeda dengan kajian-kajian literatur yang ada. Diharapkan perbedaan

tersebut menjadi salah satu celah penelitian untuk menggali informasi lebih detail dan pengembangan ilmu pengetahuan.

4. Bagi Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan.

Pada tahun 2012 akan diadakan kembali SKRRI. Berdasarkan penelitian ini terdapat beberapa hal yang ingin diberikan peneliti sebagai masukan bagi SKRRI 2012. Diantaranya adalah

a. Penentuan variabel

Sebagaimana yang telah disebutkan dalam bagian limitasi penelitian, sangat diharapkan beberapa variabel dapat disertakan dalam SKRRI 2012. Variabel tersebut antara lain adalah mengenai tingkatan ekonomi dari responden SKRRI 2012. Faktor sosioekonomi diyakini memiliki hubungan dengan IMS pada remaja.

Pilihan jawaban dalam form isian SKRRI 2012 perlu dipertegas. Seperti penggambaran karakteristik gejala IMS yang dialami oleh remaja. Penjelasan mengenai sifat duh tubuh dari segi bau ataupun warna, demikian juga dengan ulkus (tunggal ataupun multipel), yang baik dan tepat mengarahkan jawaban pada salah satu jenis IMS yang lebih terarah.

b. Tatacara penentuan blok survei

Dalam SKRRI 2007 penentuan blok survei tidak dialokasikan secara proporsional menurut propinsi atau menurut klasifikasi daerah perkotaan dan perdesaan. Menurut peneliti sebaiknya dalam SKRRI 2012 dilakukan alokasi daerah secara proporsional terlebih dalam konteks klasifikasi perkotaan dan perdesaan. Hal ini diperlukan agar tidak terjadi bias dalam pengolahan data.

c. Tatacara personel pelaku survei

Dalam pelaksanaan survei personel yang melakukan pengambilan data adalah awam terhadap istilah kesehatan. Selain itu perlu disosialisasikan tatacara bertanya kepada responden. Beragamnya latar belakang responden

SKRRI 2012 berimplikasi pada perbedaan pemahaman terhadap form isian SKRRI 2012. Maka perlu dilakukan pelatihan yang intensif agar para pelaksana dapat memahami istilah kesehatan dengan baik. Sehingga proses pengumpulan data dapat berjalan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

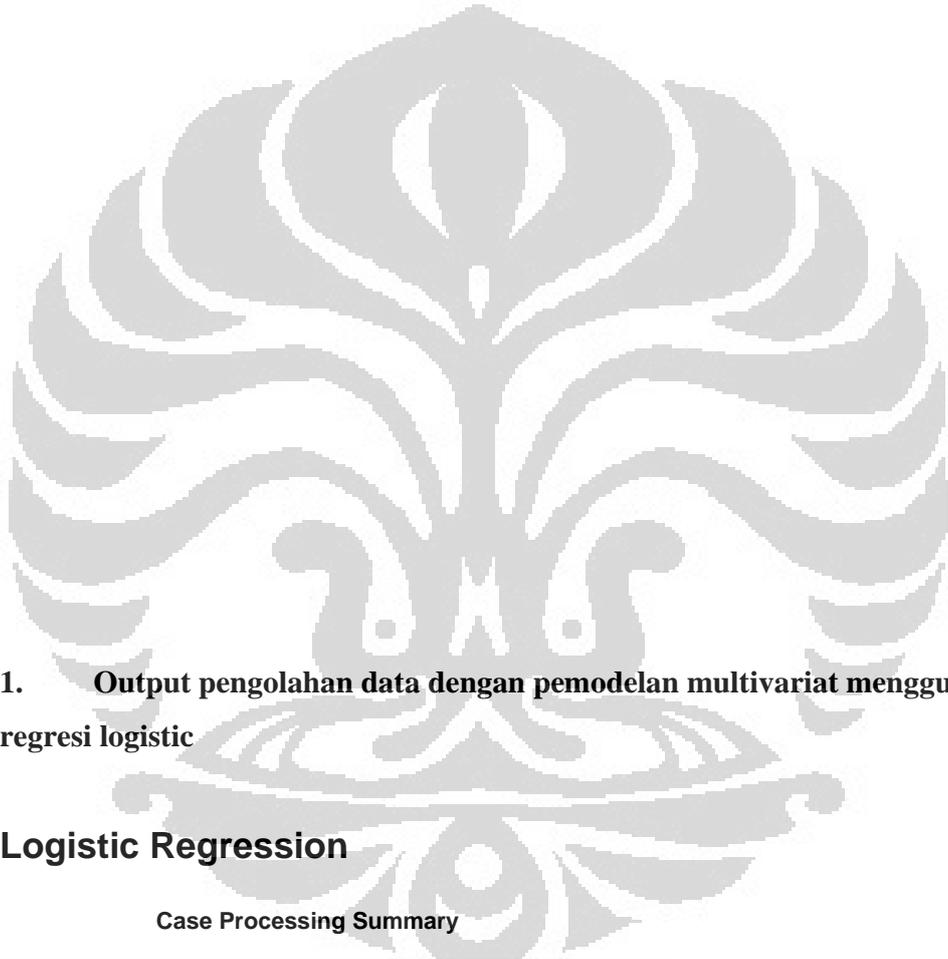
1. *Center for Reproductive Rights (1999). ICPD +5. Gains for women despite position.* www. Reproductiverights.com
2. *WHO (2006). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infection : 2006-2015, breaking the chain of transmission.* Jenewa : WHO
3. *CDC and World Bank (2006). Sexually transmitted infection.* Washington, DC : World Bank
1. *Adler, M. W. (1996) Sexually transmitted diseases control in developing countries: Genitourin.Med., v.72, no. 2, p. 83-88*
2. *Aral, S.O. Holmes, K (1999) Social and behavioral determinants of the epidemiology of STDs : industrialized and developing countries. Sex Transm Infect. P. 39-71*

3. Aseffa, A. Iskak, A. Steven, R (1998) *Prevalence of HIV, syphilis and genital and chlamydial infection among women in North-West Ethiopia. Epidemiology Infection Journal*, pg.171-177.
4. Blum,H.L (1981). *Planning for Health. Human Sciences Press*, pg. 14-31
5. Bolan,G, A Ehrhardt, J N Wassheit (1991). *Gender Perspectives and STDs. Sexually Transmitted Diseases*. [3rd]. McGraw-Hill.
6. Cohen, D. (2000). "Broken Windows" and the Risk of Gonorrhoea. *American Journal of Public Health*, February, Vol. 90, No. 2
7. Fagan, R (2008). *Counseling and Treating Adolescents with Alcohol and Other 15. Substance Use Problems and their Family. The Family Journal: Counseling therapy For Couples and Families. Vol.14. No.4.326-333.*
<http://tfj.sagepub.com/cgi/reprint/14/4/326>
8. Gunarsa SD (1989). *Psikologi perkembangan: anak dan remaja*. Jakarta: BPK. Gunung Mulia.
9. Kamb,M et al (2000). Most bacterial STD are asymptomatic. Joint Meeting of the ASTDA and the MSSVD. Baltimore, MD, May 3-6
10. Laporan Morbiditas Divisi Infeksi Menular Seksual Departemen Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FKUI Perjan RS Dr. Ciptomangunkusumo, Jakarta, Januari-Desember 2004.
11. Litbang Depkes RI (2008) *Survey Demografi Kesehatan Indonesia-Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta; Litbang Depkes RI
12. MAP (2001). *The Status dan Trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and Pasific*. Sydney, MAP
13. Mongks FJ, Knoers AMP, Haditono SR (2000). *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam berbagai bagiannya*. 2000. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
14. Paz-Bailey G, et al (2003). *Risk Factor for Sexually Transmitted Diseases in Northern Thai Adolescents*. *Sex Transm Dis*; 2003; 30: h. 320-6

15. Peterman, T. A. et al.(2006). High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection: a case for rescreening: *Ann.Intern.Med.*, v. 145, no. 8, p.564-572.
16. Santrok JW.(2003) *Adolescence (Perkembangan Remaja)*. Terjemahan. Jakarta: Penerbit Erlangga
17. Sedyaningsih, ER (2000). *Prevalensi Infeksi Menular Seksual dan Perilaku Berisiko Terkait di Kalangan Anak Jalanan di Jakarta*. Jakarta ; Litbang Depkes
18. Shew, M.L. Fortenberry, J.D. Miles, P (1994). *Interval between menarche and first sexual intercourse, related to risk of human papillomavirus infection*. *J PEDIATR* 1994;125:661-6
19. Shafii T, Burstein GR (2004). An overview of sexually transmitted infections among 10. adolescents. *Adolesc Med* 2004; 15: h. 201-14.
20. Situmorang A (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia: A report 1. prepared for STARH program Johns Hopkins University*. Jakarta: Center for Communication Program
21. Silveira, M (2002). *Factors associated with risk behaviour for STD/AIDS, among urban Brazilian Women : A Population-Based Study*. *Sex Transm. Diseases*, September 2002,vol.29/9, pg 536-541
22. Soetjningsih (2007). *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Cetakan ke-2. Jakarta: Sagung Seto; h 1-38.
23. Terris-Prestholt, et al (2006). *The costs of treating curable sexually transmitted infections in low- and middle-income countries: a systematic review*: *Sex Transm.Dis.*, v. 33, no. 10 Suppl, p. S153-S166.
24. Tinker, A. Finn, K. Epp,J (2000). *Improving women's health : Issues and intervention*. Washington, DC ; World Bank
25. Warwer, O (2001). *Perilaku seksual remaja Dani dan penyakit menular seksual di Wamena*. Jayapura : Universitas Cendana



LAMPIRAN



1. **Output pengolahan data dengan pemodelan multivariat menggunakan regresi logistic**

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	8261	41,9
	Missing Cases	11466	58,1
	Total	19727	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		19727	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
tdk ada gejala	0
duh tubuh dan/ ulkus	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding		
		(1)	(2)	(3)	(1)
usia pertama kali berhuub sex	tdk melakukan hubungan seks 17-24 thn	7900	,000	,000	,000
	melakukan hhub seks 10-16 thn	108	1,000	,000	,000
	9	202	,000	1,000	,000
aktif_rev	sekolah	51	,000	,000	1,000
	kerja	5292	,000	,000	,000
	tdk sekolah dan tdk kerja	253	1,000	,000	,000
umur pubertas	belum pubertas	2716	,000	1,000	,000
	menarche 14 - 21 thn dan mimpi basah 18 - 24 thn	479	,000	,000	,000
	menarche 10 - 13 thn dan mimpi basah 14-17 thn	2176	1,000	,000	,000
hubungan seks dan partner seks	tdk melakukan hubungan dgn teman/pacar/keluarga	7900	,000	,000	,000
	melakukan dgn psk/lainnya	282	1,000	,000	,000
		79	,000	1,000	,000
jenjang pendidikan	D3+	1277	,000	,000	,000
	SMP-SMU	6195	1,000	,000	,000
	tdk sekolah-SD	789	,000	1,000	,000

Classification Table(a,b)

Observed		Predicted			
		gejala IMS		Percentage Correct	
		tdk ada gejala	duh tubuh dan/ ulkus	tdk ada gejala	
Step 0	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4

a Constant is included in the model.

b The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		df		Sig.		Exp(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
Step 0	Constant	-2,129	,036	3557,655		1		,000		,119	

Variables not in the Equation(a)

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	age	2,055	1	,152
		didikrec	6,288	2	,043
		didikrec(1)	,624	1	,430
		didikrec(2)	5,817	1	,016
		Pubertas	163,019	2	,000
		Pubertas(1)	149,226	1	,000
		Pubertas(2)	77,035	1	,000
		premarital	,514	2	,773
		premarital(1)	,159	1	,690
		premarital(2)	,346	1	,556
		firstsex	,730	3	,866
		firstsex(1)	,027	1	,870
		firstsex(2)	,666	1	,414
		firstsex(3)	,037	1	,848
		INFO_REC	9,412	1	,002
		daerahrcode	1,146	1	,284
		condom_use	2,459	1	,117
		aktif_rev	11,742	2	,003
		aktif_rev(1)	7,132	1	,008
		aktif_rev(2)	3,234	1	,072
		Jkelrev	461,042	1	,000

a Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.

Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	581,509	15	,000
	Block	581,509	15	,000
	Model	581,509	15	,000
Step 2(a)	Step	,000	1	,986
	Block	581,508	14	,000
	Model	581,508	14	,000
Step 3(a)	Step	-,149	1	,700
	Block	581,360	13	,000
	Model	581,360	13	,000
Step 4(a)	Step	-3,161	2	,206
	Block	578,199	11	,000
	Model	578,199	12	,000

Step 5(a)	Step	-4,296	2	,117
	Block	573,903	9	,000
	Model	573,903	10	,000
Step 6(a)	Step	-4,539	2	,103
	Block	569,364	7	,000
	Model	569,364	8	,000

a A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	5014,027(a)	,068	,138
2	5014,027(a)	,068	,138
3	5014,176(a)	,068	,138
4	5017,336(a)	,068	,137
5	5021,632(a)	,067	,136
6	5026,171(a)	,067	,135

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6,795	8	,559
2	5,844	8	,665
3	6,392	8	,603
4	13,341	8	,101
5	13,908	8	,084
6	13,214	8	,105

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		gejala IMS = tdk ada gejala		gejala IMS = duh tubuh dan/ ulkus		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	Observed
Step 1	1	787	786,307	13	13,693	800
	2	858	857,672	20	20,328	878
	3	834	825,180	13	21,820	847
	4	688	689,322	22	20,678	710
	5	766	772,943	60	53,057	826
	6	690	701,382	129	117,618	819
	7	767	758,575	143	151,425	910
	8	674	670,656	142	145,344	816
	9	727	730,331	176	172,669	903

	10	592	590,632	160	161,368	752
Step 2	1	793	792,182	13	13,818	806
	2	734	734,828	18	17,172	752
	3	835	827,300	14	21,700	849
	4	1103	1102,942	33	33,058	1136
	5	725	731,744	90	83,256	815
	6	701	711,063	140	129,937	841
	7	603	593,347	111	120,653	714
	8	603	606,883	137	133,117	740
	9	869	871,171	209	206,829	1078
	10	417	411,541	113	118,459	530
Step 3	1	800	802,937	17	14,063	817
	2	781	777,551	15	18,449	796
	3	789	781,603	13	20,397	802
	4	1095	1095,170	33	32,830	1128
	5	740	743,753	89	85,247	829
	6	613	624,074	125	113,926	738
	7	672	665,011	127	133,989	799
	8	702	702,938	156	155,062	858
	9	774	778,410	190	185,590	964
	10	417	411,552	113	118,448	530
Step 4	1	839	846,654	23	15,346	862
	2	723	715,401	9	16,599	732
	3	764	757,009	13	19,991	777
	4	1137	1136,282	33	33,718	1170
	5	766	776,163	105	94,837	871
	6	692	694,960	130	127,040	822
	7	750	740,920	143	152,080	893
	8	780	792,164	190	177,836	970
	9	523	519,150	120	123,850	643
	10	409	404,297	112	116,703	521
Step 5	1	839	846,396	23	15,604	862
	2	718	710,296	9	16,704	727
	3	767	759,664	13	20,336	780
	4	1138	1136,859	33	34,141	1171
	5	784	795,261	109	97,739	893
	6	684	685,845	127	125,155	811
	7	750	741,068	143	151,932	893
	8	774	787,752	190	176,248	964
	9	516	513,096	119	121,904	635
	10	413	406,763	112	118,237	525
Step 6	1	804	805,360	17	15,640	821
	2	495	489,415	6	11,585	501
	3	817	810,072	14	20,928	831
	4	388	384,979	7	10,021	395

5	964	969,097	34	28,903	998
6	604	618,192	87	72,808	691
7	688	684,549	117	120,451	805
8	445	456,220	101	89,780	546
9	688	675,844	133	145,156	821
10	1490	1489,274	362	362,726	1852

Classification Table(a)

Observed	Predicted				
	gejala IMS		Percentage Correct		
	tdk ada gejala	duh tubuh dan/ ulkus	tdk ada gejala		
Step 1	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4
Step 2	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4
Step 3	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4
Step 4	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4
Step 5	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4
Step 6	gejala IMS	tdk ada gejala	7383	0	100,0
		duh tubuh dan/ ulkus	878	0	,0
	Overall Percentage				89,4

a The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		Sig.	Exp(B)		95,0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper		Lower	Upper	Lower	Upper
Step 1(a)	age	,042	,110	,149	1	,700	1,043	,841	1,29	
	didikrec			3,043	2	,218				
	didikrec(1)	,003	,122	,001	1	,981	1,003	,789	1,27	
	didikrec(2)	-,266	,200	1,782	1	,182	,766	,518	1,13	
	Pubertas			4,124	2	,127				
	Pubertas(1)	,486	,282	2,957	1	,086	1,625	,934	2,82	
	Pubertas(2)	,372	,277	1,808	1	,179	1,451	,843	2,49	
	premarital			5,524	2	,063				

	premarital(1)	-1,257	,720	3,048	1	,081	,285	,069	1,16
	premarital(2)	-,001	,489	,000	1	,999	,999	,383	2,60
	firstsex			10,425	2	,005			
	firstsex(1)	2,165	,749	8,356	1	,004	8,712	2,008	37,80
	firstsex(2)	2,277	,708	10,341	1	,001	9,750	2,433	39,06
	INFO_REC	,158	,086	3,324	1	,068	1,171	,988	1,38
	daerahrcode	,001	,078	,000	1	,986	1,001	,859	1,16
	condom_use	,115	,084	1,882	1	,170	1,122	,952	1,32
	aktif_rev			8,519	2	,014			
	aktif_rev(1)	-,754	,297	6,442	1	,011	,471	,263	,84
	aktif_rev(2)	-,174	,096	3,271	1	,071	,840	,695	1,07
	Jkelrev	2,049	,119	294,700	1	,000	7,757	6,139	9,80
	Constant	-4,170	,310	181,209	1	,000	,015		
Step 2(a)	age	,042	,110	,148	1	,700	1,043	,841	1,29
	didikrec			3,053	2	,217			
	didikrec(1)	,003	,122	,001	1	,979	1,003	,791	1,27
	didikrec(2)	-,266	,198	1,806	1	,179	,767	,520	1,13
	Pubertas			4,135	2	,126			
	Pubertas(1)	,485	,282	2,956	1	,086	1,625	,934	2,82
	Pubertas(2)	,372	,277	1,810	1	,179	1,451	,844	2,49
	premarital			5,524	2	,063			
	premarital(1)	-1,256	,720	3,048	1	,081	,285	,069	1,16
	premarital(2)	-,001	,489	,000	1	,998	,999	,383	2,60
	firstsex			10,425	2	,005			
	firstsex(1)	2,165	,749	8,357	1	,004	8,713	2,008	37,80
	firstsex(2)	2,277	,708	10,341	1	,001	9,750	2,433	39,06
	INFO_REC	,158	,086	3,376	1	,066	1,171	,990	1,38
	condom_use	,115	,083	1,907	1	,167	1,122	,953	1,32
	aktif_rev			8,520	2	,014			
	aktif_rev(1)	-,754	,297	6,442	1	,011	,471	,263	,84
	aktif_rev(2)	-,174	,096	3,272	1	,070	,840	,695	1,07
	Jkelrev	2,049	,119	294,719	1	,000	7,757	6,139	9,80
	Constant	-4,169	,308	183,224	1	,000	,015		
Step 3(a)	didikrec			3,055	2	,217			
	didikrec(1)	,026	,107	,058	1	,810	1,026	,832	1,26
	didikrec(2)	-,241	,187	1,659	1	,198	,786	,545	1,13
	Pubertas			4,096	2	,129			
	Pubertas(1)	,482	,282	2,923	1	,087	1,620	,932	2,81
	Pubertas(2)	,370	,277	1,787	1	,181	1,447	,842	2,48
	premarital			5,497	2	,064			
	premarital(1)	-1,256	,719	3,047	1	,081	,285	,070	1,16
	premarital(2)	-,004	,489	,000	1	,994	,996	,382	2,59
	firstsex			10,367	2	,006			
	firstsex(1)	2,167	,749	8,379	1	,004	8,734	2,013	37,80
	firstsex(2)	2,267	,707	10,269	1	,001	9,652	2,412	38,62

Step 4(a)	INFO_REC	,159	,086	3,409	1	,065	1,172	,990	1,36	
	condom_use	,115	,083	1,893	1	,169	1,122	,952	1,32	
	aktif_rev			10,453	2	,005				
	aktif_rev(1)	-,773	,293	6,964	1	,008	,462	,260	,82	
	aktif_rev(2)	-,189	,089	4,472	1	,034	,828	,695	,98	
	Jkelrev	2,050	,119	295,394	1	,000	7,767	6,148	9,81	
	Constant	-4,148	,303	187,087	1	,000	,016			
	Pubertas			4,369	2	,113				
	Pubertas(1)	,503	,282	3,192	1	,074	1,654	,952	2,87	
	Pubertas(2)	,389	,276	1,987	1	,159	1,476	,859	2,53	
	premarital			5,170	2	,075				
	premarital(1)	-1,217	,718	2,875	1	,090	,296	,073	1,20	
	premarital(2)	-,005	,489	,000	1	,991	,995	,382	2,59	
	firstsex			10,196	2	,006				
	firstsex(1)	2,134	,747	8,157	1	,004	8,449	1,953	36,54	
	firstsex(2)	2,248	,707	10,120	1	,001	9,467	2,370	37,81	
	Step 5(a)	INFO_REC	,151	,082	3,349	1	,067	1,163	,989	1,36
condom_use		,139	,082	2,875	1	,090	1,149	,979	1,35	
aktif_rev				15,190	2	,001				
aktif_rev(1)		-,804	,293	7,546	1	,006	,448	,252	,79	
aktif_rev(2)		-,244	,082	8,807	1	,003	,784	,667	,92	
Jkelrev		2,049	,119	295,802	1	,000	7,762	6,145	9,80	
Constant		-4,162	,290	205,420	1	,000	,016			
Pubertas				4,289	2	,117				
Pubertas(1)		,501	,282	3,170	1	,075	1,651	,951	2,86	
Pubertas(2)		,389	,276	1,991	1	,158	1,476	,859	2,53	
firstsex				30,842	2	,000				
firstsex(1)		1,017	,333	9,359	1	,002	2,766	1,441	5,30	
firstsex(2)		1,148	,240	22,921	1	,000	3,151	1,970	5,04	
INFO_REC		,149	,082	3,263	1	,071	1,161	,987	1,36	
condom_use		,137	,082	2,790	1	,095	1,147	,976	1,34	
Step 6(a)		aktif_rev			14,772	2	,001			
		aktif_rev(1)	-,781	,291	7,187	1	,007	,458	,259	,81
	aktif_rev(2)	-,242	,082	8,690	1	,003	,785	,668	,92	
	Jkelrev	2,034	,118	296,095	1	,000	7,647	6,066	9,64	
	Constant	-4,147	,290	204,367	1	,000	,016			
	firstsex			32,146	2	,000				
	firstsex(1)	1,023	,333	9,440	1	,002	2,780	1,448	5,33	
	firstsex(2)	1,178	,239	24,180	1	,000	3,246	2,030	5,19	
	INFO_REC	,144	,082	3,052	1	,081	1,154	,983	1,35	
	condom_use	,136	,082	2,764	1	,096	1,146	,976	1,34	
	aktif_rev			14,106	2	,001				
	aktif_rev(1)	-,783	,292	7,202	1	,007	,457	,258	,81	
	aktif_rev(2)	-,231	,082	7,971	1	,005	,794	,676	,93	
	Jkelrev	2,118	,111	362,825	1	,000	8,313	6,686	10,33	

Constant	-3,792	,140	733,876	1	,000	,023
----------	--------	------	---------	---	------	------

a Variable(s) entered on step 1: age, didikrec, Pubertas, premarital, firstsex, INFO_REC, daerahrcode, condom_use, aktif_rev, Jkelrev.

Model if Term Removed

Variable	Model Log Likelihood	Change in - 2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1 age	-2507,088	,149	1	,700
didikrec	-2508,588	3,149	2	,207
Pubertas	-2509,184	4,341	2	,114
premarital	-2509,289	4,551	2	,103
firstsex	-2511,878	9,729	2	,008
INFO_REC	-2508,693	3,358	1	,067
daerahrcode	-2507,013	,000	1	,986
condom_use	-2507,962	1,898	1	,168
aktif_rev	-2511,747	9,467	2	,009
Jkelrev	-2700,649	387,272	1	,000
Step 2 age	-2507,088	,149	1	,700
didikrec	-2508,594	3,161	2	,206
Pubertas	-2509,188	4,350	2	,114
premarital	-2509,289	4,550	2	,103
firstsex	-2511,878	9,729	2	,008
INFO_REC	-2508,719	3,412	1	,065
condom_use	-2507,975	1,924	1	,165
aktif_rev	-2511,747	9,467	2	,009
Jkelrev	-2700,671	387,315	1	,000
Step 3 didikrec	-2508,668	3,161	2	,206
Pubertas	-2509,241	4,306	2	,116
premarital	-2509,354	4,532	2	,104
firstsex	-2511,928	9,680	2	,008
INFO_REC	-2508,811	3,446	1	,063
condom_use	-2508,042	1,909	1	,167
aktif_rev	-2512,904	11,633	2	,003
Jkelrev	-2701,476	388,777	1	,000
Step 4 Pubertas	-2510,978	4,619	2	,099
premarital	-2510,816	4,296	2	,117
firstsex	-2513,456	9,575	2	,008
INFO_REC	-2510,360	3,384	1	,066
condom_use	-2510,120	2,904	1	,088
aktif_rev	-2516,940	16,545	2	,000
Jkelrev	-2703,530	389,723	1	,000
Step 5 Pubertas	-2513,086	4,539	2	,103
firstsex	-2523,789	25,945	2	,000
INFO_REC	-2512,465	3,297	1	,069

	condom_use	-2512,225	2,818	1	,093
	aktif_rev	-2518,830	16,028	2	,000
	Jkelrev	-2704,457	387,282	1	,000
Step 6	firstsex	-2526,546	26,920	2	,000
	INFO_REC	-2514,628	3,084	1	,079
	condom_use	-2514,482	2,792	1	,095
	aktif_rev	-2520,766	15,361	2	,000
	Jkelrev	-2785,693	545,216	1	,000

Variables not in the Equation(f)

			Score	df	Sig.
Step 2(a)	Variables	daerahrcode	,000	1	,986
	Overall Statistics		,000	1	,986
Step 3(b)	Variables	age	,000	1	,983
		daerahrcode	,000	1	,987
	Overall Statistics		,000	2	1,000
Step 4(c)	Variables	age	2,986	1	,084
		didikrec	.	2	.
		didikrec(1)	,000	1	1,000
		didikrec(2)	,000	1	1,000
		daerahrcode	,007	1	,933
Step 5(d)	Variables	age	2,974	1	,085
		didikrec	2,210	2	,331
		didikrec(1)	,000	1	1,000
		didikrec(2)	,000	1	1,000
		premarital	.	2	.
		premarital(1)	,000	1	1,000
		premarital(2)	,000	1	1,000
		daerahrcode	,009	1	,926
Step 6(e)	Variables	age	2,863	1	,091
		didikrec	.	2	.
		didikrec(1)	,000	1	1,000
		didikrec(2)	,000	1	1,000
		Pubertas	,230	2	,891
		Pubertas(1)	,000	1	1,000
		Pubertas(2)	,000	1	1,000
		premarital	.	2	.
		premarital(1)	,000	1	1,000
		premarital(2)	,000	1	1,000
		daerahrcode	,002	1	,968

a Variable(s) removed on step 2: daerahrcode.

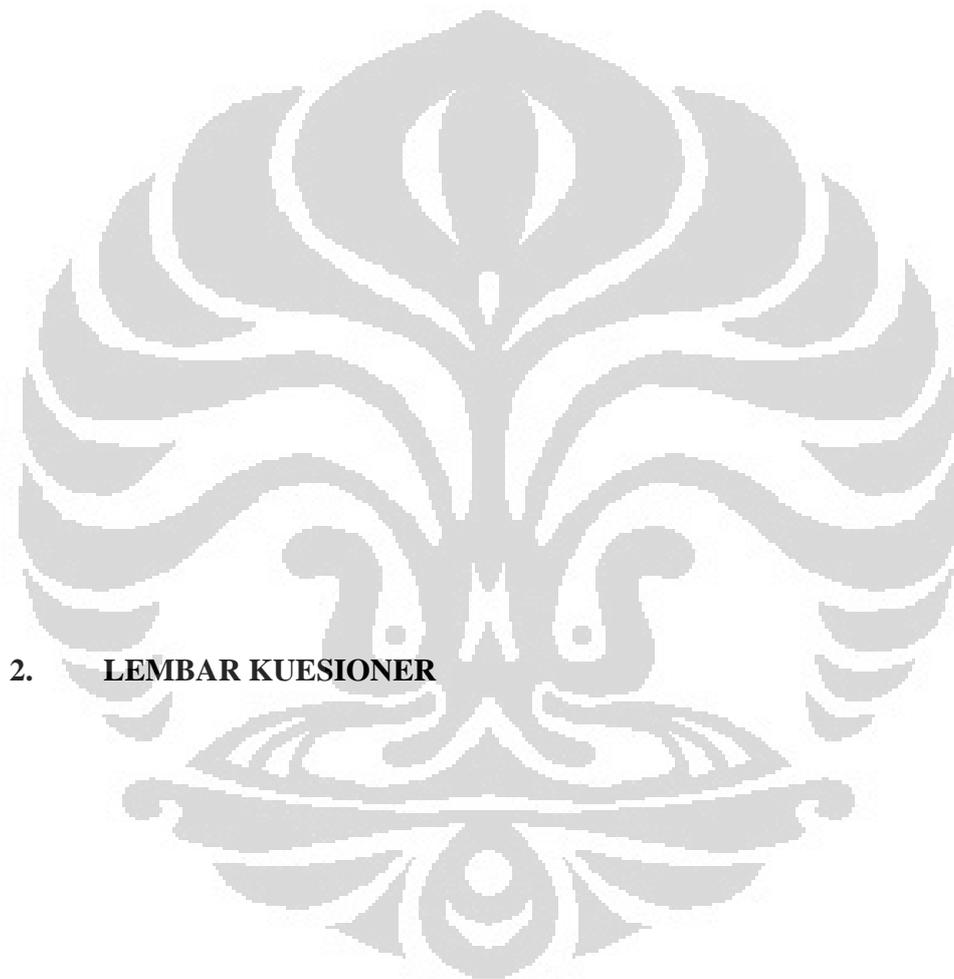
b Variable(s) removed on step 3: age.

c Variable(s) removed on step 4: didikrec.

d Variable(s) removed on step 5: premarital.

e Variable(s) removed on step 6: Pubertas.

f Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.



2. **LEMBAR KUESIONER**

1. RESPONDENT'S BACKGROUND

INFORMED CONSENT

Hello.
My name is..... I am working with Badan Pusat Statistik. We are conducting a national survey of unmarried women and men between age 15 and 24. We are interested in your knowledge of, attitudes toward and practice in health care.

This information will be used to help the government in developing plans to provide health services tailored specifically to address the needs of young people. We would very much appreciate your participation in this survey. The survey usually takes about 25 minutes to complete. Whatever information you provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons.

Participation in this survey is voluntary and you can choose not to answer any individual question or all of the questions. However, we hope that you will participate in this survey since your views.

At this time, do you want to ask me anything about the survey?
(GIVE CLEAR AND BRIEF RESPONSE)

During this interview, how should I address you?

(SPECIFY)

May I begin the interview now?

Signature of interviewer: _____

Date: _____ 2007

RESPONDENT AGREES
TO BE INTERVIEWED

RESPONDENT DOES NOT
AGREE TO BE INTERVIEWED

1 ↓

2 →

END

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO	
101	RECORD THE TIME.	HOUR <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> MINUTES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
102	In what month and year were you born?	MONTH <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> DON'T KNOW MONTH 98 YEAR <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> DON'T KNOW YEAR 9998		
103	How old were you at your last birthday? COMPARE AND CORRECT 102 AND/OR 103 IF INCONSISTENT. IF AGE IS LESS THAN 15 OR OVER 24, END INTERVIEW.	AGE IN COMPLETED YEARS' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
104	Have you ever attended school?	YES 1 NO 2	→ 109	
105	What is the highest level of school you attended: primary, junior high, senior high, academy or university?	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5		
106	What is the highest (grade/year) you completed at that level? FIRST YEAR NOT COMPLETED = 0 COMPLETED = 7 DONT KNOW = 8	GRADE <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		
107	Are you currently attending school?	YES 1 NO 2	→ 109	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
108	Why is it that you are not currently attending school any more?	GRADUATED/HAD ENOUGH SCHOOLING 01 GOT PREGNANT 02 TO CARE FOR CHILDREN 03 FAMILY NEEDED HELP ON FARM OR BUSINESS 04 COULD NOT PAY SCHOOL FEES ... 05 NEEDED TO EARN MONEY 06 DID NOT LIKE SCHOOL/ DID NOT WANT TO CONTINUE ... 07 DID NOT PASS EXAMS 08 SCHOOL NOT ACCESSIBLE/ TOO FAR 09 OTHER 96 (SPECIFY)	
109	What is your religion?	ISLAM 01 PROTESTANT 02 CATHOLIC 03 HINDU 04 BUDDHIST 05 CONFUCIAN 06 OTHER 96	
110A	Have you done any work in the past week?	YES 1 NO 2	→ 201
110B	As you know, some people take up jobs for which they receive no payment, paid in cash or kind. Others sell things, work in a small business or work in the family farm or family business. Did you do any of these things or any other work for a minimum of one hour continuously in the past week?	YES 1 NO 2	→ 201
110C	Although you did not work in the last seven days, do you have any job or business from which you were absent for leave, illness, vacation or any other reason?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
207	Who talked to you about menstruation? Any one else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	FRIENDS A MOTHER B FATHER C SIBLINGS D RELATIVES E TEACHER F HEALTH SERVICE PROVIDER G RELIGIOUS LEADER H OTHER X (SPECIFY)	
208	The first time you menstruated, did you talk to anyone? Who did you talk to? Anybody else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	FRIENDS A MOTHER B FATHER C SIBLINGS D RELATIVES E TEACHER F HEALTH SERVICE PROVIDER G RELIGIOUS LEADER H OTHER X (SPECIFY) NO ONE Z	→ 209
208A	How old were you when you had your first wet dream?	NEVER 00 AGE IN YEARS	→ 209
208B	Before you had wet dreams, did anyone talk to you about wet dreams?	YES 1 NO 2	→ 209
208C	Who talked to you about wet dreams? Any one else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	FRIENDS A MOTHER B FATHER C SIBLINGS D RELATIVES E TEACHER F HEALTH SERVICE PROVIDER G RELIGIOUS LEADER H OTHER X (SPECIFY)	
209	For women who have menstruated, from one menstrual period to the next, are there certain days when she is more likely to become pregnant if she has sexual relations?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 211
210	Is this time just before her period begins, during her period, right after her period has ended, or halfway between two periods?	JUST BEFORE HER PERIOD BEGINS 1 DURING HER PERIOD 2 RIGHT AFTER HER PERIOD HAS ENDED 3 HALFWAY BETWEEN 4 OTHER 6 (SPECIFY) DONT KNOW 8	
211	Can a woman become pregnant by having one sexual intercourse ?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
211A	Do you know how to avoid pregnancy? If "YES": What is it? Any other way? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	ABSTAIN FROM SEX A USE CONTRACEPTION METHOD ... B RHYTHM OR PERIODIC ABSTINENCE C WITHDRAWAL D HERBS E OTHER X (SPECIFY) DONT KNOW Z	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
<p>Now I would like to talk about family planning - the various ways or methods that a couple can use to delay or avoid a pregnancy. CIRCLE CODE '1' IN 212 FOR EACH METHOD MENTIONED SPONTANEOUSLY. THEN PROCEED DOWN THE COLUMN, READING THE NAME AND DESCRIPTION OF EACH METHOD NOT MENTIONED SPONTANEOUSLY. CIRCLE CODE 1 OR 2 IF METHOD IS "RECOGNIZED", AND CODE 3 IF "NOT RECOGNIZED".</p>			
212	What family planning methods have you heard about? (Have you ever heard about:)		
01.	Female sterilization. Women can have an operation to avoid having any more children.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
02.	Male sterilization. Men can have an operation to avoid having any more children.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
03.	Pill Women can take a pill every day to avoid becoming pregnant.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
04.	IUD Women can have a loop or coil placed inside them by a doctor or a nurse.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
05.	Injectables Women can have an injection by a health provider that stops them from becoming pregnant for one more months.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
06.	Implants Women can have several small rods placed in their upper arm by a doctor or nurse which can prevent pregnancy for one or more years.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
07.	Condom Men can put a rubber sheath on their penis before sexual intercourse.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
08.	Intravag/Diaphragm Women can place a thin flexible disk in their vagina before intercourse.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
09.	Lactational amenorrhea method (LAM) Up to 6 months after childbirth, a woman can use a method that requires that she breastfeeds frequently, day and night, and that her menstrual period has not returned.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
10.	Rhythm or periodic abstinence Every month that a woman is sexually active she can avoid pregnancy by not having sexual intercourse on the days of the month she is most likely to get pregnant.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
11.	Withdrawal. Men can be careful and pull out before climax	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2	
12.	Emergency Contraception. As an emergency measure after unprotected sexual intercourse, women can take special pills at any time within three days to prevent pregnancy.	YES, SPONTANEOUS 1 YES, PROBES 2 NO 3	
13.	Other methods. Have you heard of any other ways or methods that women or men can use to avoid pregnancy?	YES 1 _____ (SPECIFY) _____ (SPECIFY) NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
212A	CHECK 212: AT LEAST ONE 'YES' CODE "1" OR "2" CIRCLED	NO CODE "1" OR "2" CIRCLED	→ 220
213	Now I want to talk about family planning use in the future. Do you think you will use a family planning method some time in the future?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 216
214	What method would you like to use? POSSIBLE ANSWERS FOR MALE RESPONDENT: 02, 07, 10, 11, 96 OR 98. POSSIBLE ANSWERS FOR FEMALE RESPONDENT: 01, 03, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 96, OR 98 DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	FEMALE STERILIZATION 01 MALE STERILIZATION 02 PILL 03 IUD 04 INJECTABLES 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 INTRAVAG/DIAPHRAGM 08 LACTATIONAL AMEN. METHOD 09 PERIODIC ABSTINENCE 10 WITHDRAWAL 11 OTHER 96 DONT KNOW 98	→ 216 → 216
215	Where can you obtain this method? Any other place? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED. IF SOURCE IS HOSPITAL OR CLINIC, WRITE THE NAME OF PLACE, PROBE TO IDENTIFY THE TYPE OF SOURCE AND CIRCLE THE APPROPRIATE CODE _____ (NAME OF PLACE) _____ (NAME OF PLACE)	PUBLIC SECTOR HOSPITAL A HEALTH CENTER B CLINIC C FP FIELDWORKER D FP MOBILE UNIT E OTHER F (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR HOSPITAL G CLINIC H PRIVATE DOCTOR I PRIVATE NURSE/MIDWIFE J VILLAGE MIDWIFE K PHARMACY/DRUG STORE L OTHER M (SPECIFY) OTHER DELIVERY POST N HEALTH POST O FP POST P FRIENDS/ RELATIVES Q SHOP R OTHER S (SPECIFY) DONT KNOW Z	
216	Do you want your partner to use a contraceptive method to delay or avoid pregnancy?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
220	What service of family planning do you think should be made available to unmarried youth? Information: Information about reproductive health and family planning methods? Counseling: Consultation about how to use family planning methods? Contraceptive methods: Access to family planning methods?	YES NO INFORMATION 1 2 COUNSELLING 1 2 CONTRACEPTIVE METHODS.. 1 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
221	<p>I will now read you some statements about condom use. Please tell me if you agree or disagree with each.</p> <p>Condoms can be used to prevent pregnancy.</p> <p>A condom can protect against getting HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases</p> <p>A condom can be reused?</p>	<p style="text-align: right;">DIS- DONT AGREE AGREE KNOW</p> <p>PREVENT PREGNANCY . . . 1 2 8</p> <p>PREVENT HIV/AIDS AND STI 1 2 8</p> <p>CAN BE REUSEE 1 2 8</p>	
222	<p>Now I want to talk about a disease called anemia. Have you ever heard of anemia?</p>	<p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	→ 301
223	<p>What is anemia?</p> <p>Anything else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>LOW HEMOGLOBIN (Hb) A</p> <p>IRON DEFICIENCY B</p> <p>DEFICIT IN RED BLOOD CELLS C</p> <p>BLOOD DEFICIT D</p> <p>VITAMIN DEFICIENCY E</p> <p>LOW BLOOD PRESSURE F</p> <p>OTHER _____ X</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>DONT KNOW Z</p>	
224	<p>What do you think is the cause of anemia?</p> <p>Anything else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>LACK OF CONSUMPTION OF MEAT, FISH AND LIVER A</p> <p>LACK OF CONSUMPTION OF VEGETABLES AND FRUITS B</p> <p>BLEEDING C</p> <p>MENSTRUATION D</p> <p>MALNUTRITION E</p> <p>INFECTIOUS DISEASE F</p> <p>OTHER _____ X</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>DONT KNOW Z</p>	
225	<p>How is anemia treated?</p> <p>Anything else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>TAKE PILL TO INCREASE BLOOD A</p> <p>TAKE IRON TABLET B</p> <p>INCREASE CONSUMPTION OF MEAT, FISH AND LIVER C</p> <p>INCREASE CONSUMPTION OF IRON-RICH VEGETABLES D</p> <p>OTHER _____ X</p> <p style="text-align: center;">(SPECIFY)</p> <p>DONT KNOW Z</p>	

3. MARRIAGE AND CHILDREN

Let us now talk about marriage and having children.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
301	At what age would you like to be married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NEVER 95 DONT KNOW 98	
302	In your opinion, what is the best age for a woman to get married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DONT KNOW 98	
303	In your opinion, what is the best age for a man to get married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DONT KNOW 98	
303A	Do you think a couple who wants to get married needs to have a medical test	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 304
303B	What kind of medical test ? Anything else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	PHYSICAL A BLOOD B URINE C OTHER X (SPECIFY) DONT KNOW Z	
304	Who is going to choose the person you will marry : your parents, yourself, or together ?	PARENT 1 SELF 2 PARENT AND SELF 3	
305	If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many children would that be?	NUMBER <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> OTHER 96 (SPECIFY)	→ 307
306	How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and for how many would it not matter if it was boy or girl?	BOYS GIRLS EITHER NUMBER <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> OTHER 96 (SPECIFY)	
307	Who do you think should decide on how many children a couple should have : the wife, the husband, or both?	WIFE 1 HUSBAND 2 BOTH 3 DONTKNOW 8	
308	In your opinion, what is the best age for a woman to have the first baby?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DONT KNOW 98	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																																
309	In your opinion, what is the best age for a man to have the first baby?	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 98																																	
310	How long do you think a woman should wait after one birth before she has another birth?	MONTH 1 <input type="text"/> <input type="text"/> YEARS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW 998																																	
311	If a woman has an unwanted pregnancy, what do you think she should do, have the baby and keep it, have the baby and give it away, or have an abortion?	HAVE THE BABY AND KEEP IT 1 HAVE THE BABY AND GIVE IT AWAY . 2 HAVE AN ABORTION 3 UP TO HER 4 DON'T KNOW 8																																	
312	I'm going to read some statements about times when when a woman might consider having an abortion. Please tell me, in your opinion, is it acceptable for a woman to have an abortion if: Her health is endangered by the pregnancy? Her life is endangered by the pregnancy? The fetus has physical deformity? The pregnancy has resulted from rape? She is unmarried? The couple can not afford to have a child? She is attending school?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AGREE</th> <th>DIS-AGREE</th> <th>DON'T KNOW</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENDANGER HER HEALTH</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ENDANGER LIFE ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FETUS DEFORMED</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RAPED</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>UNMARRIED</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CAN NOT AFFORD</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ATTENDING SCHOOL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		AGREE	DIS-AGREE	DON'T KNOW	ENDANGER HER HEALTH	1	2	8	ENDANGER LIFE ...	1	2	8	FETUS DEFORMED	1	2	8	RAPED	1	2	8	UNMARRIED	1	2	8	CAN NOT AFFORD	1	2	8	ATTENDING SCHOOL	1	2	8	
	AGREE	DIS-AGREE	DON'T KNOW																																
ENDANGER HER HEALTH	1	2	8																																
ENDANGER LIFE ...	1	2	8																																
FETUS DEFORMED	1	2	8																																
RAPED	1	2	8																																
UNMARRIED	1	2	8																																
CAN NOT AFFORD	1	2	8																																
ATTENDING SCHOOL	1	2	8																																

4. ROLE OF FAMILY, SCHOOL, COMMUNITY, AND MASS MEDIA

Now I'd like to ask you about the role of family, school and community as sources of information on reproductive health, which includes issues related to sexuality and sexually transmitted infections, such as HIV/AIDS; and use of illegal drugs and NAPZA (narcotics, alcohol, psychotropic drugs, and other addictive substances).

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																											
401	We would like to know about the people with whom you have talked about or asked questions about sexual matters. Have you talked about these things with: Friend? Mother? Father? Siblings? Family? Teacher? Health service provider? Religious leader?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FRIENDS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MOTHER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FATHER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SIBLINGS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RELATIVES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TEACHER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HEALTH SERVICE PROVIDER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>RELIGIOUS LEADER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	FRIENDS	1	2	MOTHER	1	2	FATHER	1	2	SIBLINGS	1	2	RELATIVES	1	2	TEACHER	1	2	HEALTH SERVICE PROVIDER	1	2	RELIGIOUS LEADER	1	2	
	YES	NO																												
FRIENDS	1	2																												
MOTHER	1	2																												
FATHER	1	2																												
SIBLINGS	1	2																												
RELATIVES	1	2																												
TEACHER	1	2																												
HEALTH SERVICE PROVIDER	1	2																												
RELIGIOUS LEADER	1	2																												
402	If you want to know more about reproductive health, who would you like to ask? Any one else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>FRIENDS</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>MOTHER</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>FATHER</td> <td style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td>SIBLINGS</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>RELATIVES</td> <td style="text-align: center;">E</td> </tr> <tr> <td>TEACHER</td> <td style="text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td>HEALTH SERVICE PROVIDER</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>RELIGIOUS LEADER</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>OTHER</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(SPECIFY)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DONT KNOW</td> <td style="text-align: center;">Z</td> </tr> </tbody> </table>	FRIENDS	A	MOTHER	B	FATHER	C	SIBLINGS	D	RELATIVES	E	TEACHER	F	HEALTH SERVICE PROVIDER	G	RELIGIOUS LEADER	H	OTHER	X	(SPECIFY)		DONT KNOW	Z						
FRIENDS	A																													
MOTHER	B																													
FATHER	C																													
SIBLINGS	D																													
RELATIVES	E																													
TEACHER	F																													
HEALTH SERVICE PROVIDER	G																													
RELIGIOUS LEADER	H																													
OTHER	X																													
(SPECIFY)																														
DONT KNOW	Z																													
403	CHECK 104 HAVE ATTENDED SCHOOL <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED SCHOOL <input type="checkbox"/>		→ 406																											

TOPIC	404. Have you ever been taught at school about (TOPIC)?	405. In what level of schooling were you when you first were taught at school about (TOPIC)?
A. How the human reproductive system works.	YES 1 → NO 2 DONT KNOW 8	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DONT KNOW 8
B. Methods of birth control.	YES 1 → NO 2 DONT KNOW 8	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DONT KNOW 8
C. HIV/AIDS.	YES 1 → NO 2 DONT KNOW 8	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DONT KNOW 8
D. Other sexually transmitted infections.	YES 1 → NO 2 DONT KNOW 8	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DONT KNOW 8
E. NAPZA (narcotics, alcohol, psychotropic drugs and other addictive substances).	YES 1 → NO 2 DONT KNOW 8	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DONT KNOW 8

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
406	Have you ever attended a community-sponsored meeting about reproductive health?	YES 1 NO 2	→ 408
407	What kind of meeting did you attend? Any other? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	YOUTH GROUP A RELIOUS GATHERING B YOUTH FAMILY GUIDANCE/BKR) C NGO D GOVT. EXTENSION SERVICE E OTHER X (SPECIFY)	
408	Have you heard of a place for young adults to obtain information and counselling about young adult reproductive health?	YES 1 NO 2	→ 412
408A	What places have you heard about? (TULISKAN) Anywhere else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	PIK-KRR A PKRR/PIKER B YOUTH CENTER C OTHER X DON'T REMEMBER/DON'T KNOW Z	
409	Do you know where this place is (any of these places are)?	YES 1 NO 2	→ 412
410	Have you ever visited this place (any of these places)?	YES 1 NO 2	→ 412
411	What services did you find there? Anything else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	INFORMATION ON REPRODUCTIVE HEALTH A COUNSELLING B MEDICAL CHECK UP C STI TREATMENT D CONTRACEPTIVE METHODS E OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	
411A	Apart from services you mentioned before, what other services do you want to be available in that place (those places)? Anything else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	INFORMATION ON REPRODUCTIVE HEALTH A COUNSELLING B MEDICAL CHECK UP C STI TREATMENT D CONTRACEPTIVE METHODS E OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	
412	Do you read a newspaper or magazine almost every day, at least once a week, seldom, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE PER WEEK 2 SELDOM 3 NOT AT ALL 4	→ 414
413	In the last 6 months did you read an article in a newspaper or magazine: About postponement of age at marriage? About HIV/AIDS? About sexually transmitted infections? About the condom/condom advertisement? About drugs? About alcoholic beverages? About how to prevent pregnancy or family planning?	YES NO POSTPONE MARRIAGE 1 2 HIV/AIDS 1 2 STI 1 2 CONDOM 1 2 DRUGS 1 2 ALCOHOL 1 2 FAMILY PLANNING 1 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																								
414	Do you listen to the radio almost every day, at least once per week, seldom, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE PER WEEK 2 SELDOM 3 NOT AT ALL 4	→ 416																								
415	In the last 6 months did you hear on the radio: About postponement of age of marriage? About HIV/AIDS? About sexually transmitted infections? About the condom/condom advertisement? About drugs? About alcoholic beverages? About how to prevent pregnancy or family planning?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSTPONE MARRIAGE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>STI</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CONDOM</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DRUGS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FAMILY PLANNING</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	POSTPONE MARRIAGE	1	2	HIV/AIDS	1	2	STI	1	2	CONDOM	1	2	DRUGS	1	2	ALCOHOL	1	2	FAMILY PLANNING	1	2	
	YES	NO																									
POSTPONE MARRIAGE	1	2																									
HIV/AIDS	1	2																									
STI	1	2																									
CONDOM	1	2																									
DRUGS	1	2																									
ALCOHOL	1	2																									
FAMILY PLANNING	1	2																									
416	Do you watch television almost every day, at least once per week, seldom, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE PER WEEK 2 SELDOM 3 NOT AT ALL 4	→ 501																								
417	In the last 6 months did you watch on television: About postponement of age of marriage? About HIV/AIDS? About sexually transmitted infections? About the condom/condom advertisement? About drugs? About alcoholic beverages? About how to prevent pregnancy or family planning?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">YES</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSTPONE MARRIAGE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>STI</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CONDOM</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DRUGS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FAMILY PLANNING</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	POSTPONE MARRIAGE	1	2	HIV/AIDS	1	2	STI	1	2	CONDOM	1	2	DRUGS	1	2	ALCOHOL	1	2	FAMILY PLANNING	1	2	
	YES	NO																									
POSTPONE MARRIAGE	1	2																									
HIV/AIDS	1	2																									
STI	1	2																									
CONDOM	1	2																									
DRUGS	1	2																									
ALCOHOL	1	2																									
FAMILY PLANNING	1	2																									

5. SMOKING, DRINKING AND DRUGS

Now I'd like to ask you some question about the use of tobacco, alcohol and drugs. As we discussed earlier, you can choose not to answer any individual question or all of the questions. However, I hope you will answer these questions because your views are important. The information you give will be confidential and will only be used for scientific study.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
501	Have you ever tried to smoke a cigarette?	YES 1 NO 2	→ 505A
502	How old were when you smoked a cigarette for the first time?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> DONT KNOW 98	
503	How old were you when you started smoking fairly regularly?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NEVER SMOKED REGULARLY ... 95 DONT KNOW 98	
504	Do you currently smoke cigarettes?	YES 1 NO 2	→ 505A
505	In the last 24 hours, how many cigarettes did you smoke? IF NOT CURRENTLY SMOKING, RECORD '00'	CIGARETTES <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
505A	Have you ever asked/influenced a friend/someone to smoke?	YES 1 NO 2	
505B	Have you ever asked/influenced a friend/someone not to smoke?	YES 1 NO 2	
506	Now I have some questions about drinking alcohol such as arak, tuak, beer, and others. Have you ever drunk an alcohol-containing beverage?	YES 1 NO 2	→ 509A
507	How old were you when you had your first drink of alcohol?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> DONT KNOW 98	
508	In the last three months, on how many days did you drink an alcohol-containing beverage? IF EVERY DAY: RECORD '90'	NUMBER OF DAYS <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> DID NOT DRINK 95	
509	Have you ever gotten "drunk" from drinking an alcohol-containing beverage?	YES 1 NO 2	
509A	Have you ever asked/influenced a friend/someone to drink an alcohol-containing beverage?	YES 1 NO 2	
509B	Have you ever asked/influenced a friend/someone not to drink an alcohol-containing beverage?	YES 1 NO 2	
510	There are drugs such as ganja, putau, shabu-shabu, and others drugs which can be used for fun or get high (LOCAL TERMS: fly, boat, fantasize, etc). Do you know someone who takes drugs?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
511	Have you yourself ever tried to use drugs (LOCAL TERM)?	YES 1 NO 2	→ 519
512	How did you use the drug? Any other way? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	SMOKED A INHALED B INJECTED C DRUNK/SWALLOWED D OTHER X (SPECIFY)	
513	CHECK 512: CODE 'C' NOT CIRCLED <input type="checkbox"/> CODE 'C' CIRCLED <input type="checkbox"/>		→ 515
514	Have you ever injected drugs which can make you LOCAL TERMS: fly, high, intoxicated, etc. ?	YES 1 NO 2	→ 519
515	How old were you when you first injected drugs?	AGE IN YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T REMEMBER 98	
516	Did you inject drugs in the last 12 months?	YES 1 NO 2	→ 518
517	How often did you inject the drugs?	EVERYDAY 01 A FEW TIMES A WEEK 02 EVERY WEEK 03 LESS THAN ONCE PER WEEK 04 ONCE A MONTH 05 LESS THAN ONCE A MONTH 06 OTHER 96 (SPECIFY)	
518	Have you ever shared needles?	YES 1 NO 2	
519	Have you ever asked/influenced a friend/someone to use drugs?	YES 1 NO 2	
520	Have you ever asked/influenced a friend/someone not to use drugs?	YES 1 NO 2	

6. HIV/AIDS AND OTHER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
601	Now I want to talk about something else. Have you ever heard of an illness called AIDS?	YES 1 NO 2	→ 615
602	From which sources of information have you learned about HIV/ AIDS? Any thing else? CIRCLE ALL MENTIONED. DO NOT READ OUT RESPONSES.	RADIO A TELEVISION B NEWSPAPER/MAGAZINE C POSTER D HEALTH PROFESSIONAL E RELIGIOUS INSTITUTION F SCHOOL/TEACHER G COMMUNITY MEETING H FRIENDS/RELATIVES I WORK PLACE J INTERNET K OTHER X (SPECIFY)	
605A	Can people reduce their chance of getting the AIDS virus by having just one uninfected sex partner who has no other sex partners?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605B	Can people get the AIDS virus from mosquito bites?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605C	Can people reduce their chance of getting the AIDS virus by using a condom every time they have sex?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605D	Can people get the AIDS virus by sharing food with a person who has AIDS?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605E	Can people reduce their chance of getting the AIDS virus by not having sexual intercourse at all?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605F	Can people get the AIDS virus because of witchcraft or other supernatural means?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
605G	Is it possible for a healthy-looking person to have the AIDS virus?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
607	Can the virus that causes HIV/AIDS be transmitted from a mother to a child?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	→ 609
608	Can the virus that causes HIV/AIDS be transmitted from a mother to a child: During pregnancy? During delivery? By breastfeeding?	YES NO DK PREGNANCY 1 2 8 DELIVERY 1 2 8 BREASTFEEDING ... 1 2 8	
609	How can you tell if a person is infected with the AIDS virus? Any thing else? CIRCLE ALL MENTIONED. DO NOT READ OUT RESPONSES	PHYSICAL APPEARANCE A CHANGES IN BEHAVIOR..... B BY BLOOD TEST/VCT (VOLUNTARY COUNSELLING AND TESTING) ... C OTHER X (SPECIFY) DONT KNOW Z	
610	Do you know about voluntary HIV test preceded by counselling (VCT: Voluntary Counselling and Testing)?	YES 1 NO 2	→ 612
611	Do you know where you can get consultation and HIV/AIDS test or VCT? Any other place? MAKE SOME PROBING TO GET THE PLACE NAME IF UNABLE TO DETERMINE WHETHER A HOSPITAL OR CLINIC IS PUBLIC OR PRIVATE WRITE THE NAME OF PLACE	PUBLIC SECTOR HOSPITAL A HEALTH CENTER B PUBLIC CLINIC C SPECIFIC CLINIC VCT D OTHER E (SPECIFY) PRIVATE MEDICAL SECTOR: HOSPITAL F PUBLIC CLINIC G SPECIFIC VCT CLINIC H PRIVATE DOCTOR I PRIVATE NURSE/MIDWIFE J OTHER K (SPECIFY) OTHER X (SPECIFY)	
612	Do you know personally someone who has the virus that causes AIDS or someone who died of HIV/AIDS?	YES 1 NO 2	
612A	Would you buy fresh vegetables from someone who sell it or a farmer if you know he/she was infected by HIV/AIDS?	YES 1 NO 2 DONT KNOW 8	
613	If a member of your family got infected with the virus that causes HIV/AIDS, would you want it to remain a secret or not?	YES 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
614	If a relative of yours became sick with the virus that causes HIV/AIDS, would you be willing to care for her or him in your own household ?	YES 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
614A	In your opinion, if female teacher had AIDS, should she be allowed to continue teaching in the school?	YES 1 NO 2 DK/NOT SURE/DEPENDS 8	
615	Apart from HIV/AIDS, have you heard other infections that can be transmitted through sexual contact?	YES 1 NO 2	→ 619

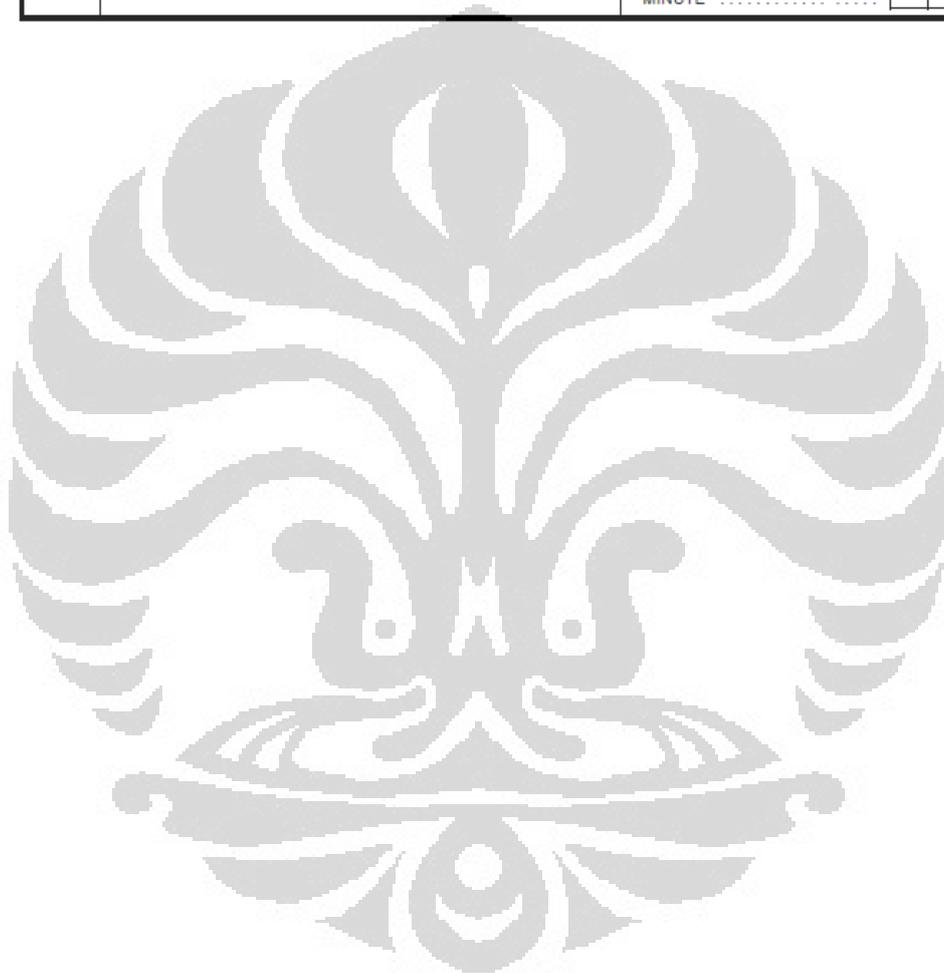
NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
616	<p>What other infections have you heard about?</p> <p>Any other?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>SYPHILIS A</p> <p>GONORRHEA B</p> <p>GENITAL WARTS/CONDYLOMATA C</p> <p>CHANROID D</p> <p>CLAMYDIA E</p> <p>CANDIDA F</p> <p>GENITAL HERPES G</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p>	
617	<p>From which sources of information have you learned about sexually transmitted diseases (STDs)?</p> <p>Anywhere else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>RADIO A</p> <p>TELEVISION B</p> <p>NEWSPAPER/MAGAZINE C</p> <p>POSTER D</p> <p>HEALTH PROFESSIONAL E</p> <p>RELIGIOUS INSTITUTION F</p> <p>SCHOOL/TEACHER G</p> <p>COMMUNITY MEETING H</p> <p>FRIENDS/RELATIVES I</p> <p>WORK PLACE J</p> <p>INTERNET K</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p>	
618	<p>If a man has a sexually transmitted disease, what symptoms might he have?</p> <p>Any thing else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>ABDOMINAL PAIN A</p> <p>GENITAL DISCHARGE/DRIPPING B</p> <p>FOUL SMELLING DISCHARGE C</p> <p>BURNING PAIN ON URINATION D</p> <p>REDNESS/INFLAMMATION IN GENITAL AREA E</p> <p>SWELLING IN GENITAL AREA F</p> <p>GENITAL SORES/ULCERS G</p> <p>GENITAL WARTS H</p> <p>GENITAL ITCHING I</p> <p>BLOOD IN URINE J</p> <p>LOSS OF WEIGHT K</p> <p>IMPOTENCE L</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO SYMPTOMS Y</p> <p>DONT KNOW Z</p>	
618A	<p>If a woman has a sexually transmitted disease, what symptoms might she have?</p> <p>Any thing else?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES.</p> <p>CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>ABDOMINAL PAIN A</p> <p>GENITAL DISCHARGE/DRIPPING B</p> <p>FOUL SMELLING DISCHARGE C</p> <p>BURNING PAIN ON URINATION D</p> <p>REDNESS/INFLAMMATION IN GENITAL AREA E</p> <p>SWELLING IN GENITAL AREA F</p> <p>GENITAL SORES/ULCERS G</p> <p>GENITAL WARTS H</p> <p>GENITAL ITCHING I</p> <p>BLOOD IN URINE J</p> <p>LOSS OF WEIGHT K</p> <p>IMPOTENCE L</p> <p>OTHER _____ X</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NO SYMPTOMS Y</p> <p>DONT KNOW Z</p>	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO												
619	In the past 12 months, have you experienced any of the following: FOUL SMELLING DISCHARGE? GENITAL SORES/ULCERS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>YES</td> <td>NO</td> <td>DK</td> </tr> <tr> <td>FOUL SMELLING DISCHARGE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SORES/ULCERS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		YES	NO	DK	FOUL SMELLING DISCHARGE	1	2	8	SORES/ULCERS	1	2	8	
	YES	NO	DK												
FOUL SMELLING DISCHARGE	1	2	8												
SORES/ULCERS	1	2	8												
619A	CHECK 619: AT LEAST ONE CODE '1' CIRCLED <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">↓</div> NO CODE '1' CIRCLED <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">→</div> 701														
620	Where did you get advice or treatment? Any other else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	NO MEDICAL TREATMENT A SELF TREATMENT B PIK-KRR C DRUG STORE D HOSPITAL/CLINIC E TRADITIONAL PRACTITIONER F FRIEDNS/RELATIVES G OTHER X (SPECIFY) DONT KNOW Z													

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																
711	What did you or your partner use? Any other method? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	CONDOM A PILL B DIAPHRAGM/INTRAVAG C WITHDRAWAL D OTHER _____ X (SPECIFY)																	
712	When was the <u>last</u> time you had sexual intercourse?	DAYS AGO 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> WEEKS AGO 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MONTHS AGO 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> YEARS AGO 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
713	The last time you had sexual intercourse, did you or your partner use any thing to prevent a pregnancy?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW/DON'T REMEMBER 8	→ 715																
714	What did you or your partner use? Any other method? CIRCLE ALL MENTIONED. DO NOT READ OUT RESPONSES	CONDOM A PILL B DIAPHRAGM/INTRAVAG C WITHDRAWAL D PERIODIC ABSTINENCE E OTHER _____ X (SPECIFY)	→ 717																
715	Do you have any friends who have had sex before marriage?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 717																
716	Because your friends have had sex, are you motivated to have sexual intercourse?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	
717	Do you approve or disapprove if: - If a man has many partners/girlfriends at the same time? - If a woman has many partners/boy at the same time?	YES NO DE- PENDS A BOY HAS MANY GIRLFRIENDS 1 2 8 A GIRL HAS MAN BOYFRIENDS 1 2 8																	
718	Do you approve if a woman has sexual intercourse before marriage?	APPROVE 1 DISAPPROVE 2 DEPENDS 8																	
719	Do you approve if a man has sexual intercourse before marriage?	APPROVE 1 DISAPPROVE 2 DEPENDS 8																	
720	Do you approve if someone has sexual intercourse before marriage if: They both like to have sex. They love each other. They plan to get married The women is an adult and knows the consequences They want to show their love	DIS- APPROVE APPROVE LIKE SEX 1 2 LOVE EACH OTHER 1 2 PLAN TO MARRY 1 2 WOMEN KNOWS CONSEQUENCES 1 2 SHOW LOVE 1 2																	
721	Do you agree very much, agree or disagree of the opinion that women should maintain virginity before marriage?	AGREE VERY MUCH 1 AGREE 2 DISAGREE 8																	
722	Do you think men still value their partner's virginity generally?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8																	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
723	CHECK 705: NO/ <input type="checkbox"/> DON'T KNOW ↓	YES <input type="checkbox"/>	→ 725
724	If you have never had sexual intercourse, do you intend to have sexual intercourse soon?	YES 1 NO 2 DEPENDS 8	
725	Have you ever advised/influenced a friend/someone to have sexual intercourse?	YES 1 NO 2	
726	Have you ever advised/influenced a friend/someone not to have sexual intercourse?	YES 1 NO 2 DEPENDS 8	
727	CHECK 705: YES <input type="checkbox"/> ↓	NO/ <input type="checkbox"/> DON'T KNOW →	→ 734
728	Sometimes a woman becomes pregnant when she doesn't want to be. RESPONDENT IS FEMALE: In the past, have you ever become pregnant when you did not want to be? RESPONDENT IS MALE: In the past, have you ever had a sex partner who become pregnant when you did not want her to be?	YES 1 NO 2	→ 734
729	How many times did you/your partner become pregnant when you did not want to be?	ONCE 1 SEVERAL TIMES 2	
730	CHECK 729: <input type="checkbox"/> ONCE <input type="checkbox"/> SEVERAL TIMES When you had the unwanted pregnancy, what did you do? When you had an unwanted pregnancy, what did you do about it?	CONTINUED THE PREGNANCY 1 ATTEMPTED TO STOP THE PREGNANCY BUT FAILED 2 ABORTED THE PREGNANCY 3 HAD A MISCARRIAGE 4 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8	→ 732A → 734
732	What did you do with the baby?	KEEP THE BABY 1 BABY CARED BY OTHER PEOPLE 2 OTHER 6 (SPECIFY) DON'T KNOW 8	
732A	CHECK 730: CODE '2' <input type="checkbox"/> → 733A CODE '3' <input type="checkbox"/> → 733 OTHER CODES <input type="checkbox"/>		→ 734
733	Who helped you in stopping/aborting the pregnancy? Any other person? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	DOCTOR A MIDWIFE/NURSE B TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT C PHARMACIST D FRIEND/RELATIVES E NO ONE F OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	→ 733A
733A	Who helped you when you attempted to stop the pregnancy? Any other person? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	DOCTOR A MIDWIFE/NURSE B TRADITIONAL BIRTH ATTENDANT C PHARMACIST D FRIEND/RELATIVES E NO ONE F OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z	
734	Has any young unmarried adult you personally know ever aborted a pregnancy?	YES 1 NO 2	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO				
735	Have you ever advised/influenced a friend/someone to abort a pregnancy?	YES 1 NO 2 DONT KNOW/DONT REMEMBER 8					
736	Have you ever advised/influenced a friend/someone not to abort a pregnancy?	YES 1 NO 2 DONT KNOW/DONT REMEMBER 8					
737	RECORD THE TIME	HOUR MINUTE	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				



INTERVIEWER'S OBSERVATIONS

TO BE FILLED IN AFTER COMPLETING INTERVIEW

COMMENTS ABOUT RESPONDENT:

COMMENTS ON SPECIFIC QUESTIONS:

ANY OTHER COMMENTS:

SUPERVISOR'S OBSERVATIONS

NAME OF SUPERVISOR:

DATE:
