



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PERSEPSI TERHADAP NORMA KELUARGA
KECIL PADA REMAJA KELAS XI SLTA
KOTA DEPOK TAHUN 2008**

OLEH:

TINEXCELLY MARISIULI SIMAMORA

NPM: 0606020966

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KESEHATAN REPRODUKSI**

Tesis, Juli 2008

Tinexcellly Marisiuli Simamora, NPM. 0606020966

Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Persepsi terhadap Norma Keluarga Kecil Pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

x + 160 halaman, 46 tabel, 9 gambar, 4 lampiran

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan ingin melihat gambaran persepsi remaja terhadap Norma Keluarga Kecil di Kota Depok karena setelah desentralisasi Program Kependudukan dan KB di Indonesia cenderung menjadi tidak prioritas, dikhawatirkan persepsi remaja terhadap NKK memprihatinkan. Di era desentralisasi KIE KB sudah tidak segencar dulu lagi, sementara perilaku seksual remaja sudah memprihatinkan, remaja terdiskriminasi oleh program, mereka tidak mendapatkan Hak Reproduksi dan Hak Seksualnya, Hak atas informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi yang sebaik-baiknya belum terpenuhi, sementara berbagai Infeksi Saluran Reproduksi mengancam, kecenderungan kawin muda dan laju pertumbuhan penduduk yang tidak turun, ditandai dengan TFR 2007 yang konstan. Tahun-tahun ini adalah masa dari bonus demografi, dimana situasi kawula muda pada saat ini memberikan kesempatan yang tidak pernah terjadi sebelumnya dalam usaha untuk mempercepat pertumbuhan dan mengurangi kemiskinan.

Populasi penelitian adalah remaja kelas XI SLTA Kota Depok. Pengambilan sampel menggunakan metode *multistage random sampling*. Survey dilakukan terhadap 400 remaja kelas XI SLTA Kota Depok sejak akhir April 2008- Juni 2008 secara potong lintang dengan cara pengisian daftar tilik sebagai alat ukur.

Secara umum persepsi remaja terhadap Norma Keluarga Kecil sangat memprihatinkan (23%), tidak ada perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan, Faktor yang kurang dipersepsikan secara baik adalah dalam hal Rencana Jarak Kelahiran, Rencana Jenis Kelamin Anak serta Rencana Cara Menjarangkan

Kelahiran. Faktor yang berhubungan positif dengan Persepsi Positif/mendukung NKK pada remaja adalah Pengetahuan yang baik tentang NKK dan Status sosial ekonomi menengah ke bawah. Faktor yang paling berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK adalah Pengetahuan tentang NKK sedangkan faktor yang paling berhubungan bermakna secara statistik dengan Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah adalah Tingkat Pendidikan Ibu, dan faktor yang paling berhubungan bermakna secara statistik dengan Persepsi terhadap Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak adalah Tingkat Pengetahuan Remaja tentang Alokasi. Sumber-sumber informasi kesehatan reproduksi yang tertinggi diperoleh melalui media elektronik dan media cetak.

Persepsi Remaja Kota Depok terhadap Norma Keluarga Kecil pada umumnya belum positif. Persepsi yang negatif masih bisa diintervensi dengan memberikan informasi dan pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil melalui berbagai sumber informasi. Disarankan kepada Pemerintah Kota Depok untuk memberi perhatian kepada kaum remaja dengan menerbitkan Perda dan Kebijakan Pengembangan Program Kesehatan Reproduksi Remaja dengan memberi penguatan Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil dan Pengetahuan tentang Alat dan Obat Kontrasepsi, baik langsung terhadap remaja mau pun secara tidak langsung melalui sekolah, orang tua, kelompok masyarakat serta tokoh-tokoh masyarakat.

Daftar bacaan: 92 (tahun 1975- 2008)

**PUBLIC HEALTH PROGRAM
REPRODUCTIVE HEALTH**

Thesis, July 2008

Tinexcellly Marisiuli Simamora, NPM. 0606020966

**Analyze Toward Factors Related To Perception Of Small Size Family Norm
Among 11TH Grade High School Students Of Depok City In 2008**

x + 160 pages, 46 tabels, 9 figures, 4 appendices

ABSTRACT

The situation of young people today, at *demography bonus*, presents the world with an unprecedented opportunity to accelerate growth and reduce poverty. In era decentralization, Population and Family Planning Program in Indonesia tend to be not a priority thing. The purpose of this study was to identify adolescent's perceptions and factors contributing to the adolescent's perception of Small Size Family Norm' Perceptions. Family Planning campaign at era decentralization doesn't sounding; it's not really good like before, in other side adolescents' sexual behavior tend to high risk. The teenagers being discriminate by programs, they don't get their Sexual and Reproductive Rights. These cause Sexual Transmitted Infection warn them, unwanted pregnancy and early married, in other side, fertility appears to have stabilized at 2.6 level, there is no change between 2002-2003 and 2007 IDHS surveys.

Data collection in crosssectional method among 400 teenagers who are 11th grade teenagers high school students of Depok City at the end of April 2008 until mid of June 2008, using questionnaire as a measurement tool. The results are analyzed to gain factors which related to the adolescent's perception of Small Size Family Norm.

This research results indicate that only 23% Adolescents with positive perception in Small Size Family Norm. These findings indicate that only 23% adolescents perceive to married at age above 20 years old, perceived to birth spacing on 3-5 years, perceived to have children maximum two, no preference sex, and use contraceptive according to birth spacing. There is no differences perceptions proportion between boys and girls, each 11.5%. The low perceptions factors are from

birth spacing perceptions, sex preference perceptions and how to birth spacing perceptions. The most contribute factor on positive perceptions on Small Size Family Norm among 11th grade teenagers in Depok, 2008 is Small Size Family Norm Knowledge variable, while the most related factor for positive perception on Married Age is Education Level of mother's adolescents, and for perception on how to spacing between two birth is Contraceptive Knowledge.

Based on these finding, it was conclude that most of Depok's adolescents did not receive sufficient family planning education, specifically Small Size Family Norm information. Depok City's Government have to advocate the sectors and NGO for build such adolescents reproductive health program through establish adolescents reproductive health' laws and designed with teenagers lens, start from planning up to evaluation, especially toward knowledge about Small Size Family Norm. This Small Size Family Norm' campaign suggested not only for the adolescents but the parents, community leaders and community organizations.

References: 92(1975- 2008)



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PERSEPSI TERHADAP NORMA KELUARGA
KECIL PADA REMAJA KELAS XI SLTA
KOTA DEPOK TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh:
TINEXCELLY MARISIULI SIMAMORA
NPM: 0606020966**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul:

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PERSEPSI TERHADAP NORMA KELUARGA KECIL
PADA REMAJA KELAS XI SLTA
KOTA DEPOK TAHUN 2008**

**Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia**

Depok, 14 Juli 2008

Komisi Pembimbing:

Ketua,



(dr. Zarfiel Tafal, MPH.)

Anggota,



(dr. Luknis Sabri, SKM)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INONESIA**

Depok, 14 Juli 2008

Ketua,

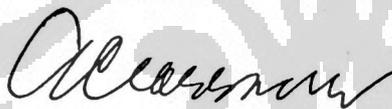


(dr. Zarfiel Tafal, MPH.)

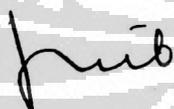
Anggota,



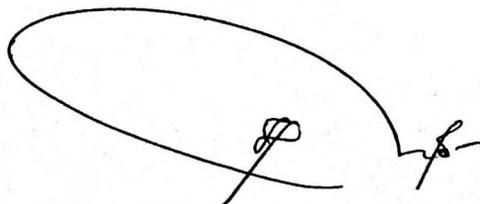
(dr. Luknis Sabri, SKM)



(Drs. Anwar Hassan, MPH)



(Dra. Theodora Pandjaitan, M.Sc.)



(Ir. M. Nasir, M.Kes.)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Tinexcellly Marisiuli Simamora

NPM : 0606020966

Program Studi : S-2/IKM

Kekhususan : Kesehatan Reproduksi

Angkatan : 2006-2008

Jenjang : Magister

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

ANALISIS FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERSEPSI
TERHADAP NORMA KELUARGA KECIL PADA REMAJA KELAS XI SLTA
KOTA DEPOK TAHUN 2008

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 14 Juli 2008

A rectangular postage stamp with a value of 6000 Rupiah. The stamp features a portrait of a man and the text '6000', 'Tgl. 20', and 'METERA TEMBEL'. A handwritten signature in black ink is written across the stamp.

(Tinexcellly Marisiuli Simamora)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Tinexcellly Marisiuli Simamora
Tempat/Tanggal Lahir : Belitung, 3 Mei 1963
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Villa Mutiara Cinere, Blok E10/10 Jl.Krukut Raya
Kel. Grogol, Kec. Limo, Depok
Status Keluarga : Menikah, dengan tiga anak
Alamat Instansi : Departemen Kesehatan RI, Jl. HR. Rasuna Said
Kav.X5 No.4-9, Kuningan, Jakarta 12950

Riwayat Pendidikan:

1. TK PN Timah, Gantung, Belitung (1968-1969)
2. SD PN Timah, Belitung (1969-1970)
3. SD Maha Putra, Jakarta (1971-1974)
4. SMP Yayasan Pendidikan Kristen (YPK), Jakarta (1975-1977)
5. SMAN 6, Jakarta (1978-1981)
6. Akademi Gizi, Jakarta (1981-1985)
7. FKM Universitas Indonesia (1999-2001)
8. Tugas Belajar Program Pascasarjana FKM UI tahun 2006

Riwayat Pekerjaan:

1. PNS pada Kandep Kesehatan Kota Samarinda (1986-1987)
2. PNS pada Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (1987-2000)
3. PNS pada Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur (2000-2001)
4. PNS pada Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Sub.Direktorat Bina Perlindungan Kesehatan Reproduksi (2001-sekarang)

KATA PENGANTAR

”Pujilah Tuhan Hai Jiwaku, Pujilah NamaNya Hai segenap Hatiku....”

Suatu berkat besar yang Tuhan berikan berupa kekuatan dan semangat yang memungkinkan penulis menyelesaikan penelitian ini

Kekuatan dan semangat tersebut Tuhan berikan melalui begitu banyak orang, sehingga sepatutnyalah saya tak kan melupakan semua kebaikan yang diberikan dan hanya Tuhan Yang Maha Kuasa, Allah yang Maha Besar yang akan memberkati Ibu, Bapak sekalian, khususnya kepada **dr. Zarfiel Tafal, MPH** selaku Pembimbing Utama saya, dan **dr. Luknis Sabri, SKM**, Pembimbing Kedua saya, mereka berdua di tengah kesibukannya telah dengan sabar memberikan bimbingan dan begitu banyak ide.

Karena berbagai masukannya yang begitu baik sehingga tesis ini menjadi layak, penulis juga berterima kasih kepada:

1. dr. Agustin Kusumayati, Ph.D.
2. Dra. Theodora Pandjaitan, M.Sc. (BKKBN)
3. Ir. M. Nasir, M.Kes. (Direktorat Bina Kesehatan Anak Depkes RI)
4. Drs. Anwar Hassan, MPH. (PKIP-FKM-UI)

Kepada yang saya hormati, **dr. Sri Hermiyanti, M.Sc.**, Direktur Bina Kesehatan Ibu Depkes RI serta **dr. Trisnawati G. Loho, MHP**, Kasubdit.Bina Perlindungan Kesehatan Reproduksi, secara khusus saya mengucapkan terima kasih atas kesempatan belajar yang Ibu berikan bagi pegawai perempuan seperti saya.

Rasa terima kasih yang tak henti ini juga penulis sampaikan kepada:

1. Secretaris Executive Proyek DHS-II atas dukungan dana kuliah yang penulis terima, begitu sangat membantu.....bahkan, harapan satu-satunya....
2. Walikota Depok beserta Kepala Instansi terkait: Kepala Kantor Kesbang dan Linmas, Kepala Dinas Pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, Kepala Kantor Departemen Agama, Kepala BPS Kota Depok, dll.
3. Dekan dan seluruh staf pengajar/dosen/akademika pada FKM-UI
4. Seluruh staf Perpustakaan UI, terutama mas keriting yang baik n ramah

5. Seluruh Kepala Sekolah dan para guru di 12 SLTA Kota Depok yang telah memfasilitasi penulis tanpa pamrih, juga kepada seluruh anak-anak remaja kelas XI yang begitu kooperatif, sukses buat kalian ya
6. Teman-temanku dari berbagai jurusan....duh terima kasih buat ilmu-ilmunya ya, Desy gizi, Neli, bu Is cs, Era epid, mas Amri, mb. Yelda,
7. Sobat-sobat senasib seperjuangan di kespro...yah namanya juga lintas jurusan, jadi yaaaah.....untung masih ada bu Agustin tempat curhat ya.... trims abis buat Tera, Titi, Nela, Fili atas semua bantuannya...termasuk doa-doanya... lina, astrid, nova, nir, mbak tien, yani sikumlaud, ade, heri, yayuk, don't 4 get 3 yah!
8. Atasan langsungku, bu Christina n bu Adete...juga temen-temen sekantor n seruangan, mb.rini, yuni, rina, dini n ria....tengkiu buat pengertiannya sampe ngerti aku ga masuk hampir 4 bulan buat nyelesein penelitian ini.....wajar aja kalo ada rasa sebel.... tapi aku juga menderita kooooq....rada boke' gitu
9. sahabat-sahabatku, mb. Nung n Ira, my oponen, dan yang namanya tak tersebut satu per satu, terima kasih yaaaa....

Terima kasih paling sepesial pake telur....buat **mamaku tercinta**...aku tau doa mama ga pernah berhenti mengiringi perjuanganku untuk kuliah dan kerja, menyatu dengan doa adik-adikku tercinta *vita-geoff*, *uteng-gawan*, *ndeng-jan*, *ucoq n lina*, juga pasukan topeng monyetku *adindooooong*, *juju...julian*, *ibooooong en oooooonest*, terima kasih sayangku, stress mama-tua bisa ilang kalo abis becanda dengan kalian.....

My super special thanksgiving...apidku, tianku n ayingku....mama selalu mencintaimu, kalian adalah hidup mama.... terima kasih atas pengertian n kemandirian kalian ya.... semua ini tak lepas dari dukungan **suamiku** yang terkasih....terima kasih ya pa su mau pi antar-antar beta sampai ke pelosok-pelosok Depok cari lokasi tu sekolah, mulai ujung parung sampai ujung cilangkap....terima kasih jua buat semuanya....Tuhan berkati.

Tuhan Yesus..... terima kasih atas karuniaMu...kiranya semua ini mampu kuingat ketika aku susah dan senang....kiranya juga Kau layakkan aku berbuah.....amin.

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	7
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Kependudukan dan Keluarga Berencana	11
2.1.1 Definisi dan Ruang Lingkup Kebijakan Kependudukan	11
2.1.2 Perkembangan Kebijakan Kependudukan di Dunia dan Indonesia	13
2.1.3 Kebijakan Kependudukan di Indonesia	16
2.1.4 Keluarga Berencana sebagai Program Prioritas	18
2.2 Hasil Kebijakan Kependudukan Indonesia	20
2.2.1 Tren Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk	21
2.2.2 Fertilitas	22
2.2.2.1 Tingkat Fertilitas	22
2.2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Fertilitas	23
2.2.2.3 Tren Penurunan Fertilitas	27
2.2.3 Tren Penurunan Mortalitas	31
2.3 Remaja	31
2.3.1 Perkembangan Psikis/Psikososial	32
2.3.2 Masalah Kesehatan Remaja	33
2.3.3 Hasil-hasil Penelitian Mengenai Remaja	34
2.4 Norma Keluarga Kecil	39
2.4.1 Pengaturan Jarak Kelahiran	40
2.4.1.1 Jumlah dan Jenis Kelamin Anak	40
2.4.1.2 Jarak Kelahiran	43
2.4.2 Pendewasaan Usia Menikah	49

	Halaman	
2.4.3.	Fertilitas Kelompok Remaja	50
2.4.4.	Remaja dan Alat Kontrasepsi	50
2.5.	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	51
2.6.	Persepsi	54
2.6.1.	Pengertian Persepsi	54
2.6.2.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi	54
2.7.	Model dan Teori Perilaku Kesehatan	61
BAB 3	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	68
3.1	Kerangka Teori	68
3.2	Kerangka Konsep	69
3.3	Definisi Operasional	71
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	75
4.1	Desain Penelitian	75
4.2	Populasi dan Sampel	75
4.2.1.	Populasi	75
4.2.2.	Sampel	76
4.2.3.	Cara Penentuan Sampel	76
4.4.	Pengumpulan Data	79
4.4.1.	Sumber Data	79
4.4.2.	Cara Pengumpulan Data	79
4.4.3.	Instrumen Pengumpulan Data	80
4.4.4.	Pelaksanaan	81
4.5.	Pengolahan dan Analisis Data	81
4.5.1.	Pengolahan Data	81
4.5.2.	Analisis Data	82
4.5.2.1.	Analisis Univariat	82
4.5.2.2.	Analisis Bivariat	82
4.2.2.3.	Analisis Multivariat	83
BAB 5	HASIL PENELITIAN	85
5.1	Pelaksanaan Penelitian	85
5.2	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	85
5.2.1.	Kependudukan Kota Depok	85
5.3.	Gambaran Variabel-variabel Penelitian	88
5.3.1.	Gambaran Persepsi Remaja terhadap NKK	88
5.3.2.	Gambaran Karakteristik Responden	90
5.3.3.	Gambaran Pengalaman NKK di Keluarga	94
5.3.4.	Gambaran Pengetahuan tentang Alokon	96
5.3.5.	Gambaran Pengetahuan tentang NKK	98
5.3.6.	Gambaran Nilai NKK di Masyarakat	99
5.3.7.	Gambaran Sumber-sumber Informasi Kesehatan	101
	Reproduksi	
5.4.	Hasil Analisis Bivariat	102
5.4.1.	Analisis Hubungan antara Persepsi terhadap NKK pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok dengan Variabel Independen	103

	Halaman
5.4.1.1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.2. Hubungan Jenis SLTA dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.3. Hubungan Agama dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.3. Hubungan Etnis Ayah dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.4. Hubungan Pendidikan Ayah dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.5. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Persepsi terhadap NKK	105
5.4.1.6. Hubungan Pekerjaan Ayah dengan Persepsi terhadap NKK	106
5.4.1.7. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Persepsi terhadap NKK	106
5.4.1.8. Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Persepsi terhadap NKK	106
5.4.1.9. Hubungan Lingkungan Tempat Tinggal dengan Persepsi terhadap NKK	106
5.4.1.10. Hubungan Pengalaman NKK dalam Keluarga dengan Persepsi terhadap NKK	107
5.4.1.11. Hubungan Pengetahuan tentang Alokon dengan Persepsi terhadap NKK	107
5.4.1.12. Hubungan Pengetahuan tentang NKK dengan Persepsi terhadap NKK	107
5.4.1.13. Hubungan Nilai NKK di Masyarakat dengan Persepsi terhadap NKK	108
5.5. Analisis Multivariat	108
5.5.1. Variabel Kandidat Analisis Multivariat terhadap Persepsi terhadap NKK	109
5.5.2. Pembuatan Model Faktor Penentu Persepsi terhadap NKK	109
5.6. Analisis Lanjutan	114
5.6.1. Analisis Hubungan antara Variabel Independen dengan Persepsi Rencana Usia Menikah Pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok	114
5.6.2. Analisis Hubungan antara Variabel Independen dengan Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok	117
5.6.3. Variabel Kandidat Analisis Multivariat terhadap Persepsi Rencana Usia Menikah	119
5.6.3.1. Pembuatan Model Faktor Penentu Persepsi Rencana Usia Menikah	120
5.6.4. Variabel Kandidat Analisis Multivariat terhadap Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran	123
5.6.4.1. Pembuatan Model Faktor Penentu Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran	123

	Halaman
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan Penelitian	128
6.2 Gambaran Persepsi Remaja terhadap NKK	129
6.2.1. Gambaran Rencana Usia Menikah	130
6.2.2. Gambaran Rencana Jumlah Anak	132
6.2.3. Gambaran Rencana Jarak Kelahiran Anak	133
6.2.4. Gambaran Rencana Jenis Kelamin Anak	134
6.2.5. Gambaran Rencana Cara Menjarangkan Anak	136
6.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Remaja Kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008	137
6.3.1. Gambaran Pengalaman NKK Dalam Keluarga	139
6.3.2. Gambaran Pengetahuan tentang Alokon	140
6.3.3. Gambaran Pengetahuan tentang NKK	141
6.3.4. Gambaran Nilai NKK di Masyarakat	143
6.3.5. Gambaran Sumber-sumber Informasi Kesehatan Reproduksi	144
6.4 Faktor-faktor yang Berhubungan Paling Signifikan dengan Persepsi Remaja Kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008	146
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	149
7.1 Kesimpulan	149
7.2 Saran	151
DAFTAR PUSTAKA	155
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No.	Judul tabel	Halaman
2.1.	Jumlah Penduduk Indonesia dan Tingkat Perumbuhannya menurut Pulau-Pulau Besar	18
2.2.	Distribusi Persentase Perempuan Pernah Kawin di Indonesia Berdasarkan Metode Kontrasepsi yang digunakan dan Umur Kawin Pertama menurut Provinsi, 1991-2003	25
2.3.	Proses Perkembangan Psikososial pada Masa Remaja	28
2.6.	Persentase Perempuan Indonesia Umur 15-19 tahun yang sudah melahirkan atau mengandung anak pertama menurut karakteristik latar belakang	45
4.1.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Daftar Tilik	73
5.1.	Jumlah Penduduk Usia 10-19 tahun menurut Kecamatan Kota Depok, 2007	77
5.2.	Data Kependudukan Kota Depok	77
5.3.	Usia Perkawinan Pertama Penduduk Kota Depok	78
5.4.	Distribusi Responden Berdasarkan unsur Norma Keluarga Kecil pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	80
5.5.	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik	81
5.6.	Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Pengalaman NKK di Keluarga pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	84
5.7.	Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman NKK dalam Keluarga pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	85
5.8.	Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Pengetahuan tentang Alat dan Obat Kontrasepsi (alokon) pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	86
5.9.	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Alokon pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	87
5.10.	Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	87
5.11.	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	88
5.12.	Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Nilai-nilai NKK Masyarakat pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	88
5.13.	Distribusi Responden Berdasarkan Nilai-nilai NKK Masyarakat pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	90
5.14.	Gambaran Sumber-sumber Informasi Kesehatan Reproduksi pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	90

No.	Judul tabel	Halaman
5.15.	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Norma Keluarga Kecil pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	92
5.16.	Variabel independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	97
5.17.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen	98
5.24.	Model Akhir Analisis Multivariat terhadap Persepsi NKK pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	100
5.25.	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	102
5.26.	Distribusi Responden Persepsi terhadap Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	105
5.27.	Variable independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi Rencana Usia Menikah Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	106
5.28.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah	107
5.33.	Model Akhir Analisis Multivariat terhadap Persepsi Rencana Usia Menikah pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	109
5.35.	Variable independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran pada Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	110
5.36.	Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen Persepsi terhadap Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran	110
5.41.	Model Akhir Analisis Multivariat terhadap Persepsi Cara Menjarangkan Kelahiran pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008	112

DAFTAR BAGAN/GRAFIK

No.	Judul Bagan	Halaman
2.1.	Model Analisis Sosiologi dari Tingkat Fertilitas	20
2.2.	Rentang Waktu Antara Kehamilan dan Kelahiran	40
2.3.	Komponen <i>Health Belief Model</i>	56
3.1.	Kerangka Teori Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi	60
3.2.	Kerangka Konsep Penelitian	61

No.	Judul Grafik	Halaman
2.1.	<i>Total Fertility Rate (TFR)</i> Indonesia, Tahun 1971-2007	22
2.2.	<i>Infant Mortality by Birth Interval</i>	38
2.3.	Gambaran Akibat dari Jarak Kelahiran terhadap Kematian Pada Neonatal, Bayi dan Anak Balita dan Status Gizi di Negara Berkembang (DHS)	39
5.1.	Usia Perkawinan di Bawah Umur Kota Depok, 2007-2008	78

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Surat Ijin Penelitian
2. Daftar Tilik Penelitian
3. Hasil Uji Daftar Tilik Penelitian
4. Hasil Analisis Multivariat

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

Alokon	: Alat dan obat kontrasepsi
ASFR	: <i>Age Spesific Fertility Rate</i> = angka fertillitas pada kelompok umur tertentu, yaitu jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada golongan umur tertentu pada akhir masa reproduksinya (BPS, 2003)
IFLS	: <i>Indonesia Family Life Survey</i>
IDHS	: <i>Indonesia Demographic and Health Surveys</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
Kesehatan Reproduksi	: 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 (Depkes, 2005)
KRR	: Kesehatan Reproduksi Remaja
NKK	: Norma Keluarga Kecil
SP	: Sensus Penduduk
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i> = Angka Fertilitas Total, merupakan penjumlahan ASFR, yaitu jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya dengan asumsi ia mengikuti pola fertilitas yang berlaku dari usia 15 sampai dengan 49 tahun (BPS, 2003)
<i>Unmet need</i>	: Perempuan berstatus kawin yang tidak ingin memiliki anak lagi atau ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi saat ini tidak memakai alat/cara kontrasepsi (BPS, 2003)
RRS	: Survei Baseline Reproduksi Remaja Sejahtera, LDUI
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
SIPI	: Survei Indikator Kinerja Program KB Nasional Indonesia 2003
SLTA	: Sekolah Lanjutan Tingkat Atas, terdiri dari SMA dan SMK
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SKRRI	: Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia, 2002-2003
SPN	: Seks Pra Nikah
SPI	: Sensus Prevalensi Indonesia
UNFPA	: United Nations for Fund Population
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
DHS	: <i>Demographic and Health Survey</i>
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
Perinatal	: Bayi baru lahir dengan masa kelahiran 0-7 hari
OBSI	: <i>Optimal Birth Spacing Initiative</i>
STI	: <i>Sexual Transmitted Infection</i>

Bab 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penduduk diposisikan sebagai sumberdaya yang paling penting dan berharga bagi setiap bangsa. Penduduk menjadi modal pembangunan sehingga menjadi dasar dan sasaran semua kebijakan pembangunan negara. Sebagai modal pembangunan maka kebijakan kependudukan semestinya menjadi prioritas nasional. Semua kebijakan nasional harus memperhitungkan dinamika kependudukan yang ada dengan berbagai variabelnya. (Hatmadji 2003)

Penduduk dalam jumlah yang besar sebagai sumberdaya manusia (SDM) merupakan kekuatan pembangunan. Anggapan tersebut mengandung kebenaran bila kondisi tersebut disertai faktor kualitas dan persebaran yang merata. Indonesia dengan jumlah penduduk saat ini sekitar 215 juta jiwa merupakan negara ke-empat terbesar di dunia setelah Cina, India dan Amerika. Besarnya jumlah penduduk ini terkait dengan tingginya angka pertumbuhan penduduk Indonesia di masa lalu yang utamanya dipengaruhi oleh tingkat kelahiran. Meskipun tingkat kelahiran sudah dapat diturunkan namun secara absolut jumlah penduduk Indonesia masih terus akan bertambah. (BKKBN 2006)

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development, ICPD*) 1994 di Cairo menghasilkan program aksi yang mendukung strategi baru dalam kebijakan

kependudukan yang menekankan adanya keterkaitan secara integral antara penduduk dan pembangunan, intinya tentang perubahan paradigma pelayanan kependudukan, yang semula penduduk diperlakukan sebagai obyek dirubah menjadi subyek. Kemudian tahun 2000 diselaraskan dengan *Milenium Development Goals (MDGs)* yang memacu semua negara untuk menurunkan angka kemiskinan. (UNFPA, 1994)

Manusia memiliki Hak reproduksi, mencakup hak laki-laki dan perempuan untuk: 1) mendapatkan pelayanan yang sebaik-baiknya sehingga memungkinkan perempuan mengalami kehamilan dan persalinan secara aman; 2) hak memperoleh informasi dan mempunyai akses terhadap berbagai metode KB yang mereka pilih, aman, efektif, terjangkau serta metode-metode kelahiran lainnya yang tidak bertentangan dengan hukum; 3) hak memperoleh informasi dan pelayanan pencegahan dan penanganan Infeksi Menular Seksual termasuk HIV/AIDS serta 4) **hak remaja laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkannya.**

Persatuan Bangsa Bangsa (PBB) meramalkan akan terjadi ledakan penduduk pada 2050, yakni berjumlah sekitar 290 juta jiwa. Pada tahun 2000 jumlah penduduk Indonesia sekitar 205 juta, jauh di bawah proyeksi semula pada tahun 1990 sebanyak 226 juta jiwa. Hal itu tidak terlepas dari keberhasilan program KB. (BKKBN 2006) Telah terjadi penurunan laju pertumbuhan penduduk dari 1,97 di tahun 1990 menjadi 1,49 di tahun 2000 dan turun menjadi 1,43 di tahun 2004 (BPS 2005). Keberhasilan Program KB juga terlihat dari angka *Total Fertility Rate (TFR)* yang berhasil diturunkan

dari 5,6 (1968-1970) menjadi 2,8 (1997) dan menjadi 2,6 (SDKI 2002-2003), namun *preliminary report* SDKI 2007 mendapatkan TFR tidak turun.

Antara tahun 2020-2030 rasio ketergantungan berada pada titik terendah, yaitu 45 per 100 penduduk usia kerja. Dengan demikian mulai tahun 2010 sampai 2040 akan terjadi 'bonus demografi'. Pada saat ini segala investasi keperluan bagi penduduk tidak produktif berada pada titik terendah karena kecepatan penurunan penduduk usia muda (0-14 tahun) dan kecepatan peningkatan penduduk usia tua (65 tahun ke atas) lebih lambat dari kecepatan peningkatan penduduk usia produktif. Jumlah orang di dunia berusia 12-24 tahun telah mencapai 1.3 milyar, terbesar dalam sejarah, mereka yang paling sehat dan terdidik, merupakan dasar yang kuat untuk membangun dalam dunia yang memerlukan lebih dari sekedar keterampilan dasar. (Laporan Pembangunan Dunia, 2007) Kesempatan ini akan terjadi selama 10 tahun selama satu abad. Masa inilah kesempatan paling baik untuk membangun negeri ini, disebut dengan *window of opportunity* dan masa ini akan hilang kalau keberhasilan KB tidak diteruskan. (KAGAMA 2008)

Tahun 2008 merupakan tahun ke-delapan desentralisasi kesehatan dan tahun keempat desentralisasi BKKBN. Reposisi telah membawa implikasi dimana sebagian kewenangan pengelolaan program KB di daerah menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota, sementara pemerintah pusat bertanggung-jawab kepada perumusan kebijakan. Sebelum era desentralisasi, KB dirasakan telah terlembaga karena ada di dalam sistem pemerintahan, namun di era desentralisasi ini KB oleh sebagian besar pemerintah daerah menjadi tidak prioritas, hal ini terlihat dari hasil monev ke lapangan

(Depkes 2007), yaitu: Program KB umumnya berada di eselon 3 atau 4, bahkan ada daerah yang tidak memiliki struktur KB, bergabung dengan bagian "pemakaman"; *Unmet need* tidak terlayani; Pelayanan terkesan pasif; Hambatan mendapatkan alokon yang sesuai diinginkan klien; Terlantarnya pencatatan dan pelaporan tentang KB; Fungsi KIE KB tidak berjalan dengan baik; Dukungan dana KB menurun drastis.

Penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi fertilitas penduduk, faktor lain terutama dalam hubungannya dengan panjangnya masa usia reproduksi adalah umur kawin pertama. Penundaan umur kawin pertama akan memperkecil peluang melahirkan. Pemerintah berhasil menaikkan umur kawin pertama perempuan usia reproduksi dalam sepuluh tahun menjadi 18,6 tahun pada tahun 1997, dari sekitar 17 tahun pada tahun 1987. Data Susenas memperlihatkan penurunan persentase perempuan yang umur kawin pertamanya kurang dari 16 tahun, persentasenya menurun lebih dari setengahnya, dari 31,2% pada tahun 1980 menjadi 17,5% tahun 2001. Secara nasional, meskipun usia kawin pertama perempuan usia 25-49 tahun telah ada peningkatan, namun median umur kawin pertama menunjukkan angka relatif masih rendah, yakni 19,2 tahun. Median umur kawin pertama di pedesaan 18,3 tahun dan di perkotaan 20,3 tahun. (SDKI 2002-2003)

SDKI (1997) mengemukakan bahwa terdapat 1.77% perempuan memiliki anak sebelum usia 15 tahun, 14% memiliki anak sebelum berusia 18 tahun dan 31,4% perempuan memiliki anak sebelum ia berusia 20 tahun, SDKI 2002-2003 menghasilkan distribusi yang sama. Diperoleh juga hasil bahwa lebih dari 90% perempuan usia reproduksi yang menikah memiliki pengetahuan tentang alat kontrasepsi, namun hanya

44,5% perempuan usia 15-19 tahun, dan 60,7% perempuan usia 20-24 tahun yang menggunakan alokon. (Gubhaju 2002)

Beberapa hasil penelitian yang menjadi pertimbangan pengambilan asumsi bahwa persepsi remaja tentang keluarga dan keluarga berencana belum baik adalah: sebagian besar remaja (69.3%) umur kawin pertama dalam usia belia (<18 tahun), 22,4% dalam usia muda (18-19 tahun), dan hanya 8,2% kawin dalam usia dewasa (LDFE-UI, 1999); Undang-Undang Perkawinan/UKP No.1 Tahun 1974 tidak populer di kalangan remaja (BKKBN 2006); Perempuan usia 15-19 tahun yang sudah menjadi ibu sebesar 10%. Pengetahuan remaja tentang masa subur relatif masih rendah (SDKI 2002-2003); Remaja usia 10-24 tahun yang pernah membicarakan KRR dengan ibunya sebesar 46%, sedangkan yang membicarakan dengan ayahnya hanya 17%; Teman sebaya menduduki peran penting dalam membicarakan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR); Remaja usia 10-24 tahun yang mendapat informasi kesehatan reproduksi dari guru (32%), tokoh agama (13%), dokter (9%), bidan/perawat (8%), tokoh masyarakat (7%) (SIPI 2003); Remaja laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum kawin 5%, sedangkan remaja perempuan 1% (SKKRI 2002-2003); Satu dari empat perempuan menginginkan/setuju tersedianya pelayanan KB untuk remaja belum kawin. Lebih dari setengah perempuan menyatakan pelayanan KB perlu tersedia untuk remaja yang ingin mendapatkan informasi tentang KB (SKRRI 2002-2003); Remaja perempuan usia 15-19 tahun yang mengetahui salah satu alat/cara KB sebesar 89%, sedangkan remaja laki-laki 93% (SKRRI 2002-2003). Berdasarkan data BPS Kota Depok (2004) terdapat 31% generasi muda yang usia kawin pertamanya di bawah 19 tahun, dan pada penelitian awal

yang peneliti lakukan pada 3 KUA Kecamatan Kota Depok, pada triwulan pertama (Januari-Maret 2008) ditemukan angka perkawinan di bawah umur 19 tahun sekitar 20 persen.

Hambatan yang dihadapi remaja dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk KB adalah adanya hambatan kebijakan. Hukum di Indonesia membatasi akses pemberian pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan alat kontrasepsi, dengan alasan tidak ada status menikah, belum cukup usia atau tidak adanya ijin orang tua. Oleh karena hukum menyatakan bahwa seseorang yang tidak menikah tidak boleh berhubungan seks, maka jalan keluar untuk masalah yang timbul dari orang yang tidak menikah tetapi melakukan hubungan seks, tidak tersedia. Pelayanan KB bersikap diskriminatif terhadap kelompok remaja. (BKKBN, 2006)

Dengan mempertimbangkan berbagai permasalahan di atas dan dikarenakan belum ada penelitian bagaimana persepsi remaja terhadap Norma Keluarga Kecil (NKK) dan faktor-faktor yang berhubungan dengannya, mendorong minat peneliti untuk melakukan penelitian tentang persepsi remaja terhadap nilai keluarga kecil saat ini. Peneliti memilih Kota Depok sebagai daerah penelitian atas dasar pertimbangan Kota Depok merupakan salah satu kota muda, diasumsikan masih memerlukan masukan dari hasil-hasil penelitian untuk intervensi kegiatan pembangunan Kota Depok mendatang.

1.2. Rumusan Masalah

Kebijakan desentralisasi memberikan kontribusi tidak langsung kepada terhambatnya program Keluarga Berencana. Program KB bagi masyarakat terhambat,

terutama kegiatan promosi menjadi tidak gencar; sementara laju pertumbuhan penduduk masih perlu diturunkan jika ingin mencegah ledakan penduduk sebesar 290 juta di tahun 2015. Kebijakan KB menetapkan bahwa alokasi hanya untuk Pasangan Usia Subur (PUS), sementara disinyalir perilaku seksual pada kelompok remaja sudah mencemaskan.

Jika promosi tentang Norma Keluarga Kecil tidak ada, maka nilai-nilai keluarga kecil pada remaja kemungkinan akan menjadi tidak baik. Karena persepsi merupakan salah satu faktor dari perilaku dan *belum diketahui bagaimana persepsi mereka terhadap norma keluarga kecil dewasa ini*, maka dipandang penting mengetahui persepsi remaja Kota Depok dewasa ini terhadap nilai-nilai keluarga kecil sebagai penduduk yang akan segera membentuk keluarga.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1. Bagaimana persepsi remaja kelas XI SLTA Kota Depok terhadap NKK?
- 1.3.2. Bagaimana hubungan antara karakteristik sosial demografi remaja kelas XI SLTA Kota Depok (sex, agama, etnis, pekerjaan orangtua, pendidikan orang tua, status sosial ekonomi, lingkungan tempat tinggal) dengan persepsi NKK?
- 1.3.3. Bagaimana hubungan antara Pengalaman dalam keluarga remaja kelas XI SLTA Kota Depok (urutan kelahiran, jumlah saudara, jarak lahir, usia ibu menikah pertama kali, usia ayah menikah pertama kali, kepesertaan orang tua dalam ber-KB) dengan persepsi terhadap NKK?

- 1.3.4. Bagaimana hubungan antara Pengetahuan tentang Alokon pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi terhadap NKK?
- 1.3.5. Bagaimana hubungan antara Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi terhadap NKK?
- 1.3.6. Bagaimana hubungan antara nilai-nilai NKK di Masyarakat pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi terhadap NKK?
- 1.3.7. Apa saja sumber-sumber informasi kesehatan reproduksi remaja kelas XI SLTA Kota Depok?

1.4. Tujuan Penelitian

- 1.4.1. Diketuinya persepsi remaja kelas XI SLTA Kota Depok terhadap NKK
- 1.4.2. Diketuinya hubungan antara karakteristik sosial demografi remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi mereka terhadap NKK
- 1.4.3. Diketuinya hubungan antara Pengalaman NKK dalam keluarga remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi mereka terhadap NKK
- 1.4.4. Diketuinya hubungan antara Pengetahuan tentang Alokon remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi mereka terhadap NKK
- 1.4.5. Diketuinya hubungan antara Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi mereka terhadap NKK
- 1.4.6. Diketuinya hubungan antara nilai-nilai NKK di Masyarakat pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan persepsi terhadap NKK

1.4.7. Diketuinya sumber-sumber informasi kesehatan reproduksi remaja kelas XI SLTA Kota Depok.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Sebagai Bahan Evaluasi:

Penelitian ini dapat berguna sebagai bahan evaluasi dan perencanaan program keluarga berencana di Indonesia. Remaja perlu diikutsertakan dalam perencanaan program kesehatan remaja. Aspirasi remaja merupakan bahan masukan yang sangat berguna sehingga perlu dipertimbangkan dalam perencanaan program KB ke depan.

1.5.2. Sebagai Bahan Informasi dan Penyuluhan:

Dengan diketahuinya persepsi generasi muda terhadap nilai keluarga kecil, maka program yang direncanakan kemungkinan besar akan sesuai dengan kebutuhan kesehatan reproduksi remaja. Diharapkan dengan pendekatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang ramah remaja akan menghasilkan generasi muda yang berkualitas dan mampu mengatasi masalah kependudukan untuk mengelola sumber daya alam Indonesia dengan lebih baik.

1.5.3. Sebagai Penambah Pengetahuan Peneliti:

Hasil dan Metode Penelitian ini berguna dalam menambah pengetahuan dan wawasan peneliti dalam bidang keluarga berencana dengan paradigma baru yaitu dengan pendekatan perlindungan hak-hak kesehatan reproduksi dan hak seksual remaja. Bagi

peneliti lain, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan perbandingan untuk penelitian dengan topik yang sama.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian:

Penelitian ini termasuk penelitian sosial dalam bidang kesehatan masyarakat yang secara khusus bertujuan untuk mengetahui persepsi terhadap Norma Keluarga Kecil remaja kelas XI SLTA Kota Depok dan faktor-faktor yang berhubungan dengannya. Disain penelitian berupa survei kuantitatif yang dilaksanakan secara potong lintang terhadap remaja kelas XI SLTA Kota Depok. Penelitian dilaksanakan pada bulan April-Juni 2008.

Bab 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kependudukan dan Keluarga Berencana

Penduduk diposisikan sebagai sumberdaya yang paling penting dan berharga bagi setiap bangsa. Penduduk menjadi modal pembangunan sehingga menjadi dasar dan sasaran semua kebijakan pembangunan negara. Sebagai modal pembangunan maka kebijakan kependudukan semestinya menjadi prioritas nasional. Semua kebijakan nasional harus memperhitungkan dinamika kependudukan yang ada dengan berbagai variabelnya. Hal itu berarti bahwa kebijakan kependudukan memiliki posisi yang strategis dalam kebijakan pembangunan lainnya (Hatmadji 2003). Awalnya, kebijakan kependudukan (*population policies*) secara sempit diartikan sebagai pengendalian fertilitas (*fertility control*). Menurut Hatmadji (2003) pengertian ini kurang tepat, sebab kebijakan kependudukan sebenarnya tidak semata-mata *fertility control*, melainkan lebih luas dari itu. Di samping *fertility control* (program keluarga berencana) kebijakan kependudukan juga termasuk mobilitas penduduk dan kebijakan kesehatan yang bertujuan mengurangi tingkat kematian (mortalitas), khususnya kematian ibu dan anak.

2.1.1. Definisi dan Ruang lingkup Kebijakan Kependudukan

Ad Hoc Consultative Group of Experts on Population Policy PBB (1971) merumuskan kebijakan kependudukan adalah kegiatan dan program yang dibuat untuk

menunjang pencapaian tujuan ekonomi, sosial, demografi, politik dan sebagainya dengan cara mempengaruhi variabel-variabel demografi yang penting yaitu jumlah dan pertumbuhan penduduk, distribusi geografi (nasional dan internasional) dan karakteristik demografinya.

Kebijakan kependudukan tidak saja dimaksudkan untuk mempengaruhi aspek kuantitas (jumlah, komposisi dan distribusi) penduduk, tetapi juga aspek kualitas penduduk. Ada dua dimensi yang perlu diperhatikan yaitu dimensi demografi (pertumbuhan, komposisi, distribusi dan mobilitas penduduk) dan dimensi sosial ekonomi politik dan ekologi (seperti pendidikan, kesehatan, kebebasan, kualitas hidup, dsb.). Jones, 1973 (dalam Hatmadji, 2003) membedakan antara (a) *population-responsive policies* dengan (b) *population influencing policies*. *Population-responsive policies*, menurut Jones adalah kebijakan yang diperlukan dalam bidang kesehatan, pendidikan, pengadaan pangan, ketenaga-kerjaan, perencanaan kota dan sebagainya yang merupakan hasil dari tingkat fertilitas dan pertumbuhan penduduk yang tinggi. Sedangkan *population influencing policies* adalah kebijakan-kebijakan yang diperlukan untuk mempengaruhi tingkat pertumbuhan penduduk. Namun menurut Jones, kebijakan kependudukan seringkali hanya dibatasi pada kebijakan yang mempengaruhi penduduk.

Hatmadji (2003) menuliskan bahwa para perencana dan pengambil keputusan menurut Issacs et.al., harus memperhatikan beberapa hal dalam merumuskan kebijakan kependudukan. *Pertama*, bahwa kebijakan kependudukan biasanya dikaitkan dengan pembangunan. Perencanaan pembangunan yang meniadakan variabel penduduk merupakan kebijakan yang tidak sempurna (*not complete*), dan kebijakan kependudukan

yang tidak dikaitkan dengan pembangunan akan tidak bermakna (*not sound*). Kedua, kebijakan kependudukan dan kebijakan pembangunan bukan merupakan dua hal yang bertentangan. Sejak 1974, banyak studi ilmu sosial dan demografi telah menunjukkan hubungan yang erat antara tingkat pertumbuhan penduduk dan pembangunan. Ketiga, kebijakan kependudukan bukan lagi merupakan isu yang sensitif dan saat ini telah umum di seluruh dunia.

2.1.2. Perkembangan kebijakan kependudukan di dunia dan Indonesia

Sejak empat dasawarsa yang lalu kebijakan kependudukan memfokuskan perhatiannya pada beberapa perubahan demografi, khususnya pada pertumbuhan penduduk yang tinggi. Dalam upaya menurunkan tingkat pertumbuhan penduduk tersebut maka dilakukan upaya pengendalian fertilitas yang instrumen utamanya adalah program keluarga berencana.

Pada tahun 1950-an dan 1960-an kelompok neo-Malthusian memberi perhatian khusus pada pertumbuhan penduduk yang begitu cepat sehingga berdampak pada aspek-aspek kehidupan lainnya, antara lain karena dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, memicu kerusakan lingkungan, berkurangnya pelayanan sosial dan menimbulkan konflik horisontal di masyarakat. Oleh karena itu lembaga-lembaga kependudukan mendukung dan mengkampanyekan pentingnya pengendalian kelahiran (*birth control*) melalui pengembangan teknologi kontrasepsi yang lebih baik dan program keluarga berencana di seluruh dunia.

Pada Konferensi Kependudukan Dunia, Bucharest, 1974, negara-negara maju beranggapan bahwa program keluarga berencana hendaknya menjadi alat utama dalam

pengendalian penduduk. Pada waktu itu terdapat dua kelompok negara yang berbeda pandangan. Kelompok negara-negara Barat berpendapat bahwa kemiskinan adalah akibat dari peledakan jumlah penduduk. Oleh karena itu perlu diupayakan cara-cara untuk menghambat pertumbuhannya, di antaranya melalui program keluarga berencana. Di pihak lain, kelompok negara-negara komunis dan banyak negara sedang berkembang lain beranggapan bahwa yang salah bukanlah jumlah penduduknya, tetapi karena kebijakan ekonomi yang tidak tepat sehingga mengakibatkan pengangguran dan penurunan kesejahteraan masyarakat.

Pada Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development, ICPD*) 1994 di Cairo menghasilkan program aksi yang mendukung strategi baru dalam kebijakan kependudukan yang menekankan adanya keterkaitan secara integral antara penduduk dan pembangunan, fokus perhatian diarahkan pada kesesuaian kepentingan individu antara laki-laki dan perempuan daripada pencapaian target-target demografi, seperti penurunan angka kelahiran dan kematian. Pada dasarnya kesepakatan ICPD Cairo 1994 terjadi karena banyak pihak melihat bahwa telah terjadi eksek dalam pelaksanaan program KB. Eksek tersebut terutama membuat seolah-olah perempuan tidak mendapatkan kebebasan untuk menentukan hak-hak reproduksinya.

Sadik, 1994 (dalam Hatmadji, 2003) menyatakan bahwa kunci dari pendekatan baru ini adalah pemberdayaan perempuan (*empowering women*) dan memberinya lebih banyak akses pada bidang pendidikan dan pelayanan kesehatan, pengembangan ketrampilan dan pekerjaan, dan mengikutsertakan perempuan pada proses pengambilan

keputusan di berbagai tingkatan. Oleh karena itu salah satu pencapaian terbesar dalam ICPD Cairo 1994 adalah adanya keinginan untuk memberdayakan perempuan baik untuk kepentingan dirinya sendiri maupun sebagai kunci untuk memperbaiki kualitas hidup semua orang. Sejak saat itu ada tuntutan akan terselenggaranya program KB dengan paradigma baru, yaitu pelayanan KB yang lebih berorientasi pada klien.

Pada dasawarsa terakhir di abad 20 telah terjadi perubahan visi dalam kebijakan kependudukan, dari fokusnya pada pengendalian variabel-variabel demografi semata menjadi ke arah perbaikan kualitas hidup terutama perempuan dan pembangunan. Sen, Germain, dan Chen (1994) menyatakan pentingnya mempertimbangkan kembali kebijakan kependudukan untuk melihat etika dasar, tujuan dan metodologi dari kebijakan-kebijakan kependudukan yang berlaku. Kebijakan kependudukan perlu didukung oleh suatu pendekatan pembangunan manusia dengan kesehatan reproduksi (*reproductive health*), pemberdayaan (*empowerment*) dan hak-hak individu sebagai tujuan sentral. Selanjutnya Sen, Germain dan Chen menyatakan bahwa ada tiga hal penting dalam kaitannya dengan kebijakan kependudukan. *Pertama*, bahwa kebijakan kependudukan harus berubah, mencerminkan adanya suatu komitmen yang mendasar pada etika dan hak asasi manusia (*human rights*). *Kedua*, kebijakan kependudukan yang lebih dari sekedar pengendalian fertilitas hanya efektif jika menjadi bagian dari pendekatan pembangunan manusia yang lebih luas. *Ketiga*, kebijakan kependudukan mempunyai prioritas strategi yaitu pemberdayaan perempuan (*women's empowerment*) dan pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual (*reproductive and sexual health services*).

Berbagai perkembangan kebijakan kependudukan yang terjadi selama ini menunjukkan bahwa kebijakan kependudukan dituntut untuk terus disempurnakan sesuai dengan tujuan dasar dari seluruh kebijakan pembangunan yaitu terwujudnya kesejahteraan penduduk baik secara material maupun spiritual yang termasuk di dalamnya terjaganya hak-hak dasar penduduk itu sendiri. Konferensi Kependudukan Asia Pasifik ke-5 tahun 2002 di Bangkok mempertegas kembali visi kebijakan kependudukan dunia yang telah dicapai dalam ICPD Cairo 1994, ICPD+5, dan Beijing+5 dengan memprioritaskan kebijakan kesehatan reproduksi, KB, dan program kependudukan yang luas, terutama untuk melepaskan penduduk dari jeratan kemiskinan.

2.1.3. Kebijakan Kependudukan di Indonesia

Kebijakan kependudukan yang dijalankan pemerintah Indonesia saat ini merupakan implementasi dari arah kebijakan yang telah dirumuskan dalam RPJMN 2004-2009. Kebijakan tersebut dijabarkan di dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) terdiri dari 9 program pokok (BKKBN 2008), yaitu:

1. Meningkatkan akses informasi dan kualitas pelayanan KB-KR
2. Meningkatkan akses pria terhadap informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB-KR
3. Meningkatkan pembinaan dan status kesehatan perempuan dan anak
4. Pembinaan pelayanan KIE dan pelayanan kesehatan reproduksi
5. Meningkatkan pembinaan dan pengintegrasian informasi dan pelayanan konseling bagi remaja tentang kehidupan seksual yang sehat, HIV/AIDS, dan NAPZA

6. Meningkatkan ketahanan keluarga dalam kemampuan pengasuhan tumbuh kembang anak, pembinaan kesehatan ibu, bayi, anak dan remaja, melalui kegiatan bina keluarga
7. Meningkatkan pemberdayaan ekonomi keluarga dalam kegiatan usaha ekonomi produktif UPPKS
8. Memaksimalkan upaya-upaya advokasi, promosi dan KIE KB dan pemberdayaan keluarga
9. Meningkatkan kualitas pengelolaan manajemen pembangunan KB, termasuk pengelolaan SDM, data dan informasi, pengkajian, penelitian dan pengembangan, serta bimbingan dan pengawasan program.

Sebelum BKKBN desentralisasi, dalam GBHN 1999-2004 kebijakan yang menyangkut kependudukan memang tidak menjadi kebijakan tersendiri tetapi merupakan bagian integral dari kebijakan di bidang sosial dan budaya, khususnya pada bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial. Arah kebijakan di bidang kependudukan seperti yang tercantum dalam GBHN bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial adalah sebagai berikut: “meningkatkan kualitas hidup penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, dan peningkatan kualitas program keluarga berencana” (Sekretariat Negara 2000).

Selain kebijakan transmigrasi (redistribusi penduduk), kebijakan kependudukan yang bertujuan untuk mengendalikan jumlah kelahiran telah menjadi kebijakan prioritas dalam sejarah kebijakan kependudukan di Indonesia. Pada era orde lama di bawah kepemimpinan Presiden Soekarno, Indonesia menganut kebijakan kependudukan yang

bersifat pronatalis, terutama untuk kepentingan pertahanan negara. Pada jaman Pemerintahan Soeharto dilakukan upaya-upaya untuk mengendalikan jumlah penduduk. Presiden Soeharto bersama 29 pemimpin dunia lainnya menanda-tangani *The Declaration of World Leaders on Population* pada Desember 1967. Penandatanganan deklarasi oleh Presiden Soeharto dapat dipandang sebagai pendorong dalam pembentukan program keluarga berencana nasional di Indonesia dan sekaligus pula merupakan titik balik yang sangat penting bagi perubahan di bidang kependudukan di Indonesia. Hal tersebut dapat terlaksana antara lain karena desakan masyarakat internasional yang mulai menyadari bahaya peledakan penduduk terhadap daya dukung lingkungan serta penurunan tingkat kesejahteraan umat manusia.

Namun di era reformasi, dari segi kelembagaan, kebijakan kependudukan seperti kehilangan arah. Kementerian Kependudukan yang menjadi dapur kebijakan kependudukan dilikuidasi ke Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Sempat bangkit dengan dibentuknya Badan Administrasi Kependudukan dan Mobilitas Penduduk (BAKMP), tetapi kemudian redup lagi karena BAKMP dilikuidasi hanya menjadi Direktorat Jenderal di Departemen Dalam Negeri dan Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, meski demikian Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tetap dipertahankan sampai saat ini. (Hatmadji, 2003)

2.1.4. Keluarga Berencana sebagai program prioritas

KB telah menjadi satu kebijakan di bidang kependudukan yang sangat penting di Indonesia dan telah menunjukkan keberhasilannya dalam mengendalikan pertumbuhan

jumlah penduduk. Melalui program yang dilaksanakan sejak awal 1970-an ini, angka fertilitas total (*total fertility rate*) perempuan Indonesia menurun cukup drastis yang berdampak sangat besar, tidak saja secara langsung dalam menghambat laju pertumbuhan penduduk tetapi juga ada kaitannya dengan peningkatan kesejahteraan keluarga peserta KB.

Ide dasar pembangunan keluarga sejahtera merupakan landasan filosofis pemerintah dalam merumuskan kebijakan kependudukan. Penerjemahan ide dasar ini secara konkrit, terutama di masa-masa awal gerakan kependudukan, lebih ditekankan pada upaya untuk mempengaruhi tingkat pertumbuhan penduduk, persebaran, kepadatan dan struktur umur penduduk. Dalam kerangka demikian, program KB menjadi agenda utama dalam gerakan kependudukan di Indonesia. (BKKBN 1995)

Beberapa hal yang menjadi perhatian pada program KB di Indonesia. *Pertama*, program KB telah dapat mengubah pandangan dalam masyarakat yang pronatalis, yang melihat penduduk dari sudut kuantitas saja, menjadi pandangan antinatalis, yang menekankan pada kesejahteraan masing-masing keluarga dengan pengaturan kelahiran.

Kedua kenyataan bahwa dukungan masyarakat cukup besar pada program KB. *Ketiga*, Indonesia dapat membuktikan bahwa KB dapat dilaksanakan di daerah pedesaan secara efektif. Ini berbeda dengan pola penyebaran KB di negara-negara maju yang biasanya dimulai dari kota lalu ke pedesaan, sehingga prosesnya lambat. Penerimaan masyarakat terhadap teknologi KB di daerah pedesaan merupakan kesempatan (*point of entry*) yang penting untuk proses pembangunan sektor-sektor yang lain. Kegagalan banyak program KB di negara-negara lain adalah karena dimulai pada aspek teknis

medis terlebih dahulu, seperti pengadaan klinik-klinik KB, yang meskipun merupakan bagian yang menentukan, tetapi merupakan bagian akhir dari suatu rantai yang dimulai dari pengetahuan tentang KB.

Ke-empat, untuk menjadikan KB sebagai suatu lembaga atau pranata sosial maka KB diusahakan untuk menjadi bagian integral dari kehidupan masyarakat dalam bentuk Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS). Ini merupakan pendekatan yang menyentuh perikehidupan keluarga secara nyata. *Ke-lima*, program KB merupakan usaha untuk melaksanakan kegiatan *beyond family planning*. Konsep ini sebenarnya merupakan usaha untuk mempertemukan tiga pandangan yaitu: pertama, pandangan yang menyatakan bahwa penurunan fertilitas hanya dapat dicapai melalui pembangunan ekonomi. Apabila ekonomi terbangun, fertilitas akan turun dengan sendirinya. Kedua, pandangan bahwa perubahan nilai-nilai dalam masyarakat yang mengurangi peranan anak dalam kehidupan keluarga dan sebagai jaman hari tua maupun tenaga bantuan untuk keluarga. Kalau pandangan ini berubah, keinginan untuk punya anak berkurang, sehingga fertilitas akan turun dengan sendirinya. Ketiga, pandangan bahwa dengan program KB yang dikelola dengan baik, fertilitas akan dapat diturunkan.

2.2. Hasil Kebijakan Kependudukan di Indonesia

Kebijakan Kependudukan, terutama KB, yang telah dilakukan pemerintah selama ini telah berhasil mempengaruhi struktur, komposisi, dan jumlah penduduk. Ada tiga hasil pokok kebijakan kependudukan yang akan dibahas lebih lanjut yaitu

pertumbuhan penduduk, fertilitas, dan mortalitas yang ketiganya masih menjadi sasaran utama kebijakan kependudukan (KB) masa depan.

2.2.1. Tren Penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk

Tabel 2.1 menunjukkan bahwa secara absolut jumlah penduduk Indonesia sejak SP 1961 hingga SP 2000 memperlihatkan kenaikan yang berarti dari 97 juta pada tahun 1961 menjadi 203 juta pada tahun 2000 atau bertambah 106 juta selama 40 tahun. Meskipun dalam jumlah mengalami peningkatan, namun laju atau tingkat pertumbuhan tahunannya mengalami penurunan yang berarti dari 2,1 persen pada periode 1961/1971 menjadi 1,3 persen pada periode 1990/2000. Penurunan laju pertumbuhan penduduk ini merupakan dampak yang sangat besar dari kebijakan kependudukan yang telah dirintis sejak tahun 1970-an. Data Tabel 1 ada kenaikan pertumbuhan sebesar 0,22 persen antara periode 1961/1971 dengan periode 1971/1980, lalu pertumbuhannya bergerak menurun cukup drastis sebesar 0,35 persen pada periode antara 1971/1980 dengan 1980/1990.

Wijoyo Nitisastro melakukan proyeksi penduduk pada tahun berdasarkan data dasar hasil SP 1961 meramalkan bahwa jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2000 mencapai 280 juta jiwa. Hal itu berarti bahwa kebijakan kependudukan (KB) sejak 1970-an telah berdampak pada penghematan jumlah penduduk sekitar 80 juta jiwa.

Tabel 2.1
Jumlah Penduduk Indonesia dan Tingkat Pertumbuhannya
menurut Pulau-pulau Besar, 1961-2000

Wilayah	Total Penduduk (000)					Tingkat Pertumbuhan tahunan (%)			
	1961*	1971	1980	1990	2000*	61/71	71/80	80/90	90/00
Indonesia	97,019	119,208	147,490	179,379	203,456	2,10	2,32	1,97	1,35
Sumatera	15.739	20.808	28.016	36.507	42.666	2,83	3,36	2,68	1,57
Jawa	62903	76086	91270	107581	120430	1,91	2,04	1,66	1,13
Kalimantan	4101	5155	6723	9100	10948	2,31	3,00	3,07	1,87
Sulawesi	7079	8527	10410	12521	14446	1,88	2,24	1,86	1,44
Maluku	848	1090	1411	1858	1978	3,31	2,88	2,78	0,65
Irian Jaya	n.a	923	1174	1649	2113	n.a	2,67	3,41	2,60

Cat

atan: *Total jumlah penduduk tahun 1961 termasuk estimasi 700.000 penduduk Irian Jaya, sementara tahun 2000 tidak termasuk Timor Timur; **Penduduk Timor Timur tahun 2000 merupakan estimasi the East Timor Transitional Administration (ETTA)

Sumber: S.Muhidin, 2002. The Population of Indonesia. Amsterdam: Rozenberg Publisher.

2.2.2. Fertilitas

Fertilitas adalah kemampuan menghasilkan keturunan yang dikaitkan dengan kesuburan perempuan. Di dalam demografi fertilitas diukur dengan hasil reproduksi nyata (bayi lahir hidup) dari seorang perempuan atau sekelompok perempuan. (Adioetomo 2008)

2.2.2.1. Tingkat Fertilitas

Ukuran tingkat fertilitas yang sering digunakan adalah angka fertilitas total (*Total Fertility Rate* atau *TFR*) dan angka fertilitas menurut umur (*Age Specific Fertility Rate* atau *ASFR*). *ASFR* menunjukkan banyaknya kelahiran dari perempuan pada suatu kelompok umur tertentu per 1.000 perempuan pada kelompok umur yang sama. *ASFR* dihitung melalui rumus:

$$ASFR = \frac{b_i}{P_i^f} \times k \quad (i = 1, 2, \dots, 7)$$

dengan:

b_i : jumlah kelahiran pada perempuan di kelompok umur i selama 1 tahun

P_i^f : jumlah perempuan pada kelompok umur i pada pertengahan tahun yang sama

k : bilangan konstan, biasanya 1.000

i : kelompok umur 5 tahunan mulai dari 15-19 tahun

TFR merupakan penjumlahan ASFR, yaitu jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya dengan asumsi ia mengikuti pola fertilitas yang berlaku dari umur 15 sampai 49 tahun (BPS 2003), dengan kata lain TFR adalah rata-rata banyaknya anak yang akan dimiliki oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya jika ia mengikuti pola fertilitas pada saat TFR dihitung. Adapun rumus untuk mengetahui TFR adalah:

$$TFR = 5 \sum_{i=1}^7 ASFR_i \quad (i = 1, 2, \dots, 7)$$

dengan

ASFR: Angka kelahiran menurut kelompok umur

i : kelompok umur 5 tahunan mulai dari 15-19 tahun

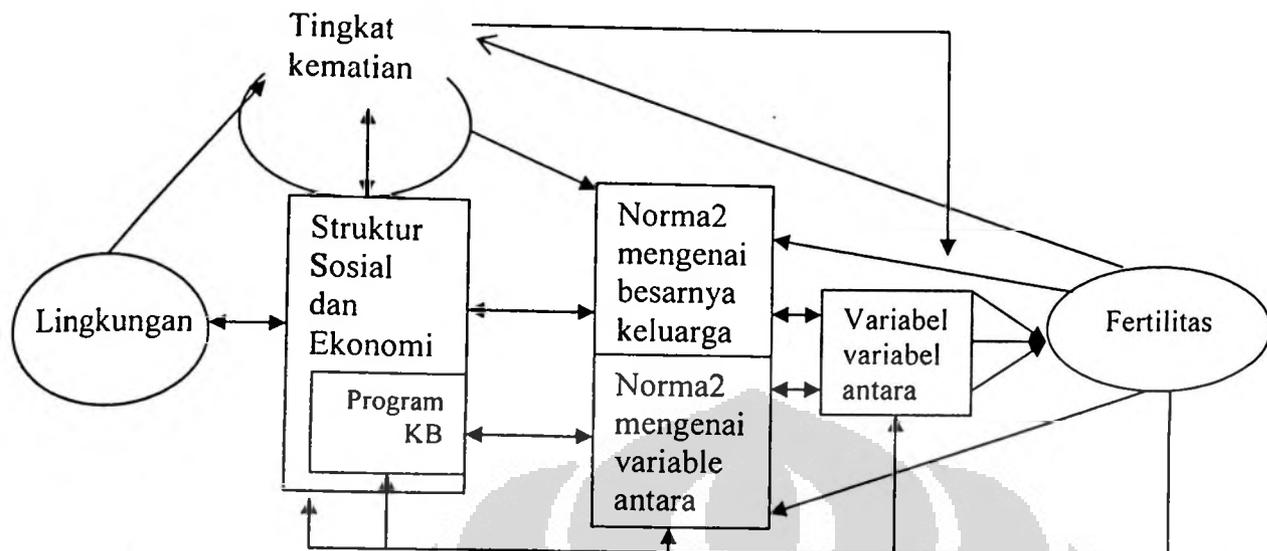
2.2.2.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Fertilitas

Tingkat Fertilitas merupakan bagian dari sistem sosial, biologi dan interaksi lingkungan yang begitu kompleks dari manusia yang berhubungan dengan seks, perkawinan dan hubungan keluarga yang erat. Berikut ini adalah Diagram skematis mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi fertilitas menurut Freedman (1975), termasuk variabel-variabel antara menurut Davis dan Blake. Model ini bekerja mundur

dimulai dari mengukur tingkat fertilitas ke penggolongan variabel yang mempengaruhi tingkat fertilitas suatu kelompok masyarakat.

Penggolongan variabel tersebut sebagai berikut:

- I. Cara dalam melakukan *fertility control* yang di satu sisi berada di antara organisasi sosial dan norma sosial dan di sisi lain ada di tingkat kesuburan
- II. Norma-norma sosial tentang ukuran keluarga
- III. Norma-norma sosial yang menyangkut setiap variabel antara
- IV. Aspek organisasi sosial yang berfungsi mendukung norma-norma tentang ukuran keluarga dengan menyediakan penghargaan sosial dan sanksi yang tergantung dengan jumlah anak di dalam satu keluarga.
- V. Aspek lain dari organisasi sosial yang mempengaruhi fertilitas dengan memasukkan norma-norma atau nilai-nilai nyata dari variabel antara, termasuk variabel bebas yang berakibat pada norma-norma fertilitas.
- VI. Tingkat Kematian Ibu, yang menentukan jumlah kelahiran yang diperlukan untuk menghasilkan anak berdasarkan norma yang ada.
- VII. Tingkat Migrasi, dimana akan menentukan ketersediaan orang dalam jumlah dan umur di dalam suatu keluarga dan masyarakat.
- VIII. Faktor-faktor lainnya



Sumber: Freedman, 1975

Diagram 2.1.
Model Analisis Sosiologi dari Tingkat Fertilitas

Davis dan Blake (dalam Freedman, 1975) memberikan klasifikasi dari variabel antara dari model analisisnya, yaitu:

- A. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hubungan seks (*intercourse variabel*):
- a. Umur masuk ke dalam kelompok seksual aktif/perkawinan
 - b. Selibat permanen: proporsi perempuan yang tidak pernah melakukan hubungan seksual/tidak kawin
 - c. Banyaknya masa reproduksi, sesudah atau di antara perkawinan:
 - i. Ketika rumah tangga hancur karena perceraian, perpisahan atau ditinggalkan pasangan
 - ii. Ketika rumah tangga pecah karena kematian suami

B. Faktor-faktor yang mempengaruhi konsepsi (*the conception variables*)

- a. Kesuburan atau Ketidak-suburan, sebagai akibat dari hal yang tidak disengaja
- b. Menggunakan atau tidak menggunakan alat kontrasepsi
- c. Kesuburan atau Ketidaksuburan akibat dari hal yang disengaja: sterilisasi, sub-insisi, tindakan medis, dll.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masa kehamilan dan melahirkan (*gestation variables*):

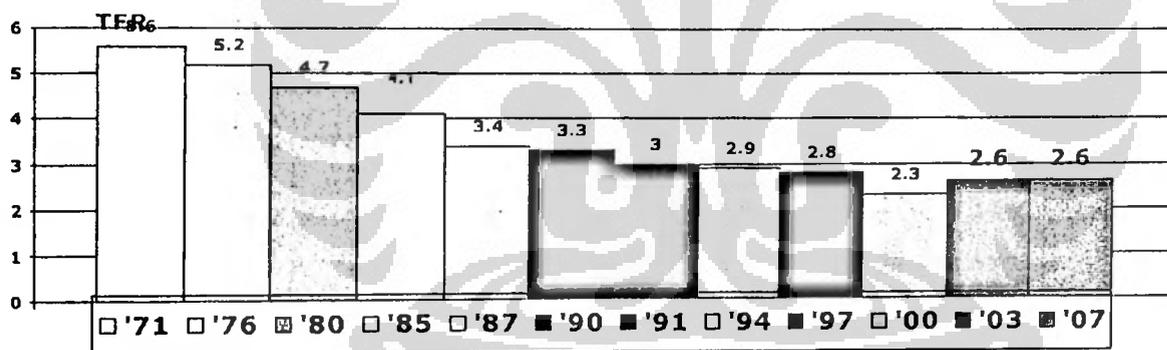
- a. Kematian janin akibat hal yang tidak disengaja
- b. Kematian janin akibat hal-hal yang disengaja

Davis dan Blake juga menyebutkan bahwa kombinasi yang berbeda dari nilai-nilai variabel antara tersebut dapat menghasilkan tingkat fertilitas yang sama. Di satu sisi, masyarakat atau kelompok dengan tingkat fertilitas yang sangat berbeda dapat memiliki nilai-nilai variabel antara yang sama. Hal ini tidak penting, dan sering keliru untuk menyimpulkan bahwa variabel antara selalu digunakan untuk menurunkan fertilitas. Efek fertilitas sering merupakan konsekuensi yang tidak direncanakan dari pola budaya yang tidak ada hubungan jelas dengan fertilitas. Faktor-faktor lain dapat mempengaruhi fertilitas melalui satu atau lebih variabel antara ini, dapat dilihat pada diagram 2.1. Penyebab langsung pada tingkat kesuburan selalu harus melalui variabel-variabel antara.

2.2.2.3. Tren Penurunan Fertilitas

Penurunan fertilitas di Indonesia dianggap cukup dramatis, karena dalam kurun waktu tiga puluh tahun angka TFR menurun lebih dari setengahnya, dari 5.6 (1971) menjadi 2.6 (2003). Kalau dulu perempuan Indonesia mempunyai anak rata-rata sebanyak 5 sampai 6 orang, kini hanya berkisar antara 2 sampai 3 orang saja. Dampak penurunan fertilitas ini ternyata sangat besar, langsung dapat menghambat laju pertumbuhan penduduk dan tidak langsung terhadap peningkatan kesejahteraan keluarga peserta KB itu sendiri.

Grafik 2.1
Total Fertility Rate (TFR) Indonesia, Tahun 1971-2007



Sumber: SDKI Tahun 1987, 1991, 1994 dan 1997; Sensus Tahun 1971, 1980, 1990 dan SUPAS Tahun 1976, 1985, SDKI 2002-2003, SDKI 2007 *preliminary report*

Angka yang diharapkan adalah $TFR=2.1$, dan untuk penurunan lebih lanjut diperlukan persentasi pemakaian kontrasepsi yang tinggi, sehingga diperlukan *demand* untuk kontrasepsi yang tinggi pula, ini akan terjadi dimana kebutuhan mempunyai keluarga kecil sudah cukup dominan.

Jika dirinci menurut provinsi terlihat bahwa semua provinsi menunjukkan penurunan TFR dengan variasi penurunan yang tidak terlalu jauh dengan angka nasional. Meski begitu ada beberapa provinsi seperti sebagian besar provinsi di Sumatera, Jawa Barat, NTT, Kalimantan Barat, Maluku dan Papua, TFR-nya berada di atas TFR nasional. TFR tertinggi dialami oleh provinsi Sumatera Utara (3.72) dan terendah provinsi Yogyakarta (1.85). Variasi penurunan TFR ini juga menunjukkan apa dan bagaimana sasaran kebijakan kependudukan yang akan datang di berbagai daerah ini.

Selain penurunan dalam angka fertilitas total, juga dapat dilihat penurunannya dalam angka fertilitas menurut kelompok umur perempuan usia reproduksi. Penurunan terjadi pada setiap kelompok umur, juga terjadi penurunan puncak angka ASFR terutama sejak periode tahun 1991-1994 dari usia 20-24 tahun menjadi 25-29 tahun. Penurunan ASFR ini mungkin berkaitan dengan berbagai determinan fertilitas yang meliputi aspek sosial ekonomi dan karakteristik lain yang mempengaruhi fertilitas. Penurunan fertilitas ini tidak luput dari peranan pemerintah dalam melaksanakan program Keluarga Berencana (KB). Berdasarkan data SPI (Sensus Prevalensi Indonesia) tahun 1987 hanya 26% perempuan kawin yang menggunakan alokon, namun dua dekade berikutnya meningkat menjadi lebih dari dua kali lipatnya yaitu 57% tahun 1997 (BPS, dkk., 1998). Jika dilihat menurut kelompok pendidikan, peningkatan perempuan yang menggunakan alokon tampak pada semua kelompok pendidikan dengan persentase tertinggi pada kelompok pendidikan SLTP ke atas. Lebih lanjut dapat dilihat dari data IFLS (*Indonesia Family Life Survey*) tahun 1997 dan 2000, bahwa terjadi sedikit

penurunan prevalensi perempuan kawin yang menggunakan alokon, yaitu dari 57,5% menjadi 56,4%, namun secara statistik tidak signifikan.

Faktor lain yang mempengaruhi fertilitas penduduk, terutama dalam hubungannya dengan panjangnya masa usia reproduksi adalah umur kawin pertama. Penundaan umur kawin pertama berdampak memperkecil peluang melahirkan. Umur kawin pertama pada usia muda akan memperpanjang usia reproduksi. Melalui berbagai upaya, pemerintah telah berhasil menaikkan umur kawin pertama perempuan usia reproduksi dalam sepuluh tahun menjadi 18.6 tahun pada tahun 1997, dari sekitar 17 tahun pada tahun 1987 dan naik menjadi 19.2 tahun berdasarkan hasil SDKI 2002-2003. Selanjutnya dari data Susenas dapat dilihat penurunan perempuan persentase perempuan yang umur kawin pertamanya kurang dari 16 tahun, selama kurun waktu 21 tahun persentasenya menurun lebih dari setengahnya, dari 31.2% pada tahun 1980 menjadi 17.5% tahun 2001.

Umur kawin pertama yang dilakukan pada usia yang tidak terlalu muda dan disertai dengan pengetahuan dan pemakaian alat kontrasepsi yang cukup, akan berpengaruh terhadap fertilitas perempuan. Berdasarkan data SDKI pengetahuan perempuan terhadap sumber pelayanan KB meningkat 4% dalam kurun waktu sepuluh tahun menjadi 97% tahun 1997, saat itu perempuan semakin terbuka terhadap media massa, terutama untuk televisi. Data IFLS 1997 dan 2000 menunjukkan prevalensi pemakaian alokon menurun menurut lama sekolah, paling banyak penurunannya pada perempuan yang tidak sekolah dari 41.6% menjadi 38.6% pada tahun 2000.

Tabel 2.2.
Distribusi Persentase Perempuan Pernah Kawin Di Indonesia Berdasarkan Metode
Kontrasepsi Yang Digunakan dan Umur Kawin Pertama
Menurut Provinsi, 1991-2003

Wilayah/ Provinsi	Penggunaan Kontrasepsi (%)						Umur Kawin Pertama		
	1991		1994		1997		1994	1997	2003
	Modern	Tradisional	Modern	Tradisional	Modern	Tradisional			
Indonesia	47.1	2.6	52.2	2.7	54.7	2.7	18.1	18.6	19.2
Sumatera									
DI Aceh	24,9	4,0	30,1	2,2	37,1	0,8	18,4	18,5	
Sumut	34,0	3,1	40,2	6,8	46,0	4,0	20,3	20,1	
Sumbar	37,8	2,5	41,1	3,1	44,8	3,0	19,6	20,3	
Riau	35,2	4,6	38,6	2,4	44,1	3,8	19,4	19,1	
Jambi	46,3	1,6	54,1	1,0	60,3	1,4	18,6	18,0	
Sumsel	44,6	2,5	50,1	2,8	57,9	3,1	18,9	19,1	
Bengkulu	55,9	2,4	60,2	1,4	62,3	4,3	18,1	18,1	
Lampung	50,8	3,0	57,9	1,3	66,5	1,8	16,9	17,5	
Jawa									
Jakarta	51,8	4,2	54,8	5,0	53,9	5,0	20,1	20,6	
Jabar	49,7	1,3	56,0	0,7	56,5	1,1	17,0	17,4	
Jateng	48,1	1,7	59,6	1,5	61,4	1,0	17,9	18,5	
DIY	57,0	14,3	59,7	9,7	63,7	9,2	20,3	20,7	
Jatim	53,0	2,4	53,5	2,3	58,0	3,1	16,7	17,8	
Nusa Tenggara									
Bali	70,2	1,7	66,5	1,9	66,2	1,9	19,8	20,5	
NTB	38,2	0,8	47,9	1,9	56,5	2,1	18,3	18,1	
NTT	35,0	4,2	32,6	4,7	35,2	4,1	21,2	21,4	
Timtim**	20,4	4,7	20,7	1,9	25,1	1,6	20,8	21,5	
Kalimantan									
Kalbar	42,9	1,4	49,5	1,1	58,1	2,7	18,8	19,1	
Kalteng	42,9	1,7	41,1	3,4	57,0	6,3	19,2	18,9	
Kalsel	47,2	4,7	51,2	3,6	60,2	1,6	17,4	17,7	
Kaltim	54,6	3,4	54,7	5,8	54,5	4,8	19,4	19,4	
Sulawesi									
Sulut	62,8	5,7	69,1	3,5	71,2	7,7	20,7	21,0	
Sulteng	47,5	2,8	48,3	4,2	50,2	1,5	19,6	19,8	
Sulsel	32,9	4,2	35,2	7,4	41,5	4,8	19,8	19,8	
Sultra	37,9	4,0	41,8	4,5	46,7	6,4	18,6	19,0	
Maluku	36,5	6,6	33,4	1,5	36,1	4,0	20,5	21,2	
Irian Jaya	18,9	1,5	29,1	12,1	38,3	12,1	18,8	19,2	

Sumber: S. Muhidin, 2002. The Population of Indonesia. Amsterdam: Rozenberg Publisher.

2.2.3. Tren penurunan mortalitas

Infant Mortality Rate (IMR) merupakan salah satu indikator yang baik untuk melihat kesehatan ibu hamil dan janinnya. Program KB sangat berperan dalam penurunan angka kematian bayi di Indonesia. Hasil Sensus 1971, memperlihatkan bahwa IMR Indonesia masih tergolong tinggi di antara negara-negara ASEAN, yaitu sebesar 145,2 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini menurun separuhnya menjadi 71,3 pada tahun 1990, kemudian turun lagi menjadi 51,1 pada tahun 1995. Pada tahun 2000, IMR menurun lagi menjadi 47 per 1000 kelahiran hidup.

Sejalan dengan penurunan tingkat kematian dan meningkatnya tingkat kesehatan penduduk, angka harapan hidup juga mengalami peningkatan yang bermakna. SP 1971 menunjukkan bahwa dari angka harapan hidup hanya sebesar 46 tahun, kemudian menjadi 53 tahun pada 1980, lalu meningkat lagi menjadi 63 tahun pada tahun 1990-an dan 65 tahun bagi laki-laki dan 69 tahun bagi perempuan. Semakin menurunnya angka kematian bayi berdampak pada peningkatan angka harapan hidup. (BPS, 2003)

2.3. Remaja

Remaja adalah individu baik laki-laki atau perempuan yang berada pada masa/usia antara anak-anak dan dewasa. Jumlah penduduk remaja di dunia merupakan jumlah yang besar. Menurut WHO (1995) sekitar seperlima penduduk dunia adalah remaja berusia 10-19 tahun, sekitar 900 juta berada di negara berkembang. Data dari United Nations (2005) menunjukkan jumlah penduduk dunia tahun 2005 kelompok umur 10-19 tahun adalah 18,67% terdiri dari 51% laki-laki dan 49% perempuan.

Menurut BPS (1999) di Indonesia kelompok umur 10-19 tahun adalah sekitar 22% yang terdiri dari 50,9% remaja laki-laki dan 49,1% remaja perempuan.

Terdapat berbagai definisi dan berbagai batasan usia tentang remaja. WHO mendefinisikan remaja adalah anak yang telah mencapai umur 10-18 tahun. Remaja adalah anak kelompok umur 10-19 tahun yang dibagi lagi dalam remaja awal yaitu 10-14 tahun dan remaja akhir 15-19 tahun. Tahun 2000, jumlah penduduk remaja Indonesia adalah 43,6 juta dengan perincian: kelompok umur 15-19 tahun sebesar 22,3 juta dan kelompok umur 20-24 tahun 21,3 juta (BPS, 2002).

Transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa terjadi akan berbeda untuk tiap budaya, berbeda dalam norma dan nilai-nilai yang dianut, dan berbeda dalam ekspektasi (harapan). Pada masa ini terjadi perubahan-perubahan yang mencolok secara fisik dan psikis yang biasa disebut sebagai masa pubertas.

Perubahan-perubahan yang dialami remaja adalah perubahan fisik dan psikologi. Fisik meliputi pubertas, gizi dan pertumbuhan badan. Psikis meliputi perkembangan identitas diri serta perubahan perilaku, dimana tekanan sebaya berpengaruh pada pengalaman baru dan mencoba perilaku baru termasuk perilaku berisiko tinggi.

2.3.1. Perkembangan Psikis/Psikososial

Pada masa remaja seorang remaja biasanya mulai mengembangkan konsep identitas diri, sistem nilai moral dan etika, dan sudah memiliki penghargaan atas dirinya. Pada masa ini berkembang emosi, kognitif dan sikap-sikap yang sifatnya sosial. Untuk mempermudah memahami perkembangan psikososial pada masa ini Ingersoll, 1992

(dalam Brown, 2005) membagi periode remaja menjadi 3 periode yaitu masa remaja awal, masa remaja pertengahan dan masa remaja akhir. Tiap periode mempunyai ciri tersendiri dalam perkembangan psikososialnya yang dapat dilihat dalam tabel 2.3.

Tabel 2.3.
Proses Perkembangan Psikososial pada Masa Remaja

Periode Remaja	Emosi	Kognitif	Sosial
Masa Remaja Awal	Penyesuaian tentang <i>body image</i> baru, adaptasi pada tanda-tanda sex yang muncul	Berfikir konkret	Pengaruh <i>peer grup</i> kuat
Masa Remaja Pertengahan	Mulai memisahkan diri secara emosi dari orang tuanya	Mulai berfikir abstrak, memperluas kemampuan verbal, keinginan untuk menambah pendidikan	Perilaku kesehatan yang berisiko bertambah, tertarik dengan <i>peer grup</i> lain, sudah merencanakan untuk mengambil keahlian tertentu
Masa Remaja Akhir	Mempunyai rasa identitas diri yang kuat, memisahkan diri lebih jauh dari orang tua	Mengembangkan berfikir secara abstrak, berfikir kompleks	Bertambahnya kontrol <i>impuls</i> , munculnya otonomi sosial, kemampuan dalam keahlian tertentu

Sumber: G.M Ingersoll, "Psychological and Social Development," in Textbook of Adolescent Medicine dalam Brown, Judith E., *Nutrition Through the Life Cycle*, Thomson Learning, Inc., United States of America, 2005.

2.3.2. Masalah Kesehatan Remaja

Masalah-masalah Kesehatan pada masa Remaja dapat digolongkan (Adamchack, et.al. 2001) sebagai berikut:

1. Masalah yang timbul pada masa kanak-kanak dan berpengaruh di masa remaja
2. Masalah yang timbul pada masa remaja dan mempengaruhi kesehatan sepanjang hidupnya

3. Risiko kehamilan remaja
4. Risiko infeksi menular seksual (IMS)
5. Risiko aborsi
6. Usia pubertas makin muda, usia menikah meningkat

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada remaja, sebaiknya diberikan informasi dan pengetahuan yang relevan untuk memahami perubahan dalam dirinya, serta aspek yang dibutuhkan untuk kesehatan dan perkembangannya; Keterlibatan remaja dalam menentukan program pemecahan masalah mereka adalah penting, sehingga mereka menjadi berarti dalam keikutsertaannya di masyarakat. Adanya fasilitas yang memadai untuk remaja dalam pemenuhan kebutuhan mereka dalam situasi yang bersahabat, saling pengertian, saling respek dan saling membantu, sangat dibutuhkan kaum remaja. Pemahaman pendidikan kesehatan reproduksi (*family life and sex education*) akan menjadikan remaja memahami dirinya sendiri; jika hal ini didukung dengan fasilitas kesehatan dan layanan sosial yang memadai, maka akan menempatkan remaja sebagai aset yang sangat berharga. (Ingersoll, 2005)

2.3.3. Hasil-hasil Penelitian mengenai Remaja

Banyak studi menemukan bahwa sebagian besar remaja pernah mendengar kata “reproduksi”, namun pengertiannya sangat beragam. Sebagian besar setuju bahwa pengetahuannya tentang reproduksi sangat terbatas. Mereka setuju bahwa usia perkawinan yang ideal untuk perempuan adalah 20-25 tahun dan untuk laki-laki 25-30 tahun. Sebagian besar remaja berkata bahwa hubungan seks pra-nikah adalah haram, dan

keperawatan merupakan hal yang sangat penting. Sebagian besar tidak setuju dengan aborsi dan mengatakan bahwa aborsi harus dilakukan oleh orang yang tepat yaitu dokter ahli kandungan.

Mereka mengetahui beberapa IMS dan bagaimana penularannya, dan menyatakan untuk mengatasinya adalah tidak melakukan hubungan seks atau bergaul dengan penderita IMS. Mereka telah mendengar AIDS, namun tidak tahu apa arti persisnya; bagaimana penularan dan menghindarinya. Sebagian besar remaja pernah mendengar kata “kontrasepsi”, namun tidak semua remaja pernah melihat atau tahu bagaimana menggunakannya. Remaja biasanya membicarakan topik seks terutama dengan temannya, lalu dengan sanak-famili, dan sedikit sekali yang membicarakan dengan orang tuanya. Orang tua mengakui jarang membicarakan topik seks dengan anaknya dengan alasan: tabu, tidak pantas, atau merasa riku. (BKKBN, 2006)

Studi menyimpulkan bahwa umumnya, remaja tidak punya cukup informasi tentang reproduksi. Sebagian besar remaja masih memegang nilai tradisional dan agama dalam memandang seks dan perkawinan. Meskipun orang tua merupakan sumber informasi penting untuk reproduksi dan KB, namun mereka hanya digunakan sebagai sumber yang terakhir kali oleh anak remajanya.

Di Amerika, sembilan dari sepuluh remaja perempuan dan pasangan seksnya menggunakan alat kontrasepsi, walau pun tidak selalu benar dan konsisten. Seorang remaja perempuan yang aktif seksual tidak menggunakan alat kontrasepsi memiliki

kemungkinan untuk hamil sebesar 90% (Papalia, 2002). Dalam Piagam *International Planning Parenthood Federation (IPPF)* tentang hak-hak reproduksi dan seksual, dikemukakan bahwa 4,9% remaja pernah melakukan hubungan seksual, hanya 6% yang memakai kondom pada hubungan seksual pertama kali dan 12,8% yang memakai kondom pada hubungan seks terakhir.

Di Indonesia, menurut data dari SKRRI 2002-2003, remaja putri usia 15-24 tahun pernah melakukan hubungan seksual berjumlah 1%; sedangkan remaja laki-laki sebesar 5%. Angka ini jauh lebih rendah dibanding dengan angka yang ditemukan studi sebelumnya, karena perbedaan metodologi dan cakupan wilayah (Lembaga Demografi, 1999). Gambaran penelitian sejenis di Indonesia, digambarkan bahwa satu dari lima anak pertama yang dilahirkan perempuan usia 20-24 tahun merupakan anak hasil dari hubungan seks pranikah. (Saifuddin, 1999)

Beberapa fakta utama lain tentang kesehatan reproduksi remaja adalah:

1. Sebagian besar remaja (69,3%) umur kawin pertama dalam usia belia (<18 tahun), 22,4% dalam usia muda (18-19 tahun), dan hanya 8,2% kawin dalam usia dewasa (LDFE-UI, 1999)
2. Undang-Undang Perkawinan/UKP No.1 Tahun 1974 tidak populer di kalangan remaja (BKKBN, 2006)
3. Perempuan usia 15-19 tahun yang sudah menjadi ibu sebesar 10%. Angka tertinggi di Provinsi Kalteng (19%), Jambi (18%), Gorontalo (16%), sedangkan angka terendah Provinsi Sumut (4%) dan DKI Jakarta (5%), (SDKI 2002-2003)

4. Pengetahuan remaja tentang masa subur relatif masih rendah, hanya 29% perempuan dan 32% laki-laki memberikan jawaban yang benar bahwa seorang perempuan mempunyai kesempatan besar menjadi hamil pada pertengahan siklus periode haid (SDKI 2002-2003)
5. Pengetahuan remaja tentang risiko menjadi hamil hanya dengan satu kali melakukan hubungan seksual lebih tinggi perempuan dibandingkan laki-laki, yaitu 50% dibanding 46% (SDKI 2002-2003)
6. Remaja usia 10-24 tahun yang pernah membicarakan KRR dengan ibunya sebesar 46%, sedangkan yang membicarakan dengan ayahnya hanya 17% (Survei Indikator Kinerja Program KB Nasional Indonesia/ SIPI, 2003)
7. Teman sebaya menduduki peran penting dalam membicarakan KRR, hampir 83% perempuan dan laki-laki usia 10-24 tahun pernah membicarakan KRR dengan teman sebaya (SIPI, 2003)
8. 51% remaja perempuan dan 47% remaja laki-laki mendapat pelajaran kesehatan reproduksi dari saat SLTP (SKRRI 2002-2003)
9. Remaja usia 10-24 tahun yang mendapat informasi dari guru (32%), tokoh agama (13%), dokter (9%), bidan/perawat (8%), tokoh masyarakat (7%) (SIPI, 2003).
10. Sekitar 28% anak perempuan jalanan mengalami kasus pelecehan seksual, pemerkosaan, penjerumusan ke prostitusi, pembuatan pornografi, dan diperdagangkan untuk kepuasan seksual (Masrukhi, 2003, dikutip dari Kompas 23 Juli 2005, dalam Buku Sumber Advokasi BKKBN, 2006)

11. Dari 500 anak jalanan di Semarang, 13% pernah melakukan hubungan seksual lebih dari 8 kali per bulan, 48% melakukan hubungan tetapi tidak rutin, 7% melakukan satu kali per bulan, dan 16% melakukan 2-3 kali per bulan dengan pasangan berbeda. Umur rata-rata anak jalanan 12 tahun dan umumnya masih duduk di SD-SMP, sedangkan alasan sebagai anak jalanan karena ketidakharmonisan orang tua (80%) dan masalah ekonomi (20%) (Yayasan Duta Awan, 1998)
12. Satu dari empat perempuan menginginkan/setuju tersedianya pelayanan KB untuk remaja belum kawin. Lebih dari separo perempuan menyatakan pelayanan KB perlu tersedia untuk remaja yang ingin mendapatkan informasi tentang KB (SKRRI 2002-2003)
13. Remaja perempuan usia 15-19 tahun yang mengetahui salah satu alat/cara KB sebesar 89%, sedangkan remaja laki-laki 93% (SKRRI 2002-2003)
14. Perkiraan angka nasional kejadian aborsi 1.982.880 kasus atau sekitar 2 juta kasus per tahun. Angka ini berarti 37 aborsi per 1000 perempuan usia 15-49 tahun (Budi Utomo, 2000 dalam BKKBN 2006)
15. Perilaku seksual remaja mencemaskan. Persentase remaja laki-laki yang punya teman laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual adalah 34,9%, sedang yang punya teman perempuan yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah sebesar 24%. Remaja perempuan yang punya teman laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah 14,4% dan

yang menyatakan punya teman perempuan yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah 31,2%. (LDFE-UI, 1999)

16. Pengetahuan remaja tentang cara paling penting untuk menghindari infeksi HIV masih terbatas, hanya 14% perempuan dan 9% laki-laki menyebutkan pantang berhubungan seks, 18% perempuan dan 25% laki-laki menyebutkan menggunakan kondom, serta 11% perempuan dan 8% laki-laki menyebutkan membatasi jumlah pasangan seksual sebagai cara menghindari HIV/AIDS. (SKRRI 2002-2003)

17. Sebanyak 66% perempuan dan 60% laki-laki tidak mengetahui tentang IMS selain HIV/AIDS (SKRRI 2002-2003)

2.4. Norma Keluarga Kecil

Di dalam Undang-Undang No.10 Tahun 1992 tentang Keluarga Berencana, bahwa misi Keluarga Berencana adalah meliputi upaya kepedulian masyarakat dalam mewujudkan Keluarga Kecil yang Bahagia Sejahtera melalui 1) Pengaturan Kelahiran; 2) Pendewasaan Usia Perkawinan; dan 3) Peningkatan Ketahanan dan Kesejahteraan Keluarga.

2.4.1. Pengaturan Jarak Kelahiran

Pengaturan Kelahiran meliputi perencanaan **jumlah dan jenis kelamin anak** serta **pengaturan jarak** di antara dua kelahiran.

2.4.1.1. Jumlah dan Jenis Kelamin Anak

Salah satu faktor jumlah anak di dalam keluarga akan tergantung terhadap nilai jenis kelamin anak yang diinginkan dan nilai anak di dalam keluarga. Banister (1994) dalam tulisannya tentang *Sex predetermination and the ethics of sex selection*, menyebutkan 12 hal latar belakang, yaitu: (1) beberapa negara Asia memperlihatkan keinginan yang kuat untuk memiliki anak laki-laki; (2) Di masa lalu ada pemahaman tentang anak laki-laki yang kuat akan melambatkan atau bahkan mencegah penurunan angka fertilitas; (3) Di daerah dimana tidak ada keharusan memiliki anak laki-laki, fertilitas menurun, tidak membuatnya meningkat, tetapi di daerah dimana ada keinginan kuat untuk memiliki anak laki-laki tampak angka fertilitasnya pada umumnya tinggi, walau pun terjadi penurunan fertilitas kemungkinan ada diskriminasi terhadap bayi perempuan, anak perempuan bahkan janin perempuan; (4) Kebanyakan tujuan utama dari Program Kependudukan semata-mata hanya untuk menurunkan fertilitas. Jika hanya terkonsentrasi pada penurunan jumlah kelahiran, hal ini akan menyebabkan ketimpangan angka rasio jenis kelamin, dimana anak laki-laki lebih disukai. (Gu, 1994 dalam Grant, 2006)

Latar belakang lainnya adalah: (5) Transisi fertilitas bukan sesuatu yang dapat dilihat dari satu sudut pandang, dari angka fertilitas tinggi ke rendah, namun lebih ke proses multi dimensi, yang termasuk tidak saja berapa jumlah anak yang diinginkan (*level of fertility*), tetapi juga kapan waktu memilikinya (*timing of childbearing*), dan jenis kelamin yang diinginkan (*sex of birth*); (6) Perkembangan ekonomi yang besar, kekayaan, pendidikan dan pengetahuan tidak terlalu diperlukan dalam memperbaiki

keinginan memiliki anak-laki-laki atau menurunkan kejadian aborsi karena pemilihan jenis kelamin; (7) Perhatian masyarakat tentang masalah *missing girl* di Asia khususnya keadaan laki-laki yang bisa tidak menemukan pasangannya; (8) Penurunan fertilitas mengakibatkan hal yang positif dan negative bagi perempuan; yang penting penurunan fertilitas mampu meningkatkan kesehatan dan daya tahan perempuan dewasa; (9) Di Asia, kekurangan anak perempuan biasanya terlihat diatasi pada kelahiran kedua atau lebih; (10). Hipotesis bahwa pada kehamilan pertama pasangan tidak mendeteksi jenis kelamin anak dalam kandungan, atau pada kehamilan kedua jika anak pertamanya laki-laki, atau kehamilan ketiga atau lebih jika pasangan telah memiliki beberapa anak laki-laki.; (11) Angka kematian anak perempuan tercatat lebih tinggi dari anak laki-laki dan berlanjut terhadap cara merawat dan mengasuh anak.

Beberapa kebijakan tentang kependudukan yang direkomendasikan adalah: (1) Program KB harus berorientasi pada manusianya daripada jumlah anak, ditujukan pada kesehatan reproduksi dan meningkatkan status perempuan dan harus terkoordinasi dengan Program Kesehatan Ibu dan Anak; (2) KIE Program agar tidak hanya tentang jumlah anak sedikit tetapi harus mengajarkan kepada mereka tentang nilai kesetaraan antara anak perempuan dengan laki-laki; (3) Penting untuk dicoba melawan tren diskriminasi anak perempuan dalam KB, KIA dan KIE program pada waktu sebelum-selama-dan sesudah penurunan fertilitas. Ini meningkatkan posisi perempuan di masyarakat; (4) Tujuan dari melawan diskriminasi terhadap anak/janin perempuan tidak hanya risiko kehilangan perempuan di masa mendatang tetapi juga akibat negatif dari pemilihan jenis kelamin dengan aborsi, pembunuhan perempuan dan penelantaran anak

perempuan terhadap perempuan dan anak perempuan sekarang; (5) Mempublikasi akibat negatif terhadap perempuan dan anak akan teknologi deteksi jenis kelamin dan aborsi setelah trimester pertama; (6) Ditujukan pada peningkatan nilai anak perempuan dan perempuan dewasa, kebutuhan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang setara antara anak laki-laki dan perempuan, dan kebutuhan perubahan hukum untuk mengangkat kesetaraan laki-laki dan perempuan. Budaya akan beradaptasi; (7) Membuat kelompok kerja nasional dan regional dalam merumuskan dan mempromosikan strategi penurunan *sex preferences* dan akibat-akibat negatifnya; (8) Memonitor, mengatur dan menghindari penggunaan teknologi deteksi jenis kelamin; (9) Promosi kurikulum yang sensitive gender di sekolah dan memperkuat pelajaran etika di sekolah-sekolah kesehatan.

Setelah ICPD 1994 di Kairo, penggunaan indikator bias gender seperti perbandingan jenis kelamin waktu lahir dan angka imunisasi menurut jenis kelamin, tidak memperlihatkan angka yang tinggi di Nepal. Namun, *sex preference* menurunkan angka penggunaan alokon menjadi 24% dan meningkatkan TFR lebih dari 6%. Penggunaan alokon, keterpaparan terhadap media, paritas, jarak kelahiran terakhir, tingkat pendidikan dan agama berhubungan dengan berhentinya melahirkan setelah kelahiran anak laki-laki. Disimpulkan bahwa tingkat *sex preferences* di Nepal sangat substansial. *Sex preference* merupakan halangan penting untuk meningkatkan penggunaan alokon dan penurunan fertilitas (Leone, Matthews dan Zuanna, 2003)

Peningkatan angka perceraian 40 tahun belakangan ini merupakan perubahan yang mendasar di masyarakat Amerika. Sejumlah anak sekarang hidup dengan ibu

sebagai kepala keluarga tunggal dengan permasalahan ekonominya. Sulit memperkirakan hubungan sebab-akibat antara pecahnya perkawinan dengan status ekonomi perempuan, karena faktor yang sama bisa meningkatkan ketidakstabilan rumah tangga perempuan begitu juga dengan status ekonomi. Diusulkan sebuah instrumen untuk mengatasi masalah ini dengan melihat jenis kelamin dari anak pertama. Pada kenyataannya jenis kelamin anak pertama umumnya tidak berdasarkan pilihan dan kenyataan menunjukkan bahwa perkawinan cenderung bertahan karena kelahiran anak perempuan daripada anak laki-laki. Perceraian menyebabkan penurunan status ekonomi perempuan. Rata-rata perempuan yang pernah bercerai hidup di rumah tangga dengan pendapatan tinggi daripada perempuan yang belum pernah bercerai.

2.4.1.2. Jarak Kelahiran

Jika ingin menurunkan risiko produk yang merugikan kesehatan ibu, perinatal dan bayi, maka direkomendasi pengaturan jarak kehamilan setelah melahirkan paling sedikit 24 bulan (WHO 2005). Jarak kehamilan yang panjang baik bagi kesehatan ibu. Jarak melahirkan yang sangat pendek (kurang dari 15 bulan) berhubungan dengan kematian ibu 150% lebih tinggi dari yang jarak melahirkannya panjang, misalnya terkena berbagai komplikasi persalinan. Jarak di antara dua kehamilan lebih kecil dari 18 bulan dan lebih besar dari 59 bulan terbukti berhubungan signifikan dengan risiko merugikan produk perinatal. Data ini menganjurkan pengaturan jarak kehamilan dapat mencegah produk perinatal yang buruk. (Agudelo, Bermudez dan Goeta, 2006)

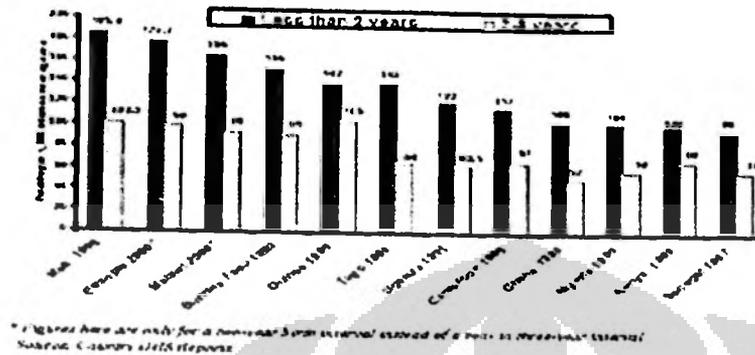
Di negara sedang berkembang, pada umumnya perempuan melahirkan dengan jarak yang lebih pendek dari yang mereka inginkan, sehingga banyak perempuan yang melahirkan tidak sesuai dengan rekomendasi kesehatan (3-5 tahun) dan mereka tidak sesuai dengan keinginannya kapan ia ingin melahirkan. Perempuan lebih menyukai jarak kelahiran yang panjang. Berdasarkan data DHS dari 5 negara sub-Saharan Afrika, diketahui bahwa pada umumnya perempuan tahu dan setuju akan menggunakan alokasi untuk menjarangkan kelahiran, namun tidak dengan pasangannya. Mereka menyukai jarak kelahiran 4 tahun, jika ini tercapai maka akan ada peningkatan jarak kelahiran 33% lebih.

Jarak kelahiran dapat meningkatkan kualitas hidup keluarga. Keluarga dapat memiliki waktu yang lebih panjang bagi anak-anak yang sudah lahir, meringankan beban ekonomi, dan memberikan waktu bagi orang tua untuk melakukan aktivitas selain mengasuh anak. Jarak kelahiran yang pendek menyebabkan bayi terlalu cepat disapih dari ASI, ibu dan bayi lelah, anak-anak kurang mendapat kesempatan pendidikan (hasil 40 FGD di Nepal).

Manfaat jarak di antara dua kelahiran yang panjang yaitu 3-5 tahun adalah (USAID, 2001):

- Sekitar 2.5 kali memiliki kecenderungan mampu bertahan hidup dibandingkan dengan yang jarak kelahiran pendek (lihat Grafik 2.2)
- Memiliki kecenderungan kurang gizi selama bayi sampai umur lima tahun menyebabkan cenderung pendek dan kurus.

Grafik 2.2
Infant Mortality by Birth Interval



Sumber: USAID, 2001

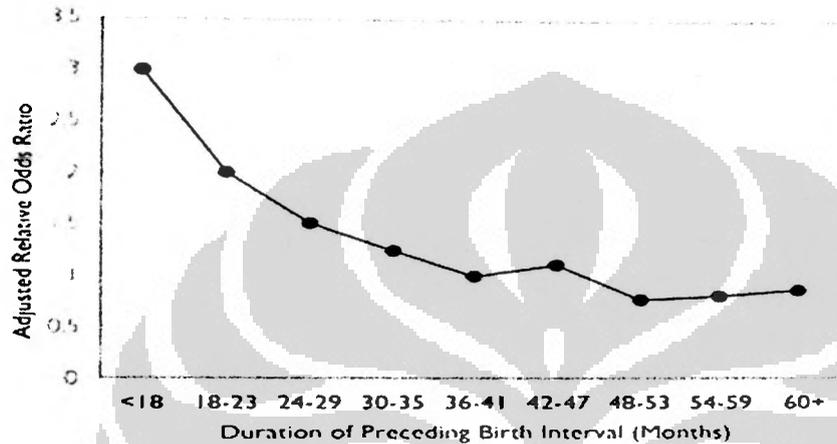
Pengaturan jarak kelahiran merupakan hal penting dalam intervensi kesehatan ibu dan anak. (USAID, 2008) Hasil analisis data dari penelitian berdasarkan *Demographic and Health Surveys* (DHS) dan data lainnya menemukan bahwa:

- Jarak yang pendek antara kelahiran ke kehamilan berhubungan signifikan dengan meningkatnya risiko kematian neonatal, bayi dan anak balita; BBLR dan kelahiran prematur, kekurangan gizi pada beberapa populasi, kelahiran mati, keguguran, dan kesakitan ibu, lihat gambar di bawah ini.
- Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, jarak antara kelahiran ke kehamilan dua tahun dan tidak lebih dari lima tahun berhubungan dengan produk kehamilan yang lebih sehat.
- Jarak antara abortus dengan kehamilan yang kurang dari 6 bulan berhubungan signifikan dengan meningkatnya risiko yang merugikan dari produk kehamilan dan perinatal pada kehamilan berikutnya, seperti BBLR, kelahiran prematur karena

belum cukup umur atau berat tidak sesuai dengan umur kehamilan, membran ruptur prematur, dan anemia.

Grafik 2.3

Gambaran Akibat dari Jarak Kelahiran terhadap Kematian pada Neonatal, Bayi dan Anak Balita dan Status Gizi di Negara Berkembang (DHS)

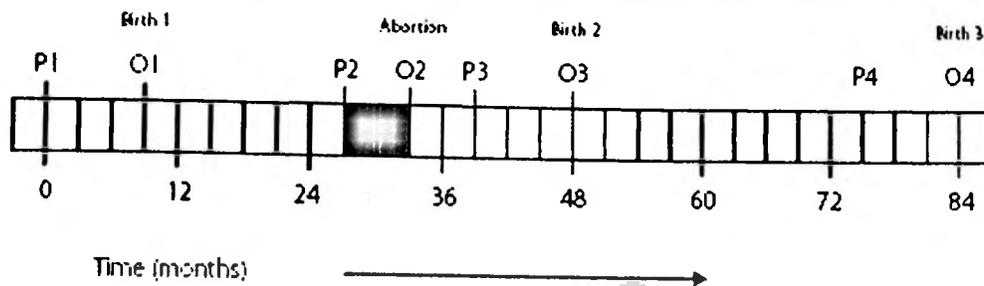


Sumber: S.O. Rutstein. 2005. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 89: S7-S24

Ada 4 prinsip cara pengukuran Jarak kehamilan dengan kelahiran (WHO 2006) yang dapat dipergunakan para peneliti dalam mengestimasi hal tersebut, yaitu:

1. Jarak di antara dua kelahiran dikurangi 9 bulan
2. Jarak di antara dua produk kehamilan dikurangi 9 bulan
3. Jarak antara kelahiran dengan waktu konsepsi
4. Jarak di antara dua kehamilan

Diagram 2.2
Rentang Waktu antara Kehamilan dan Kelahiran



Sumber: WHO, 2006

Keterangan: Setiap kotak menggambarkan waktu 3 bulan; P = kehamilan; O = waktu terjadi kelahiran/outcome kehamilan; P ke O = lama kehamilan (biasanya dihitung berdasarkan waktu terakhir menstruasi)

Gambar di atas untuk memperlihatkan variasi potensial dalam memperkirakan indeks outcome O3 di gambar melalui berbagai cara pengukuran. Pada kasus tersebut, jarak antara dua kelahiran (O1 ke O3) akan dikonversikan ke Jarak kelahiran ke kehamilan, $39 - 9 \text{ bulan} = 30 \text{ bulan}$. Jarak di antara dua outcome untuk kelahiran yang sama (O2 ke O3), akan menghasilkan jarak kelahiran dengan kehamilan = $15 - 9 = 6 \text{ bulan}$. Kelihatannya indeks kehamilan P3, jarak antara kelahiran dengan konsepsi (O1 ke P3) bisa dikonversikan langsung menjadi jarak antara kelahiran dengan kehamilan, yaitu 30 bulan, namun jarak di antara dua kehamilan (O2 ke P3) memberikan hasil jarak kelahiran ke kehamilan 6 bulan, walau pun indeks kehamilan sama. Bila kehamilan terdahulu menghasilkan bayi hidup, perbedaan ini tidak terlihat. Secara umum apa pun alasannya, cara pengukuran 1 dan 3 cenderung menghasilkan jarak kelahiran ke kehamilan yang agak lebih panjang dibandingkan cara pengukuran 2 dan 4, semuanya sangat tergantung dari masalah di populasi dan akurasi data. Dikarenakan kelahiran mati

tidak tercatat, para peneliti memiliki sedikit pilihan mengenai jarak yang mana yang akan diteliti.

Jarak kelahiran yang dianjurkan adalah 3-5 tahun. OBSI (*Optimal Birth Spacing Initiative*) Champion mengembangkan 3 prong strategi untuk OBSI:

1. Membuat konsensus tingkat internasional dan pengelola program untuk memperkuat jarak kelahiran 3-5 tahun dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak;
2. Memperkuat pelayanan kesehatan dan program kesehatan masyarakat melalui program pengaturan jarak kelahiran
3. Meningkatkan pengetahuan perempuan, laki-laki melalui informasi dan konseling agar memiliki perilaku mendukung terhadap pengaturan jarak kelahiran optimal.

Hasil SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa median selang kelahiran adalah 54 bulan, jauh lebih tinggi dari median selang kelahiran hasil SDKI 1997 dan SDKI 1994 (45 dan 42 bulan). Terdapat 13% kelahiran di Indonesia terjadi kurang dari 24 bulan setelah kelahiran anak sebelumnya dan 57% kelahiran mempunyai selang kelahiran 4 tahun atau lebih. Namun, selang kelahiran anak dari ibu muda cenderung lebih pendek yaitu 32 bulan dibandingkan perempuan usia 40-49 tahun adalah 65 bulan. Selang kelahiran anak kurang dari 3 tahun sejak kehamilan sebelumnya dari perempuan usia 15-19 tahun cukup besar, yaitu 66,3%, tidak terlalu berbeda kejadiannya di wilayah perkotaan (29,9%) mau pun perdesaan (28,4%). (SDKI 2002-2003)

2.4.2. Pendewasaan Usia Menikah

Pendewasaan usia menikah dimaksud adalah usia menikah pertama kali. Usia menikah pertama yang rendah atau perkawinan yang dilakukan dalam usia belia akan memiliki dampak pada kesehatan reproduksi. Secara psikologis, pasangan usia muda tersebut belum sepenuhnya siap untuk menjadi pasangan suami isteri dan menjadi orang tua. Perkawinan belia bagi perempuan dikaitkan dengan tingginya risiko gangguan kesehatan pada sistem, fungsi dan proses reproduksi bahkan sampai pada risiko kematian maternal dan bayi yang dikandung, yang selanjutnya akan mengganggu fungsi-fungsi sosial mereka dalam keluarga mau pun di tengah masyarakat. (Asmanedi, 1999)

Usia menikah yang direkomendasikan oleh kesehatan sangat terkait dengan masalah kesehatan reproduksi dimana alat-alat reproduksi perempuan dan laki-laki sudah siap untuk bereproduksi ditunjang dengan kesiapan mental untuk hidup bersama pasangan dan anak-anak yang akan dilahirkan. Usia pernikahan pertama berhubungan dengan panjangnya masa reproduksi. Hasil penelitian USAID (2008) menyebutkan bahwa: kehamilan di bawah usia 20 tahun berhubungan dengan meningkatnya risiko kematian perinatal, dan kehamilan di bawah usia 16 tahun berisiko terhadap kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir.

2.4.3. Fertilitas Kelompok Remaja

Isu fertilitas remaja penting dari segi kesehatan dan sosial. Melahirkan pada usia remaja berpotensi berdampak negatif secara demografi dan sosial. Ibu remaja, khususnya yang berumur di bawah 18 tahun lebih cenderung mengalami komplikasi

kehamilan dan melahirkan dibandingkan ibu yang lebih tua, yang meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan anak. Melahirkan pada usia muda mengurangi kesempatan untuk melanjutkan pendidikan serta membatasi akses terhadap kesempatan kerja. (BPS, 2003)

Secara keseluruhan gambaran fertilitas pada perempuan usia 15-19 tahun, hasil SDKI 2002-2003, 10% perempuan usia 15-19 tahun sudah menjadi ibu; 8% pernah melahirkan, dan 2% sedang hamil anak pertama. Sejak tahun 1997, proporsi remaja yang telah mempunyai anak turun sedikit dari 12% menjadi 10%.

Proporsi remaja yang telah mulai membina keluarga naik menurut umur. Pada umur 15 tahun hanya 1% perempuan yang sudah mengandung, tetapi 25% pada umur 19 tahun sudah mempunyai anak atau mengandung anak pertama. Fertilitas remaja di daerah perkotaan sangat berbeda dengan di perdesaan. Proporsi remaja di daerah perdesaan yang sudah mengandung dua kali lebih tinggi dari remaja di daerah perkotaan.

Pendidikan perempuan berhubungan terbalik dengan saat mulainya seorang perempuan mengandung; perempuan yang kurang berpendidikan lebih cenderung mulai mengandung pada usia lebih muda. Sebesar 13% perempuan berpendidikan SD telah menjadi ibu, sedang proporsi untuk perempuan berpendidikan SLTP atau lebih tinggi, hanya 4%.

2.4.4. Remaja dan Alat kontrasepsi

Saat ini terdapat ambivalensi dan pertentangan tentang penyediaan pelayanan alat kontrasepsi dan layanan aborsi bagi pasangan yang belum menikah. Di satu sisi, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi dan infeksi menular seksual

dibutuhkan, sedangkan di sisi lain pandangan para orang tua terhadap penyediaan alat kontrasepsi dan layanan aborsi bagi pasangan yang belum menikah merupakan sesuatu yang tidak bermoral dan bertentangan dengan tradisi masyarakat (Cui, 2001).

Di Chili terdapat 41% remaja usia 15-18 tahun menggunakan kontrasepsi pada saat pertama kali melakukan hubungan seks, dan 58% melakukan perencanaan kelahiran pada hubungan seks terakhir. Di tingkat internasional sudah ada 3 pilar kebijakan pencegahan kehamilan remaja yang efektif, yaitu: 1) ketersediaan program pendidikan seks yang melibatkan generasi muda, para guru dan orang-tua; 2) akses remaja ke pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR); dan 3) akses langsung dalam keluarga berencana. Perhatian pada kehamilan remaja merupakan upaya pemerintah Chile dalam mencapai tujuan *Millennium Development Goals (MDGs)*. Kebijakan baru Departemen Kesehatan Chile dalam pengaturan fertilitas, termasuk program Kontrasepsi Darurat bagi remaja, dianggap kontroversial namun dipuji oleh ECLAC dan UNICEF (Estrada, 2008).

2.5. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Penyediaan layanan kesehatan merupakan konsekuensi dari telah meluasnya informasi sehingga bila remaja menghadapi masalah kesehatan, ia tahu kemana harus mencari pertolongan. Pelaksana PKPR adalah petugas kesehatan yang memiliki kemampuan dalam pelayanan kesehatan dan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja. Memberikan informasi dan pelayanan kesehatan kepada remaja memerlukan pendekatan yang *adolescent friendly* yang berarti memahami permasalahan dan kebutuhan remaja serta menghargai pendapat mereka. Upaya Departemen Kesehatan dalam rangka

penyediaan layanan kesehatan remaja yang ramah terhadap remaja adalah memberikan peningkatan kapasitas bagi tenaga puskesmas dalam penyediaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), terdapat sekitar 700 puskesmas di Indonesia yang tenaganya telah terlatih, namun belum seluruhnya melakukan implementasi. (Depkes 2007)

Kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi pada kelompok remaja sangat diabaikan sampai sekarang oleh pelayanan kesehatan reproduksi yang ada. Tanggapan masyarakat atas kebutuhan kesehatan reproduksi pada remaja hendaknya didasarkan atas informasi yang membantu mereka mencapai tingkat kedewasaan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang bertanggung-jawab. Secara khusus, informasi pelayanan hendaknya disediakan bagi para remaja untuk membantu mereka memahami seksualitas mereka dan melindungi mereka dari kehamilan yang tidak dikehendaki, penyakit yang ditularkan secara seksual, dan risiko kemandulan yang mengikutinya. Aborsi tidak aman dilakukan karena adanya kehamilan yang tidak diinginkan yang sering terjadi di keluarga miskin dikarenakan kurang pengetahuan dan sumber daya untuk ber-KB, pada kalangan remaja dan korban perkosaan.

Hambatan yang dihadapi remaja dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk KB adalah adanya hambatan kebijakan. Hukum di Indonesia seolah-olah membatasi akses pemberian pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan komoditas spesifik seperti alat kontrasepsi, dengan alasan tidak ada status menikah, belum cukup usia atau tidak adanya izin orang tua. Oleh karena hukum menyatakan bahwa seseorang yang tidak menikah tidak boleh berhubungan seks, maka jalan keluar untuk masalah yang timbul dari orang yang tidak menikah tetapi melakukan

hubungan seks, tidak tersedia. Pelayanan KB bersikap diskriminatif terhadap kelompok remaja. Hambatan lain menyangkut perasaan tidak nyaman, menyangkut kondisi klinik dan petugas pelayanan (BKKBN, 2006).

Cakupan Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang dibutuhkan remaja adalah konseling dan informasi KB, pelayanan kehamilan dan persalinan remaja (aborsi yang aman, pelayanan neonatal), pengobatan ISR/PMS termasuk pencegahan kemandulan, konseling dan pelayanan KRR, pelayanan aborsi aman, konseling, informasi dan edukasi (KIE) mengenai kesehatan reproduksi. (Depkes, 2004)

Seltzer dan Waterman (1996), menjelaskan bahwa remaja membuat perbandingan tingkah laku dengan remaja lain dalam membuat keputusan tentang masa depan mereka. Wujud satu fenomena kebimbangan di kalangan remaja tentang kejelasan masa depan mereka dan bagaimana mencapai cita-cita dan aspirasinya. Strategi pelayanan kesehatan remaja yang dapat mencapai dampak maksimal adalah melalui upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam membentuk perilaku remaja, upaya menciptakan lingkungan sosial yang mendukung serta upaya peningkatan akses pemanfaatan program kesehatan remaja.

2.6. Persepsi

2.6.1. Pengertian Persepsi

Di dalam psikologi, persepsi adalah proses dari menerima atau pemahaman dari informasi yang diterima oleh panca indera. Kata 'persepsi' berasal dari bahasa Latin *perception-*, *perceptio*, , memiliki arti "*receiving, collecting, action of taking possession,*

apprehension with the mind or senses". (<http://en.wikipedia.org/wiki/Perception>, 10 Maret 2008)

Menurut Atkinson (1991), Persepsi adalah proses dimana kita mengorganisasi dan menafsirkan pola stimulus di dalam lingkungan sedangkan Chaplin (1999) memandang persepsi sebagai proses mengetahui atau mengenali objek dan kejadian objektif dengan bantuan indra. Proses perseptual ini dimulai dengan perhatian, yaitu merupakan proses pengamatan selektif. Di dalamnya mencakup pemahaman dan mengenali atau mengetahui objek-objek serta kejadian-kejadian.

2.6.2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Baltus (1983) adalah:

1. Kemampuan dan keterbatasan fisik dari alat indera dapat mempengaruhi persepsi untuk sementara waktu ataupun permanen
2. Kondisi lingkungan
3. Pengalaman masa lalu. Bagaimana cara individu untuk menginterpretasikan atau bereaksi terhadap suatu stimulus tergantung dari pengalaman masa lalunya.
4. Kebutuhan dan keinginan. Ketika seorang individu membutuhkan atau menginginkan sesuatu maka ia akan terus berfokus pada hal yang dibutuhkan dan diinginkannya tersebut.
5. Kepercayaan, prasangka dan nilai. Individu akan lebih memperhatikan dan menerima orang lain yang memiliki kepercayaan dan nilai yang sama dengannya. Sedangkan prasangka dapat menimbulkan bias dalam mempersepsi sesuatu.

Ada pun Chaplin (1999), berpendapat persepsi secara umum bergantung pada faktor-faktor perangsang, cara belajar, keadaan jiwa atau suasana hati, dan faktor-faktor motivasional. Maka, arti suatu objek atau satu kejadian objektif ditentukan baik oleh kondisi perangsang maupun faktor-faktor organisme. Dengan alasan sedemikian, persepsi mengenai dunia oleh pribadi-pribadi yang berbeda juga akan berbeda karena setiap individu menanggapinya berkenaan dengan aspek-aspek situasi tadi yang mengandung arti khusus sekali bagi dirinya. Ia menyebutkan bahwa di samping faktor-faktor teknis seperti kejelasan stimulus, persepsi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor psikologis. Faktor psikologis ini bahkan terkadang lebih menentukan bagaimana informasi/pesan /stimulus dipersepsikan.

Faktor yang sangat dominan adalah faktor **ekspektansi** dari si penerima informasi sendiri. Ekspektansi ini memberikan kerangka berpikir atau *perceptual set* atau *mental set* tertentu yang menyiapkan seseorang untuk mempersepsi dengan cara tertentu. Mental set ini dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

1. **Ketersediaan informasi sebelumnya**; ketiadaan informasi ketika seseorang menerima stimulus yang baru bagi dirinya akan menyebabkan kekacauan dalam mempersepsi. Oleh karena itu, dalam bidang pendidikan misalnya, ada materi pelajaran yang harus terlebih dahulu disampaikan sebelum materi tertentu. Seseorang yang datang di tengah-tengah diskusi, mungkin akan menangkap hal yang tidak tepat, lebih karena ia tidak memiliki informasi yang sama dengan peserta diskusi lainnya. Informasi juga dapat menjadi *cues* untuk mempersepsikan sesuatu.

2. **Kebutuhan;** seseorang akan cenderung mempersepsikan sesuatu berdasarkan kebutuhannya saat itu. Contoh sederhana, seseorang akan lebih peka mencium bau masakan ketika lapar daripada orang lain yang baru saja makan.
3. **Pengalaman masa lalu;** sebagai hasil dari proses belajar, pengalaman akan sangat mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan sesuatu. Pengalaman yang menyakitkan ditipu oleh mantan pacar, akan mengarahkan seseorang untuk mempersepsikan orang lain yang mendekatinya dengan kecurigaan tertentu.

Faktor psikologis lain yang juga penting dalam persepsi adalah berturut-turut: emosi, impresi dan konteks. **Emosi;** akan mempengaruhi seseorang dalam menerima dan mengolah informasi pada suatu saat, karena sebagian energi dan perhatiannya [menjadi *figure*] adalah emosinya tersebut. Seseorang yang sedang tertekan karena baru bertengkar dengan pacar dan mengalami kemacetan, mungkin akan mempersepsikan lelucon temannya sebagai penghinaan.

Impresi; stimulus yang *salient*/menonjol, akan lebih dahulu mempengaruhi persepsi seseorang. Gambar yang besar, warna kontras, atau suara yang kuat dengan *pitch* tertentu, akan lebih menarik seseorang untuk memperhatikan dan menjadi fokus dari persepsinya. Seseorang yang memperkenalkan diri dengan sopan dan berpenampilan menarik, akan lebih mudah dipersepsikan secara positif, dan persepsi ini akan mempengaruhi bagaimana ia dipandang selanjutnya.

Konteks; walaupun faktor ini disebutkan terakhir, tapi tidak berarti kurang penting, malah mungkin yang paling penting. Konteks bisa secara sosial, budaya atau lingkungan fisik. Konteks memberikan *ground* yang sangat menentukan bagaimana

figure dipandang. Fokus pada *figure* yang sama, tetapi dalam *ground* yang berbeda, mungkin akan memberikan makna yang berbeda.

Berdasarkan beberapa pengertian mengenai persepsi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa persepsi merupakan proses yang melibatkan aspek kognitif dan afektif individu untuk melakukan pemilihan, pengaturan, dan pemahaman serta penginterpretasian rangsang-rangsang indrawi menjadi suatu gambar obyek tertentu secara utuh.

Persepsi individu, cara berfikir dan kepercayaan merupakan faktor-faktor penting dalam memahami pola asuh dan hasil potensial dalam proses tumbuh kembang anak. Sebagai contoh, Smetana (1995) menemukan hubungan antara cara pikir orang tua yang otoriter dengan pola asuh yang sesungguhnya diterapkan; Sigel dan De Lisi (2002) mengemukakan bahwa kepercayaan individu tentang anak dan pengasuhan anak sebagai penyaring informasi yang masuk dan juga sebagai sumber praktik menjadi orangtua dan Goodnow dan Warton (1991) mengaitkan pendapat para ibu tentang tumbuh kembang dengan tugas dan tanggung-jawabnya (De Lisi, 2007).

Jalaludin (1992) menyebutkan bahwa ada faktor-faktor fungsional dan faktor-faktor struktural yang menentukan persepsi. Faktor fungsional berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan faktor-faktor personal, antara lain pengalaman dan motivasi. Disebutkannya juga bahwa persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau

hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan. Persepsi ialah memberikan makna pada stimuli indrawi (*sensory stimuli*).

Persepsi seseorang dipengaruhi oleh *frame of reference* yaitu pengetahuan yang dimiliki yang diperoleh dari pendidikan, bacaan dan *field of experience* yaitu pengalaman yang telah dialaminya yang tidak lepas dari pengalaman keadaan lingkungan di sekitarnya. Persepsi sebagai proses psikologi berlangsung sebagai suatu keterpaduan antara faktor-faktor eksternal dan faktor internal (motivasi).

Sereno dan Bodaken, juga Pearson dan Nelson (1985), menyebutkan bahwa persepsi terdiri dari tiga aktifitas, yaitu: **seleksi, organisasi, dan interpretasi**. Yang dimaksud dengan seleksi sebenarnya mencakup sensasi dan atensi, sedangkan organisasi melekat pada interpretasi, yang dapat didefinisikan sebagai 'meletakkan suatu rangsangan bersama rangsangan lainnya sehingga menjadi suatu keseluruhan yang bermakna'. Ketiga tahap persepsi (sensasi, atensi dan interpretasi, atau seleksi, organisasi, dan interpretasi) tidak dapat dibedakan secara tegas kapan satu tahap berakhir dan kapan tahap berikutnya mulai. Dalam banyak kasus ketiga tahap tersebut berlangsung nyaris serempak.

Atensi tidak terelakkan, karena sebelum seseorang merespons atau menafsirkan kejadian atau rangsangan apapun, seseorang harus terlebih dahulu memperhatikan kejadian atau rangsangan tersebut. Ini berarti bahwa persepsi mensyaratkan kehadiran objek untuk dipersepsi, termasuk orang lain dan juga diri sendiri. Dalam banyak kasus, rangsangan yang menarik perhatian seseorang cenderung dianggap lebih penting daripada yang tidak menarik perhatiannya. Rangsangan seperti itu cenderung dianggap

penyebab kejadian-kejadian berikutnya, orang yang paling seseorang perhatikan dianggap paling berpengaruh. (Mulyana, 2005)

Penelitian membuktikan persepsi sosial yang kita lakukan dalam upaya membangun relasi interpersonal sering cukup akurat, namun tidak selalu demikian. Dalam hal inilah perlu dilakukan pengasahan mendalam agar kita dapat lebih tajam menilai orang lain. Tak kalah penting untuk dipahami adalah dua perbedaan radikal dalam pembentukan persepsi sosial. Pertama, proses yang cepat dan otomatis. Tanpa terlalu banyak berpikir, menimbang, berhati-hati, dengan cepat orang menilai orang lain berdasarkan penampilan fisik, naskah kehidupan yang telah tersusun sebagai konsep awal situasi, dan hasil pengamatan perilaku yang terjadi seketika. Kedua, proses yang dilalui dengan penuh pertimbangan. Orang mengamati orang lain secara seksama dan menunda penilaian, sampai ia selesai menganalisis orang tersebut berdasarkan ketiga elemen persepsi sosial. (http://www.mail-archive.com/buni_@yahoogroups.com/msg00195.html, 10 Maret 2008)

Intervensi potensial dalam pencegahan kehamilan remaja adalah kehadiran seseorang yang mereka percaya untuk mendiskusikan seksualitas, menggunakan sampel anak usia 12-19 tahun, melalui 17 FGD. Meskipun remaja percaya bahwa ada nilai positif dari persalinan di usia remaja, diakui bahwa pengasuhan anak di usia remaja sangat sulit dalam begitu banyak aspek. Persepsi para remaja tersebut dapat digunakan dalam merencanakan program, kebijakan, pesan dan kurikulum materi pencegahan

penyebab kejadian-kejadian berikutnya, orang yang paling seseorang perhatikan dianggap paling berpengaruh. (Mulyana, 2005)

Penelitian membuktikan persepsi sosial yang kita lakukan dalam upaya membangun relasi interpersonal sering cukup akurat, namun tidak selalu demikian. Dalam hal inilah perlu dilakukan pengasahan mendalam agar kita dapat lebih tajam menilai orang lain. Tak kalah penting untuk dipahami adalah dua perbedaan radikal dalam pembentukan persepsi sosial. Pertama, proses yang cepat dan otomatis. Tanpa terlalu banyak berpikir, menimbang, berhati-hati, dengan cepat orang menilai orang lain berdasarkan penampilan fisik, naskah kehidupan yang telah tersusun sebagai konsep awal situasi, dan hasil pengamatan perilaku yang terjadi seketika. Kedua, proses yang dilalui dengan penuh pertimbangan. Orang mengamati orang lain secara seksama dan menunda penilaian, sampai ia selesai menganalisis orang tersebut berdasarkan ketiga elemen persepsi sosial. (<http://www.mail-archive.com/buni@yahoogroups.com/msg00195.html>, 10 Maret 2008)

Intervensi potensial dalam pencegahan kehamilan remaja adalah kehadiran seseorang yang mereka percaya untuk mendiskusikan seksualitas, menggunakan sampel anak usia 12-19 tahun, melalui 17 FGD. Meskipun remaja percaya bahwa ada nilai positif dari persalinan di usia remaja, diakui bahwa pengasuhan anak di usia remaja sangat sulit dalam begitu banyak aspek. Persepsi para remaja tersebut dapat digunakan dalam merencanakan program, kebijakan, pesan dan kurikulum materi pencegahan

ambilan remaja. Inisiatif ini akan lebih efektif jika disampaikan oleh kaum remaja berdasarkan persepsi mereka. (Herrman, 2008)

Penelitian pada remaja Canada yang tinggal di Ontario tentang pola penggunaan waktu dan persepsi dari tekanan waktu digali untuk menentukan perbedaan gender di antara remaja awal (12-14 tahun) dan remaja pertengahan (15-19 tahun). Pada kedua kelompok umur, anak perempuan melaporkan waktunya lebih banyak digunakan untuk mengerjakan pekerjaan sekolah, kegiatan rumah tangga dan bekerja sebagai tenaga kerja dan juga untuk perawatan diri, sementara bagi anak laki-laki lebih memiliki banyak waktu luang, terlebih di masa remaja awal. (Hilbrecht, Zuzanek, Mannell, 2008)

Persepsi Remaja Terhadap Masa Depan (Majzub dan Noor 2001) menyebutkan bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi remaja tentang masa depan dengan persepsi yang mereka percayai dimiliki oleh rekan sebaya. Orang tua perlu memperhatikan peranan rekan sebaya dan sekolah pula perlu membina program konkret yang menyokong peranan rekan sebaya secara konstruktif.

Ketika remaja yang berstatus kawin ditanya tentang persepsinya mengenai umur kawin pertama yang mereka lakukan, lebih dari setengahnya (52.1%) mengatakan bahwa perkawinan yang mereka lakukan adalah perkawinan yang terlalu muda. Umur kawin ideal menurut persepsi mereka adalah 24.7 tahun bagi laki-laki dan 20.3 tahun bagi perempuan. Ada kecenderungan remaja yang berpendidikan lebih tinggi memiliki

kehamilan remaja. Inisiatif ini akan lebih efektif jika disampaikan oleh kaum remaja berdasarkan persepsi mereka. (Herrman, 2008)

Penelitian pada remaja Canada yang tinggal di Ontario tentang pola penggunaan waktu dan persepsi dari tekanan waktu digali untuk menentukan perbedaan gender di antara remaja awal (12-14 tahun) dan remaja pertengahan (15-19 tahun). Pada kedua kelompok umur, anak perempuan melaporkan waktunya lebih banyak digunakan untuk mengerjakan pekerjaan sekolah, kegiatan rumah tangga dan bekerja sebagai tenaga honor dan juga untuk perawatan diri, sementara bagi anak laki-laki lebih memiliki banyak waktu luang, terlebih di masa remaja awal. (Hilbrecht, Zuzanek, Mannell, 2008)

Persepsi Remaja Terhadap Masa Depan (Majzub dan Noor 2001) menyebutkan bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi remaja tentang masa depan dengan persepsi yang mereka percayai dimiliki oleh rekan sebaya. Orang tua perlu memperhatikan peranan rekan sebaya dan sekolah pula perlu membina program konkrit yang menyokong peranan rekan sebaya secara konstruktif.

Ketika remaja yang berstatus kawin ditanya tentang persepsinya mengenai umur kawin pertama yang mereka lakukan, lebih dari setengahnya (52.1%) mengatakan bahwa perkawinan yang mereka lakukan adalah perkawinan yang terlalu muda. Umur kawin ideal menurut persepsi mereka adalah 24.7 tahun bagi laki-laki dan 20.3 tahun bagi perempuan. Ada kecenderungan remaja yang berpendidikan lebih tinggi memiliki

persepsi umur kawin ideal yang lebih tinggi. Pada remaja yang tidak sekolah, umur ideal kawin untuk laki-laki adalah 22.3 tahun dan untuk perempuan 18.3 tahun. Bagi remaja yang berpendidikan SLTP, umur ideal kawin untuk laki-laki adalah 24.7 tahun dan perempuan 20.2 tahun; sedangkan bagi remaja yang berpendidikan Diploma atau Universitas, umur kawin ideal bagi laki-laki meningkat menjadi 26.2 tahun dan bagi perempuan 25.7 tahun. (Survei Baseline Reproduksi Remaja Sejahtera/RRS, 1998/1999)

7. Model dan Teori Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan resultante dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal. Sehubungan dengan hal tersebut muncul beberapa teori tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, antara lain *Health Belief Model* dan PRECEDE.

7.1. *Health Belief Model*

Teori *Health Belief Model (HBM)* menganut konsep bahwa individu hidup pada lingkup kehidupan sosial atau masyarakat, teori HBM ini memprediksikan perilaku kesehatan preventif individual. HBM pertama kali dikembangkan oleh kelompok psikologi sosial Amerika pada tahun 1950. HBM adalah salah satu model yang dikembangkan untuk membantu individu berpartisipasi dalam pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. (Glanz, 1990 dalam Northhouse, 1985) HBM meliputi:

- a) Kerentanan yang dirasakan. Seseorang akan melakukan tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit bila ia telah merasakan rentan terhadap penyakit tersebut.

- b) Keparahan atau keseriusan yang diterima. Tindakan individu dalam mencari pengobatan dan melakukan pencegahan terhadap suatu penyakit didorong pula oleh keseriusan yang dirasakan individu akibat penyakit tersebut.
- c) Manfaat yang dirasakan. Tindakan yang akan diambil oleh individu tergantung pada keyakinan tentang efektifitas atau manfaat yang dirasakan.
- d) Hambatan yang dirasakan, pertimbangan efektifitas yang diperkirakan terhadap adanya kendala lain.
- e) Isyarat atau petunjuk aksi, yaitu kesiapan untuk mengambil suatu tindakan. Isyarat-isyarat tersebut berupa faktor-faktor eksternal, misalnya pesan-pesan pada media massa, nasehat teman dan keluarga, dan sebagainya.

Teori HBM yang diuraikan di atas didasarkan atas tiga faktor esensial, yaitu: kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan, adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku dan perilaku itu sendiri. Ketiga faktor tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu serta pengalaman yang berhubungan dengan sarana dan petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Seseorang merasa perlu melakukan tindakan pengobatan ketika dirinya telah menerima

bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut dan menganggap hal itu serius. Keyakinan terhadap sesuatu yang dianggap menguntungkan akan merangsang seseorang melakukan tindakan untuk memperoleh keuntungan tersebut. Hasil penelitian menggambarkan bahwa seseorang mematuhi segala sesuatu yang dianjurkan petugas karena merasa ada manfaatnya. Kepercayaan seseorang terhadap sesuatu yang dianggap bahaya akan memunculkan respon positif untuk melakukan aktifitas pencegahan. Sebaliknya, penjelasan yang tidak menguatkan kepercayaan seseorang tidak akan menggerakkan niatnya untuk mengerjakan sesuatu yang seharusnya dilakukan.

Perilaku seseorang tergantung pada informasi yang diterimanya selama melakukan interaksi sosial secara terus menerus. Jika informasi yang diterima benar, seseorang akan menjalaninya dengan benar, demikian juga sebaliknya. Jadi dorongan dari lingkungan sosial juga mempunyai peranan yang cukup tinggi dalam perubahan perilaku. Becker dan Maiman, 1975 memodifikasi HBM menjadi beberapa komponen, yaitu:

a. **Persepsi individu**, yang terdiri dari:

1. Persepsi terhadap penyakit,

Adanya riwayat anggota keluarga terhadap penyakit tertentu akan membuat individu atau anggota keluarga yang lain merasa berisiko tinggi terhadap penyakit tersebut.

2. Persepsi terhadap keparahan penyakit

Apakah penyakit yang dialami dapat disembuhkan atau menyebabkan kematian.

3. Persepsi terhadap ancaman

Seseorang yang mempunyai persepsi bahwa dirinya rentan terhadap suatu penyakit dan penyakit tersebut parah, maka orang tersebut akan merasakan adanya ancaman terhadap dirinya.

b. Faktor Pengubah

Menurut Becker, faktor yang dapat mengubah persepsi seseorang adalah:

1. Variabel Demografi: usia, jenis kelamin dan etnis.
2. Variabel Sosiopsikologi: yang menyangkut kepribadian, kelas sosial, kelompok dan panutan. Variabel ini dapat mengubah perilaku seseorang walaupun motivasi dari orang yang bersangkutan rendah.
3. Variabel Struktural: berhubungan dengan adanya pengetahuan yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku.
4. Tanda-tanda atau Gejala: persepsi seseorang akan berubah apabila ada tanda-tanda atau gejala dari dalam diri sendiri, antara lain adanya perasaan tidak nyaman dan keletihan. Faktor luar yang juga ikut mempengaruhi persepsi adalah informasi yang diterima melalui kampanye, anjuran seseorang dan media massa.

c. Kemungkinan Tindakan

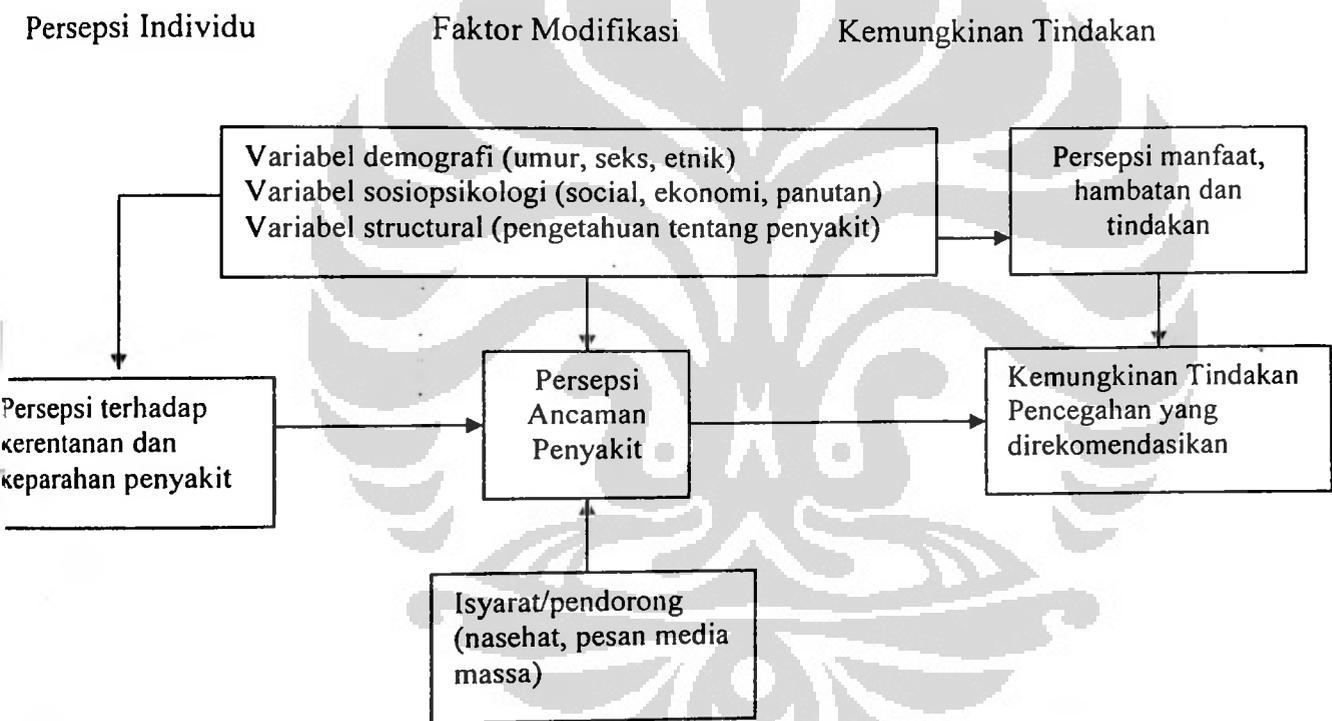
Seseorang akan berperilaku sesuai dengan yang dianjurkan dipengaruhi oleh persepsinya terhadap manfaat dan hambatan dari perilaku yang akan diikutinya.

- 1) Persepsi manfaat tindakan

Seseorang akan berperilaku sehat apabila orang tersebut merasa ada manfaatnya, seperti memakai kondom agar tidak tertular penyakit menular seksual.

2) Persepsi hambatan tindakan

Adanya hambatan-hambatan dalam melakukan suatu tindakan juga mempengaruhi seseorang untuk bertindak sesuai yang dianjurkan, seperti: biaya yang mahal, adanya hal-hal yang kurang menyenangkan selama pemeriksaan kesehatan.



Sumber: Pender, 2002

Diagram 2.3.
Komponen Health Belief Model

2.7.2. Model Green dan Kreuter (2005)

Green dan Kreuter mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 (dua) faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri terbentuk dari 3 (tiga) faktor yaitu faktor predisposisi/*predisposing factors*, faktor pemungkin/*enabling factors* dan faktor penguat/*reinforcing factors*.

Faktor predisposisi berhubungan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak, mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat. Faktor pemungkin adalah faktor yang mencakup sumberdaya yang meliputi fasilitas kesehatan, keterjangkauan dana, jarak, ketersediaan sarana transportasi dan keterampilan petugas kesehatan. Faktor penguat merupakan suatu hal yang menentukan ada-tidaknya dukungan terhadap kesehatan.

Faktor-faktor predisposisi terwujud dalam pengetahuan, keyakinan, nilai-nilai, sikap dan faktor sosiodemografi tertentu. Green dan Kreuter menyatakan bahwa faktor sosio-demografi dapat mempengaruhi perilaku seseorang, namun faktor ini tidak dapat diintervensi oleh area kesehatan, sehingga seringkali akhirnya faktor ini dipakai hanya untuk menggambarkan populasi saja. Faktor sosio-demografi dimaksud adalah status sosial (tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, wilayah, dan lain-lain yang biasa terdapat dari hasil sensus), umur serta jenis-kelamin.

Green dan Kreuter menyatakan bahwa faktor-faktor penguat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok

panutan dari perilaku masyarakat. Faktor keluarga, teman dan guru juga dikatakannya sebagai faktor penguat yang mendukung seseorang berperilaku tertentu. Faktor-faktor pemungkin terwujud dalam bentuk lingkungan fisik, ada tidaknya fasilitas/sarana layanan kesehatan, misalnya layanan kesehatan peduli remaja, alat kontrasepsi, dan sebagainya.

Dari ketiga faktor tersebut, disimpulkan Green dan Kreuter bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh tingkat pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan nilai-nilai yang dianut dari orang tua atau masyarakat yang bersangkutan. Ketersediaan fasilitas kesehatan, sikap dan perilaku petugas kesehatan dalam layanan kesehatan di suatu masyarakat akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Beberapa teori telah memaparkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat terhadap kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain pengetahuan, **persepsi**, fasilitas, sosio-budaya, sikap, kepercayaan dan anjuran dari orang lain. Terjadinya perubahan perilaku juga dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam diri individu, antara lain faktor persepsi. Persepsi **merupakan tingkatan pertama dari tindakan atau praktek** (Notoatmodjo, 1997) Memahami persepsi masyarakat adalah penting bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

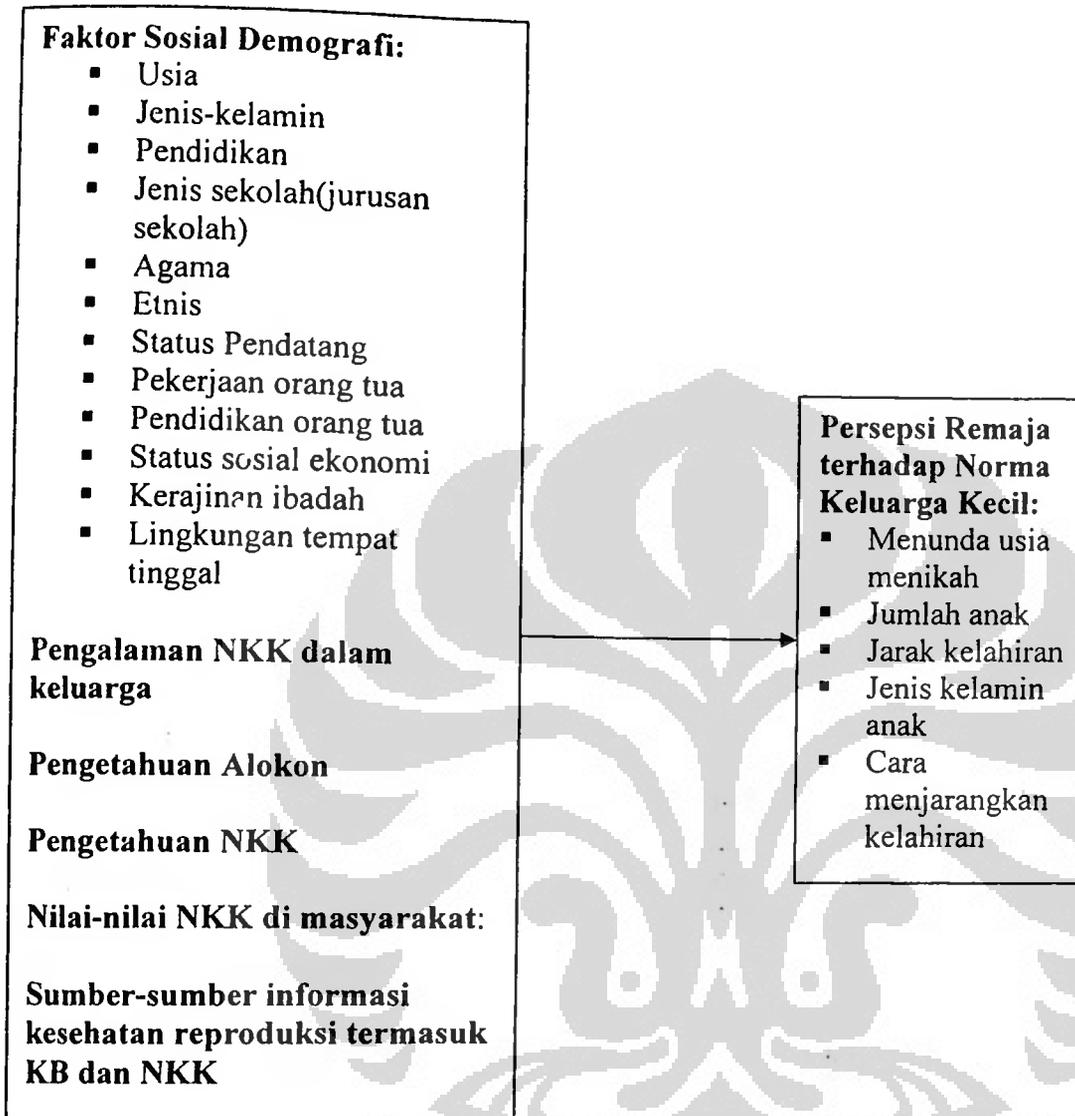
Bab 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka, diketahui berbagai faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu Ekspetansi yang dipengaruhi oleh ketersediaan informasi sebelumnya, kebutuhan, pengalaman masa lalu (Chaplin, 1999); Kemampuan dan keterbatasan fisik dari alat indera, Kondisi lingkungan, Pengalaman masa lalu, Kebutuhan dan keinginan, Kepercayaan, prasangka dan nilai (Baltus, 1983); Variabel Demografi (usia, jenis kelamin dan etnis), Variabel Sosiopsikologi (kepribadian, kelas sosial kelompok dan panutan, Variabel Struktural (berhubungan dengan adanya pengetahuan yang dimiliki yang berpengaruh terhadap perubahan persepsi dan perilaku), Tanda-tanda atau Gejala (antara lain adanya perasaan tidak nyaman dan keletihan), Faktor luar yang juga ikut mempengaruhi persepsi adalah informasi yang diterima melalui kampanye, anjuran seseorang dan media massa. (Becker dan Maiman, 1975)

Persepsi yang diteliti tidak mencakup nilai 'Bahagia Sejahtera' tetapi dibatasi hanya terhadap Norma Keluarga Kecil sebagai variabel dependen. Dari berbagai faktor tersebut maka dibuat kerangka teori secara figural sebagai berikut:

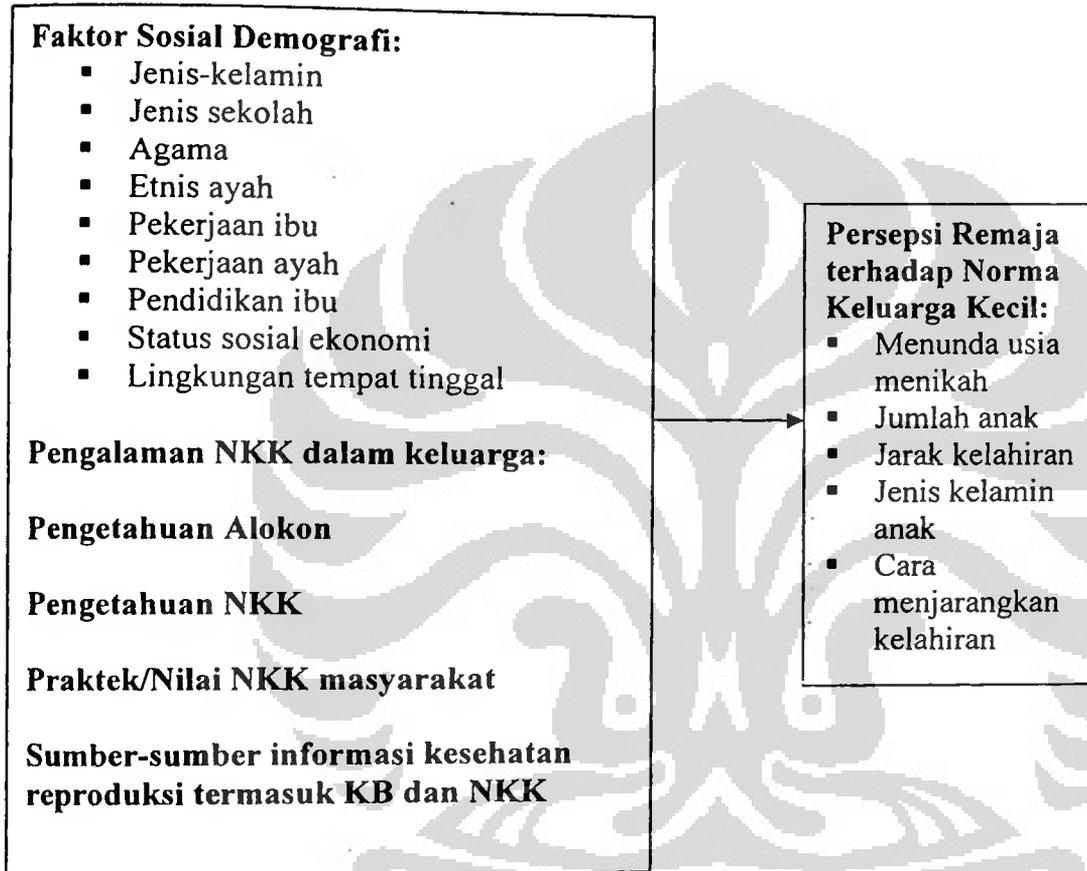


Bagan 3.1. Kerangka Teori Faktor-faktor yang mempengaruhi Persepsi

3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, maka dibuat kerangka konsep yang merupakan modifikasi dari kerangka teori. Modifikasi yang dilakukan adalah tidak memasukkan variabel umur, pendidikan, status pendatang, dan pendidikan ayah di dalam unsur yang diteliti. Variabel umur dan tingkat pendidikan responden diasumsikan sudah

sama/homogen, yaitu sama-sama duduk di kelas XI, demikian pula dengan status pendatang, Kota Depok merupakan kota dengan penduduk yang begitu beragam dan baru berkembang, diasumsikan begitu banyak penduduk pendatangnya.



Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Pada penelitian ini yang menjadi variabel dependen ialah Persepsi remaja terhadap norma keluarga kecil, sedangkan variabel independennya adalah Karakteristik sosial demografi, Pengalaman NKK dalam keluarga meliputi: Urutan kelahiran, Jumlah saudara, Jarak kelahiran terdekat, Usia ayah dan ibu menikah pertama kali, Usia ibu melahirkan anak pertama, Kepesertaan orang tua dalam KB; Pengetahuan Alokon,

Pengetahuan NKK; Praktek/Nilai-nilai NKK di Masyarakat yang meliputi rata-rata jumlah dan jarak kelahiran anak yang dimiliki tetangga dan tokoh masyarakat serta nilai-nilai teman sebaya dalam norma berkeluarga; dan Sumber-sumber informasi kesehatan reproduksi termasuk KB dan NKK.

3.3. Definisi Operasional (DO)

Definisi Operasional penelitian ini sebagaimana yang tertera di dalam tabel berikut:

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian

Variabel	DO	Alat Ukur	Skala dan Hasil Ukur
Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil	Pernyataan responden tentang pandangan dan interpretasinya terhadap unsur nilai-nilai keluarga kecil, yaitu dalam hal menunda usia kawin, rencana jumlah anak, jarak kelahiran anak, jenis kelamin anak dan cara menjarangkan kelahiran.	Daftar tilik (No. 30, 39, 41, 43, 44,)	Nominal: 1. Positif/ Mendukung, jika 4 dari 5 persepsi (80%) unsur norma keluarga kecil sesuai (usia menikah di atas 20 tahun, jumlah anak <3, jenis kelamin anak sama saja, jarak kelahiran di 3-5 tahun dan ber-KB untuk menjarangkan jarak kelahiran anak) 2. Negatif/ Tidak mendukung, jika persepsi yang tidak sesuai NKK kurang dari 4 unsur.
Sex	Pernyataan responden tentang jenis-kelamin dari responden, laki-laki atau perempuan	Daftar tilik (No. 2)	Nominal: 1. Laki-laki 2. Perempuan

Variabel	DO	Alat Ukur	Skala dan Hasil Ukur
Jenis sekolah	Pernyataan responden tentang jenis sekolah SLTA yang ditekuninya, juga berdasarkan observasi peneliti.	Daftar tilik (No.1)	Nominal: 1. SMA 2. SMK
Agama	Pernyataan responden tentang agama yang dianutnya.	Daftar tilik (No.17)	Nominal: 1. Islam 2. Protestan 3. Katolik 4. Budha 5. Hindu 6. Lain-lain
Etnis/suku ayah	Pernyataan responden tentang suku ayahnya.	Daftar tilik (No.13)	Nominal: 1. Betawi 2. Jawa 3. Sunda 4. Lain-lain
Pekerjaan ayah	Pernyataan responden tentang mata pencaharian ayahnya.	Daftar tilik (No.12)	Nominal: 1. Pegawai Negeri Sipil 2. Pegawai swasta 3. Pedagang/wiraswasta 4. Pekerja lepas/harian 5. Tidak bekerja 6. Sudah pensiun 7. Sudah meninggal dunia
Status sosial ekonomi	Pernyataan responden tentang kondisi ekonomi dan status sosial dari keluarganya.	Daftar tilik (No. 19-23, 29)	Ordinal: 1. Menengah ke atas, jika perkiraan pengeluaran untuk sekolah di atas 50% UMR Kota Depok (Rp 980.000.-) 2. Menengah ke bawah, jika perkiraan pengeluaran untuk sekolah di bawah 50% UMR Kota Depok.

Variabel	DO	Alat Ukur	Skala dan Hasil Ukur
Pendidikan ibu	Pernyataan responden tentang jenjang pendidikan terakhir yang berhasil dicapai oleh ibunya.	Daftar tilik (No.10)	Ordinal: 1. Tamat SD atau kurang 2. Tidak tamat SLTP 3. Tamat SLTP 4. Tidak tamat SLTA 5. Tamat SLTA 6. Tamat Perguruan Tinggi 7. Tidak tahu
Pendidikan ayah	Pernyataan responden tentang jenjang pendidikan terakhir ayahnya.	Daftar tilik (No.9)	Ordinal: 1. Tamat SD atau kurang 2. Tidak tamat SLTP 3. Tamat SLTP 4. Tidak tamat SLTA 5. Tamat SLTA 6. Tamat Perguruan Tinggi 7. Tidak tahu
Lingkungan tempat tinggal	Pernyataan responden tentang lingkungan tempat tinggal	Daftar tilik (No.27)	Nominal: 1. Perumahan kantor 2. Perkampungan 3. Daerah pertanian 4. Pertokoan 5. Perumahan mewah 6. Perumnas/KPR/BTN 7. Lain-lain
Pengetahuan tentang Alokon	Pernyataan responden tentang pemahamannya terhadap alat-alat dan obat kontrasespi	Daftar tilik, (No. 46, 53, 54, 55, 56, 57)	Ordinal: Masing-masing jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 2. 1. Baik, jika nilai \leq median 2. Kurang, jika pertanyaan dijawab benar $>$ median.

Variabel	DO	Alat Ukur	Skala dan Hasil Ukur
Pengalaman NKK dalam keluarga	Pernyataan responden tentang pengalaman/ praktek terhadap norma-norma keluarga kecil di keluarga	Daftar tilik (No. 4-8, 24, 25, 58)	Nominal: Masing-masing jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 2. 1. Positif /mendukung, jika nilai \leq median 2. Negatif/tidak mendukung, jika nilai $>$ median.
Nilai-nilai NKK masyarakat	Pernyataan responden tentang nilai NKK di masyarakatnya, meliputi jumlah dan jarak kelahiran anak yang dimiliki masyarakat, teman akrab yang sudah menikah, memiliki anak, menggunakan alokon serta perilaku seks teman sebaya.	Daftar tilik. (No. 59-66)	Nominal: Masing-masing jawaban sesuai NKK diberi nilai 1 dan jawaban tidak sesuai NKK diberi nilai 2. 1. Positif/Mendukung NKK, jika \leq rata-rata hitung 2. Negatif/Tidak mendukung NKK, jika jumlah jawaban sesuai NKK $>$ median
Sumber Informasi	Pernyataan responden tentang jenis sumber informasi kesehatan reproduksi remaja.	Daftar tilik (No. 67-84)	Nominal: 1. Orang tua 2. Pelajaran sekolah 3. Media cetak 4. Media elektronik 5. Internet 6. Teman sebaya 7. LSM, Karang Taruna

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini berupa survei non eksperimental bersifat deskriptif dan analitik dengan pengambilan data secara potong lintang. Potong lintang dipilih karena penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran persepsi terhadap NKK pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008, sedangkan analitik dimaksudkan untuk mempelajari secara analitik hubungan berbagai faktor individu sebagai variabel independen dengan aspek persepsi sebagai variabel dependen. Pengertian daripada kroseksional adalah semua variabel diteliti dan diukur pada saat yang sama. Pengertian saat yang sama adalah setiap variabel hanya diobservasi satu kali saja dan diukur menurut keadaan waktu observasi.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah remaja pertengahan yang bersekolah di SLTA Kota Depok. Usia remaja awal (10-14 tahun) tidak diikutsertakan mengingat penelitian ini menggunakan metoda pengisian sendiri, sehingga kemampuan membaca dan memahami bacaan merupakan kunci dari validitas dan reliabilitas alat ukur selain kejujuran. Penetapan populasi siswa sekolah dikarenakan lebih besar kemungkinan penerapan intervensi bagi siswa sekolah melalui institusi sekolah.

4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah remaja pertengahan yang duduk di kelas XI, SMA dan SMK Negeri dan Swasta. Alasan mengambil anak kelas XI sebagai sumber informasi adalah mereka lebih memiliki waktu, tidak sesibuk kelas XII yang sedang mempersiapkan ujian akhir atau kelas X yang diasumsikan masih dalam tahap adaptasi.

4.2.3. Cara Penentuan Sampel

Sesuai dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran persepsi remaja terhadap nilai keluarga kecil serta analisis faktor-faktor yang berhubungan, maka pengambilan sampel menggunakan rumus sampel untuk mencari estimasi proporsi, agar diperoleh angka estimasi proporsi persepsi remaja yang bersekolah di SLTA tentang norma keluarga kecil.

Untuk mendapatkan sampel yang mewakili karakteristik populasi, maka teknik pengambilan sampel melalui *Multistage Random Sampling*, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Tingkat I: memilih SLTA di bawah Depdiknas Kota Depok yang terdiri dari SMA Negeri dan Swasta, dan SMK, Negeri dan Swasta.
2. Tingkat II: memilih siswa dan siswi dari SMA/SMK terpilih.

Dikarenakan jumlah populasi diketahui, yaitu jumlah remaja siswa SLTA kelas XI Kota Depok sebesar 9.553 orang, dan agar variasi yang diperoleh tidak menjadi terlalu besar, maka untuk mendapatkan besar sampel yang dibutuhkan, digunakan

rumus estimasi proporsi besar sampel untuk populasi terbatas (Lemeshow, 1997), yaitu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)N}{d^2(N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}$$

Keterangan:

- n = jumlah sampel
 $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z untuk setiap α level = tingkat kepercayaan yang diinginkan, yaitu 95%
 P = Proporsi siswa SLTA di daerah perkotaan yang memiliki persepsi baik terhadap nilai keluarga kecil, berdasarkan penelitian terdahulu 52% (Survei Baseline Reproduksi Remaja Sehat, 1998/1999)
 d = ketepatan, presisi (tingkat kesalahan), yaitu 0.05

Berdasarkan hasil perhitungan dengan rumus sampel di atas, maka besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 369 orang siswa.

Metode pengambilan sampel (*sampling method*) tahap pertama adalah sebagai berikut:

1. Jumlah SLTA di bawah Dinas Pendidikan Kota Depok: 124 buah, terdiri dari 56 buah SMA, 6 SMA Negeri dan 50 SMA Swasta; dan 68 buah SMK, 2 Negeri dan 66 Swasta.
2. Jumlah siswa SLTA kelas XI se-Kota Depok = 9.553 orang, terdiri dari 4.995 anak SMA (2.589 orang laki-laki + 2.406 orang perempuan) dan 4.558 anak SMK (2.795 orang laki-laki + 1.763 orang perempuan)
3. Perbandingan jumlah anak SMA : SMK = 4.995 : 4.558 = 1.096 : 1
4. Perbandingan jumlah anak laki-laki : anak perempuan = 5.384 : 4.169 = 1.29 : 1
5. Jumlah siswa SMA Negeri = 1.616 orang (795 laki-laki + 821 perempuan)
6. Jumlah siswa SMK Negeri = 618 orang (586 laki-laki + 32 perempuan)
7. Jumlah siswa SMA Swasta = 3.379 orang

8. Jumlah siswa SMK Swasta = 3.940 orang
9. Perbandingan SMA Negeri : SMA Swasta = 1.616 : 3.379 = 1 : 2.09
10. Perbandingan SMK Negeri : SMK Swasta = 618 : 3.940 = 1 : 6.38
11. Besar sampel hasil penghitungan = 369 orang
12. Berdasarkan kerangka sampling maka dihitung besar sampel secara proporsional jumlah anak kelas XI, diperoleh sebagai berikut:
13. Besar sampel di SMA dan SMK masing-masing = $369/2 = 185$ orang
14. Besar sampel di SMAN = $1/3 \times 185 = 62$ orang, 31 laki-laki + 31 perempuan
15. Besar sampel di SMAS = $2/3 \times 185 = 124$ orang, 62 laki-laki + 62 perempuan
16. Besar sampel di SMKN = $1/7 \times 185 = 27$ orang, 14 laki-laki + 14 perempuan
17. Besar sampel di SMKS = $6/7 \times 185 = 158$ orang, 78 laki-laki + 78 perempuan
18. SMAN dipilih secara acak 2 sekolah: SMAN 6 (Limo), SMAN 4 (Cimanggis)
19. SMAS dipilih secara acak 4 sekolah: SMA Mardiyuana (Pancoran Mas), SMA Bina Taqwa (Sukmajaya), SMA Muhammadiyah Sawangan (Sawangan), SMA PSKD 7 (Pancoran Mas)
20. SMKN dipilih secara acak 2 sekolah: SMKN 1 Depok (Cimanggis) dan SMKN 2 Kota Depok (Sawangan)
21. SMKS dipilih secara acak 4 sekolah: SMK Ekonomika, SMK Kusuma Bangsa 1, SMK Prisma dan SMK Kusuma Bangsa 2.

Pengambilan sampel tahap berikut adalah dengan mengambil secara acak (*random sampling*) menggunakan daftar hadir siswa kelas XI di setiap sekolah terpilih.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Sumber Data

Data langsung diambil dari responden yaitu 400 siswa laki-laki dan perempuan yang duduk di kelas 12 SLTA terpilih, yaitu: SMAN 6, SMAN 4, SMA Mardiyuana (Pancoran Mas), SMA Bina Taqwa (Sukmajaya), SMA Muhammadiyah Sawangan (Sawangan), SMA PSKD 7 (Pancoran Mas), SMKN 1 Depok (Cimanggis), SMKN 2 Kota Depok (Sawangan), SMK Kusuma Bangsa 1 dan 2, SMK Prisma serta SMK Ekonomika.

4.4.2. Cara pengumpulan data

Data dikumpulkan dengan metode pengisian sendiri (*self administered*) dimana responden mengisi sendiri kuesioner dengan menggunakan kertas dan balpoint/pinsil. Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner, kemudian siswa mengisi sendiri semua pertanyaan yang ada. Karena kuesioner ini anonim, maka peneliti tidak dapat melakukan cek silang jika terdapat jawaban yang tidak diisi atau terdapat kekeliruan dalam pengisian.

Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti, dibantu oleh satu orang teman. Selama responden mengisi kuesioner peneliti berada di tengah mereka untuk memberikan penjelasan bagi yang memerlukan sehubungan dengan pengisian kuesioner. Metode pengumpulan data dengan pengisian sendiri ini memiliki banyak kelemahan karena kesahihan dari jawaban tergantung pada kejujuran responden mau pun pemahaman responden terhadap kalimat pertanyaan atau pun pernyataan. Walau pun ada

berbagai kelemahan dari metode pengisian sendiri ini, namun masih dianggap layak untuk digunakan dalam meneliti perilaku berisiko. (Siegel 1998, Brener et al 2002, Brener 2003)

4.4.3. Instrumen pengumpulan data

Instrumen penelitian adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner yang dirancang sendiri oleh peneliti, dan untuk mengurangi terjadinya bias, maka dilakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu pada 20 remaja SMA PSKD 7 Depok.

Isi Kuesioner terdiri dari 7 tema pertanyaan, dengan rincian: Karakteristik sosial demografi responden, Pengalaman NKK di keluarga, Persepsi terhadap norma keluarga kecil: rencana usia menikah, jumlah anak, pengaturan jarak kelahiran, Pengetahuan tentang alat dan obat kontrasepsi, Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil, Nilai-nilai NKK di Masyarakat/tokoh panutan serta Jenis-jenis sumber informasi Kespro.

Untuk memperkecil kesalahan informasi yang akan diterima, sebelum pengumpulan data dilakukan, kuesioner diuji dulu di lapangan. Uji validitas dilakukan untuk memberi keyakinan bahwa alat ukur tersebut dapat digunakan dengan kecermatan yang baik serta melihat korelasi antar skor masing-masing pertanyaan dengan skor total dari semua responden. Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kepercayaan terhadap alat pengumpul data. Instrumen yang dapat dipercaya akan menghasilkan data yang dapat dipercaya pula. (Lemeshow, 1997)

Hasil uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Daftar Tilik/Kuesioner

No.	Pertanyaan yang diuji	Hasil			Kesimpulan
		r pada @ pertanyaan	r alpha	r tabel	
1	Pengalaman NKK di keluarga	> r tabel	0.716	0.440	Valid dan Reliabel
2	Pengetahuan tentang alokon	> r tabel	0.965	0.444	Valid dan Reliabel
3	Pengetahuan tentang NKK	> r tabel	0.838	0.440	Valid dan Reliabel
4	Nilai-nilai NKK di Masyarakat	> r tabel	0.979	0.444	Valid dan Reliabel
5	Persepsi terhadap NKK	> r tabel	0.831	0.444	Valid dan Reliabel

4.4.4. Pelaksanaan

Penelitian dilaksanakan di Kota Depok Provinsi Jawa Barat dalam bulan April 2008 sampai dengan pertengahan Juni 2008.

4.5. Pengolahan dan Analisis Data

4.5.1. Pengolahan data

Langkah pertama adalah melakukan *coding*, kuesioner yang telah diisi dikumpulkan, diberi kode sesuai dengan kode yang telah disusun sebelumnya, kemudian dilakukan editing yaitu melihat kelengkapan jawaban, kesalahan pengisian, konsistensi setiap jawaban kuesioner untuk selanjutnya dilakukan penyiapan entri data (*data entry*) ke dalam komputer yang telah disiapkan struktur file-nya dan selanjutnya dilakukan pengolahan dengan program komputer.

4.5.2. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk menyederhanakan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan, selain itu juga untuk menguji secara statistik kebenaran keputusan yang sudah ditetapkan.

4.5.2.1. Analisis Univariat.

Analisis Univariat, dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari semua variable dependen (persepsi remaja terhadap nilai keluarga kecil), serta variabel independen.

4.5.2.2. Analisis Bivariat.

Analisis Bivariat, dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variable. Pada tahap ini dilakukan uji statistik Kai-kuadrat (*Chi-Square*) karena masing-masing variabel telah dikategorikan. Batas kemaknaan uji adalah $p=0.05$. Hasil uji statistik dikatakan bermakna atau signifikan apabila nilai $p < \alpha$ ($p < 0.05$) dan sebaliknya dikatakan tidak bermakna apabila $p > \alpha$. Rumus yang digunakan sebagai berikut;

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan:

X^2 = Kai kuadrat (*chi-square*); E = Nilai yang diharapkan;
O = Nilai Hasil Observasi

Hasil statistik kai-kuadrat dibandingkan dengan X^2 (tabel kai-kuadrat) pada tingkat kemaknaan tertentu sesuai dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang didapat dengan menggunakan rumus:

$$df = (B-1)(K-1)$$

Keterangan:

df = derajat kebebasan
B = Jumlah baris dalam tabel silang

K = Jumlah kolom dalam tabel silang

Jika hasil perhitungan uji kai-kuadrat didapat nilai p lebih kecil dari nilai α (0.05), maka ada hubungan bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen. Jika nilai p lebih besar dari nilai α , maka disimpulkan bahwa di antara dua variabel tersebut tidak berhubungan.

Untuk mengetahui lebih lanjut estimasi risiko, dipakai nilai *odds ratio* (OR).

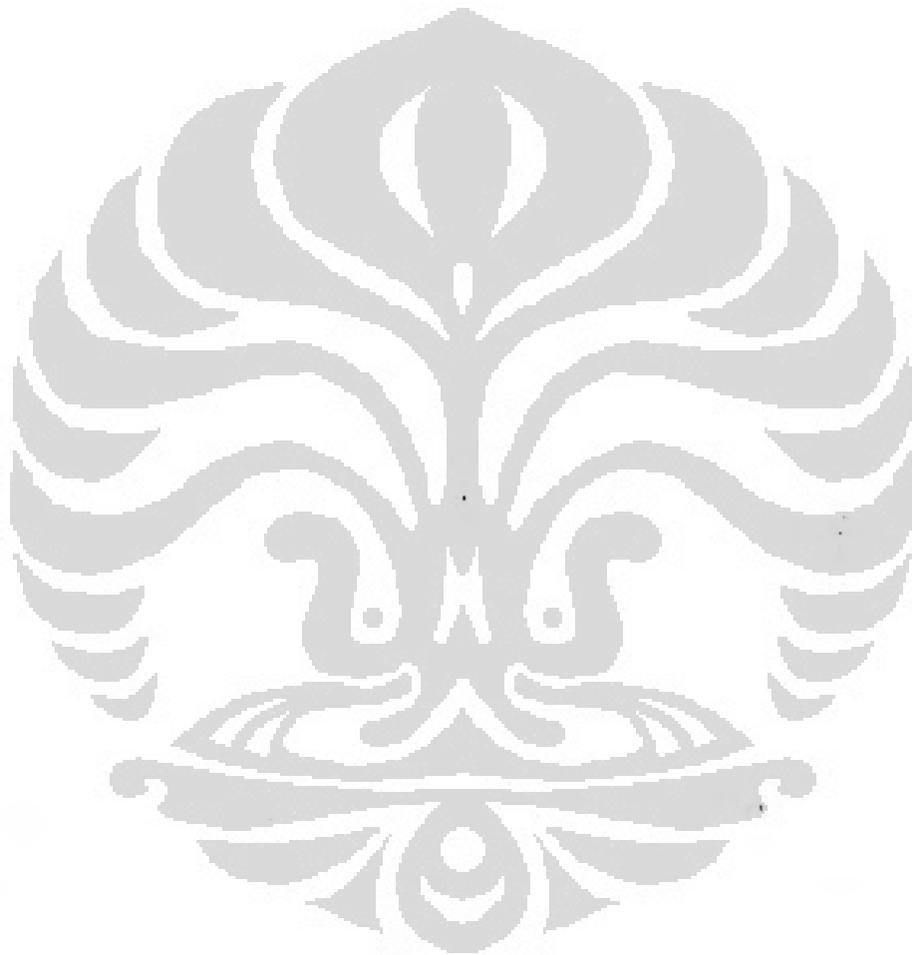
Interpretasi terhadap nilai OR adalah:

- =1 artinya: variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut tidak ada pengaruhnya dalam menimbulkan efek
- >1 artinya: variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut ada pengaruhnya dalam menimbulkan efek
- <1 artinya: variabel yang diduga sebagai faktor risiko tersebut dan bahkan bersifat melindungi dari pengaruh efek tersebut.

4.5.2.3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat, dilakukan untuk melihat faktor yang paling berhubungan secara statistik dan menganalisis lebih lanjut beberapa variabel independen dan variabel dependen secara bersamaan yang diduga berhubungan terhadap persepsi remaja tentang norma keluarga kecil. Variabel yang dianalisis adalah variabel yang mempunyai nilai uji *chi-square* $p < 0.25$, karena dengan menggunakan $\alpha = 0.05$ seringkali tidak dapat mengidentifikasi variabel yang secara substansi dianggap penting. Jadi variabel yang nilai $p < 0.25$ yang diperoleh pada hasil bivariat akan menjadi kandidat untuk analisis

multivariat, sehingga dapat diketahui faktor mana yang paling dominan berhubungan dengan persepsi remaja terhadap norma keluarga kecil. Uji statistik yang digunakan adalah regresi logistik karena variabel dependen dan independen adalah data katagorik.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama satu setengah bulan, yaitu sejak awal April 2008 sampai dengan pertengahan Juni 2008, setelah melalui beberapa persiapan berikut:

1. Persiapan administrasi: Mengurus surat permohonan ijin penelitian ke Kota Depok: Walikota Depok, Badan Kesbang dan Perlindungan Masyarakat; Dinas Pendidikan Kota Depok; Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Sejahtera (PMKS); Dinas Kesehatan Kota Depok, Kantor Departemen Agama Kota Depok, dan Kepala Sekolah hasil sampling.
2. Ujicoba kuesioner pada 20 anak SLTA di Kota Depok (SMA PSKD 7)
3. Uji kuesioner dan perbaikan
4. Negosiasi dengan Kepala-Kepala Sekolah sampel mengenai waktu pelaksanaan pengambilan data Terdapat dua SLTA yang tidak bisa diambil datanya, satu SMA swasta karena keberatan untuk dipakai sebagai sampel dengan alasan tidak ada ijin dari Yayasan, dan satu SMK karena siswa kelas XI sedang praktek lapangan, sehingga peneliti mengambil sampel secara acak lagi.

5.2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.2.1. Kependudukan Kota Depok

Kota Depok merupakan salah satu Kota wilayah Provinsi Jawa Barat, dengan jumlah penduduk 1.470.002 orang menurut Proyeksi SP 2000 dengan *sex ratio* 102

(BPS Kota Depok, 2007), atau 1.141.435 orang penduduk menurut Data Kependudukan dan Catatan Sipil Kota Depok (Dinas Kependudukan Kota Depok, 2007). Kota Depok memiliki 6 buah kecamatan, yaitu Sawangan, Pancoran Mas, Sukma Jaya, Cimanggis, Beji dan Limo.

Tabel 5.1
Jumlah Penduduk Usia 10-19 Tahun menurut Kecamatan Kota Depok, 2007

Kecamatan	Jumlah penduduk remaja		Total penduduk			Rata2 Jiwa/ keluarga
	10-14 th	15-19 th	L	P	L+P	
Sukmajaya	21.908	20.886	106.243	104.258	210.501	5.56
Pancoran Mas	19.642	19.493	108.846	108.864	217.710	5.4
Beji	8.432	9.538	58.682	54.871	113.553	5.5
Cimanggis	29.298	30.486	167.951	165.686	333.637	5.6
Limo	10.221	10.820	59.924	57.391	116.782	5.1
Sawangan	10.736	10.239	74.572	74.547	149.119	4.8
Total*					1.141.435	
Total **	L: 64.881 P: 57.842	L: 65.636 P: 60.900	761.382	708.620	1.470.002	5.4***

Sumber: * Dispenduk Kota Depok, 2008

** BPS Kota Depok, 2007

*** Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Sejahtera (PMKS) Kota Depok, 2008

Kepadatan penduduk Kota Depok 7.339,37 jiwa/km², 44,63% penduduk yang bekerja dan 9,36% menganggur. Penduduk yang masuk angkatan kerja sebesar 53,98% dimana 63,56%nya adalah laki-laki. Sebagian besar penduduk (1.306.842 orang) memeluk agama islam. Jumlah PUS 249.813 dan 72,68% merupakan akseptor KB. Adapun gambaran data rata-rata usia kawin pertama, TFR, IPM dan Jumlah Penduduk Miskin Kota Depok adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2
Data Kependudukan Kota Depok

Tahun	Rata-rata usia Perkawinan I	TFR	Jumlah Penduduk Miskin (%)	IPM
2000			3.3	
2001	24,8	2,04	5.2	
2002	25.7	2.00	4.36	
2003	25.5	1.85		76.1
2004	25.3	1.83	4.84	76.8
2005	25.6	1.88		77.8

Sumber Data: BPS Kota Depok, 2007

Dari data Laporan Pembangunan Manusia Kota Depok tahun 2004, diketahui bahwa terdapat 3.839 dari 65.694 perempuan (6%) usia 15-19 tahun yang berstatus kawin namun data Suseda Kota Depok tahun 2002-2004 menyatakan terdapat sekitar 30% usia perkawinan pertama kali adalah di bawah 19 tahun, sebagaimana yang digambarkan tabel berikut:

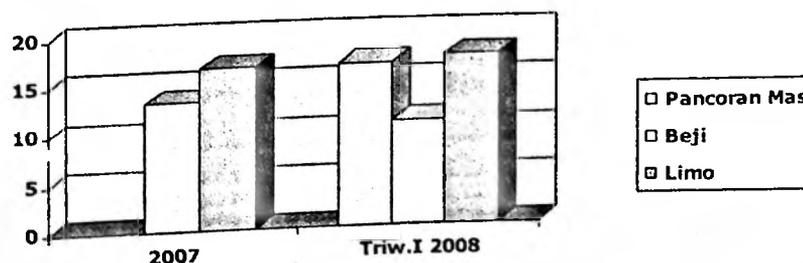
Tabel 5.3.
Usia Perkawinan Pertama Penduduk Kota Depok

Tahun/Umur	2002	2003	2004
<17 th	16,64	21,05	13,61
17-18	22,54	16,91	17,48
19-24	49,01	45,92	51,28
>25	11,81	16,12	17,63

Sumber Data: Suseda Kota Depok 2002-2004

Usia kawin pertama yang diambil peneliti dari data Kantor Urusan Agama (KUA) menunjukkan angka yang cukup tinggi, yaitu hampir 20% pernikahan di bawah umur pada triwulan pertama tahun 2008 seperti yang digambarkan grafik berikut:

Grafik 5.1
Usia Perkawinan di Bawah Umur Kota Depok, 2007-2008 Data: KUA



Program Kesehatan Reproduksi Remaja Dinas Kesehatan Kota Depok adalah membentuk konselor sebaya di beberapa sekolah dan menyediakan pelayanan kesehatan peduli remaja di puskesmas, namun belum semua sekolah bias dilatih dan belum semua puskesmas PKPR. Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Sejahtera (PMKS) adalah Dinas yang bekerja di area keluarga berencana (BKKBN). Program kesehatan remaja yang dibangun adalah Penundaan Usia Menikah melalui PIK-KRR yang sudah tersebar di beberapa kecamatan.

5.3. Gambaran Variabel-variabel Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi remaja terhadap norma keluarga kecil dan faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi NKK tersebut. Berikut gambaran dari masing-masing variabel penelitian:

5.3.1. Gambaran Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil

Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil adalah variabel dependen penelitian ini, dan terdapat 23% remaja kelas XI SLTA Kota Depok yang memiliki persepsi mendukung terhadap Norma Keluarga Kecil. Angka tersebut menggambarkan bahwa hanya 23% remaja kelas XI pada SLTA Kota Depok yang memiliki 80% dari 5 ukuran persepsi NKK sesuai dengan standar, yaitu merencanakan menikah di usia di atas 20 tahun, merencanakan memiliki anak tidak lebih dari dua orang, merencanakan jarak kelahiran anak tiga tahun, tidak ada *sex preference* /mengharuskan memiliki jenis kelamin laki-laki atau perempuan serta menggunakan metode KB untuk menjarangkan kelahiran anak.

Standar BKKBN tentang Norma Keluarga Kecil menuju Keluarga Berkualitas adalah menunda usia pernikahan, menjarangkan kelahiran anak dengan ber-KB, merencanakan jumlah anak yang juga berarti tidak membedakan jenis kelamin anak. Dalam penelitian ini diambil *cut of point* dari persepsi mendukung jika menjawab 80% dari lima unsur NKK, dikarenakan belum ada Standar Persepsi terhadap NKK pada Remaja yang dikeluarkan Pemerintah Indonesia, sehingga dengan pertimbangan bahwa remaja belum berfikir tentang cara menjarangkan anak, maka ditentukan bahwa remaja tidak harus tahu tentang cara menjarangkan anak untuk saat ini, dan ini ditunjang oleh hasil penelitian ini dimana hanya sepertiga responden yang sudah tahu akan cara merencanakan jarak kelahiran dengan KB. Pada persepsi tentang umur menikah, 96.8% remaja merencanakan akan menikah di atas 20 tahun, namun pada persepsi tentang rencana jumlah anak sepertiga remaja merencanakan jumlah anak lebih dari dua dan atau dengan jarak kelahiran yang dekat. dan masih 68.8% yang menginginkan ada anak perempuan dan laki-laki, tergambar di dalam tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Norma Keluarga Kecil pada Remaja
Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

No.	Unsur NKK	Jumlah (n)		Persentase (%)		Total (%)
		Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	
Umur menikah						
1	Mendukung NKK	190	197	47.5	49.3	96.8
	Tidak Mendukung	10	3	2.5	0.8	3.2
Jumlah anak						
2	Mendukung NKK	146	123	36.5	30.8	67.3
	Tidak Mendukung	54	77	13.5	19.3	32.7
Jarak kelahiran						
3	Mendukung NKK	102	88	25.5	22.0	47.5
	Tidak Mendukung	98	112	24.5	28.0	52.5
Jenis-kelamin anak						
4	Mendukung NKK	65	60	16.3	15.0	31.2
	Tidak Mendukung	135	140	33.8	35.0	68.8
Cara menjarangkan kelahiran						
5	Mendukung NKK	59	67	14.8	16.8	31.5
	Tidak Mendukung	141	133	35.3	33.3	68.5
Persepsi Remaja terhadap NKK						
	Positif/Mendukung	46	46	11.5	11.5	23.0
	Negatif/Tidak Mendukung	154	154	38.5	38.5	77.0

Jika dipilah menurut jenis kelamin remaja perempuan dan laki-laki, maka diperoleh gambaran bahwa tidak berbeda proporsi remaja laki-laki dengan remaja perempuan yang mempunyai persepsi mendukung terhadap NKK.

5.3.2. Gambaran Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik responden terlihat di dalam tabel 5.5. berikut:

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik (n=400)

Karakteristik	Jumlah responden (n=400)			%
	Perempuan	Laki-laki	P+L	
1. Jenis Kelamin				
Perempuan	200		200	50.0
Laki-laki		200	200	50.0
2. Jenis sekolah				
SMA	100	99	199	49.8
SMK	100	101	201	50.2
3. Agama				
Budha	2	4	6	1.3
Hindu	0	0	0	0.0
Islam	161	160	321	83.2
Katolik	14	7	21	5.2
Protestan	22	29	51	10.1
Konghucu	1	0	1	0.3
4. Etnis/suku ayah				
Betawi	61	76	137	34.3
Jawa	49	56	105	26.3
Sunda	31	16	47	11.8
lain-lain	59	52	111	27.8
5. Pekerjaan Ibu				
Pegawai Negeri Sipil	17	8	25	6.2
Pegawai swasta	9	14	23	5.4
Pedagang/wiraswasta	24	14	38	9.3
Pekerja lepas/harian	3	6	9	2.3
Ibu rumah tangga	145	155	300	75.4
Sudah pensiun	1	1	2	0.5
Sudah meninggal dunia	1	2	3	0.8
6. Pekerjaan Ayah				
Pegawai Negeri Sipil	29	38	67	16.8
Pegawai swasta	45	68	113	28.3
Pedagang/wiraswasta	71	48	119	29.8
Pekerja lepas/harian	27	27	54	13.5
Tidak bekerja	2	0	2	0.5
Sudah pensiun	11	6	17	4.3
Sudah meninggal dunia	15	13	28	7.0

Karakteristik	Jumlah responden			%
	Perempuan	Laki-laki	P+L	
7. Status ekonomi				
Menengah ke atas	84	93	177	44.2
Menengah ke bawah	116	107	223	55.8
8. Pendidikan Ibu				
Tamat SD atau kurang	60	47	107	27.7
Tidak tamat SLTP	4	6	10	2.6
Tamat SLTP	32	22	54	14.0
Tidak tamat SLTA	8	18	26	5.4
Tamat SLTA	57	61	118	30.6
Tamat Perguruan Tinggi	34	25	59	13.2
Tidak tahu	5	21	26	6.5
9. Pendidikan Ayah				
Tamat SD atau kurang	34	36	70	18.1
Tidak tamat SLTP	3	8	11	2.8
Tamat SLTP	29	23	52	13.5
Tidak tamat SLTA	12	4	16	3.4
Tamat SLTA	74	74	148	37.8
Tamat Perguruan Tinggi	44	39	83	19.2
Tidak tahu	4	16	20	5.2
10. Lingkungan tempat tinggal				
Perumahan kantor	7	9	16	4.0
Perkampungan	137	138	275	68.8
Daerah pertanian	0	3	3	0.8
Pertokoan	3	2	5	1.3
Perumahan mewah	12	11	23	5.8
Perumnas/KPR/BTN	36	33	69	17.3
Lain-lain	5	4	9	2.3

Jumlah responden yang berhasil diperoleh datanya sebanyak 400 orang terdiri dari 200 anak perempuan dan 200 laki-laki, berasal dari siswa kelas XI SMA Negeri, SMA Swasta, SMK Negeri dan SMA Swasta di Kota Depok dari berbagai jurusan. Usia responden berkisar dari 15-18 tahun terbanyak di usia 16 tahun yaitu 48.3%, dan 17 tahun 39.2%; yang perempuan terbanyak di usia 16 tahun dan laki-laki di usia 17 tahun.

Agama Islam adalah agama yang dipeluk oleh sebagian besar responden (83%), selebihnya beragama Kristen Protestan/Katolik/Budha/Konghucu.

Etnis suku ayah responden paling banyak dari suku Betawi (36.3%), Jawa (28.8%) dan Sunda (12.2%), perbandingan jenis etnis/suku ibu dengan ayah responden perempuan dengan laki-laki hampir sama.

Gambaran jenis pekerjaan ibu diketahui hanya 6.2% responden yang ibunya bekerja sebagai pegawai negeri sipil, 9.3% sebagai pedagang/wiraswasta, pada kedua jenis pekerjaan tersebut terbanyak pada ibu responden perempuan, sedangkan angka tertinggi adalah ibu sebagai ibu rumah tangga, baik ibu responden laki-laki mau pun perempuan, yaitu sebesar 75.4%.

Pekerjaan ayah responden terbesar berstatus sebagai pedagang/wiraswasta (29.5%) terutama pekerjaan ayah responden perempuan, diikuti jenis pekerjaan ayah terbanyak kedua adalah pegawai swasta (28%) dan terbanyak ketiga adalah sebagai pegawai negeri sipil (16.6%). Terdapat 1% responden yang sudah tidak memiliki ayah karena sudah meninggal dunia.

Gambaran perkiraan tingkat sosial ekonomi keluarga diperoleh dari pernyataan responden tentang pengeluaran biaya sehari-harinya, biaya untuk keperluan pendidikannya serta kepemilikan benda-benda berharga di keluarganya. Pertanyaan tentang jumlah pendapatan orang tua tidak terjawab pada saat uji-coba daftar tilik sehingga dikeluarkan dari daftar tilik. Status sosial ekonomi dinilai dari perkiraan pengeluaran untuk pendidikan responden (uang jajan, uang sekolah, uang les tambahan) dan kepemilikan benda-benda berharga yaitu motor, mobil dan komputer dimana

terdapat 44.3% responden yang memilikinya. Dengan memiliki barang-barang berharga tersebut ditambah dengan besar biaya yang harus dikeluarkan orang tua responden bagi pendidikannya (uang sekolah, uang les tambahan, uang jajan dan uang transport) diperoleh perkiraan gambaran pengeluaran, dan jika besar pengeluaran tersebut lebih besar dari lima puluh persen dari standar UMR Kota Depok (Rp 980.000.-) maka diasumsikan sebagai golongan ekonomi menengah ke atas, dan yang pengeluarannya di bawah lima puluh persen UMR diasumsikan sebagai golongan ekonomi menengah ke bawah.

Tingkat pendidikan ibu, setelah angka tertinggi pertama berada di tingkat SLTA (30.6%) yang kedua tertinggi adalah di tingkat SD (27.7%), baru di tingkat tertinggi ketiga pada Perguruan Tinggi (13.2%), dan hampir dua per tiganya adalah ibu responden perempuan.

Tingkat pendidikan ayah responden terbanyak di tingkat Tamat SLTA yaitu 37.8%, dan 19.2% di tingkat Perguruan Tinggi.

Terdapat 68.8% responden hidup di lingkungan perkampungan, selebihnya hidup di lingkungan perumahan kantor, Perumnas/KPR/BTN, Pertokoan, dan lain-lain.

5.3.3. Gambaran Pengalaman NKK di Keluarga

Gambaran pengalaman NKK responden dalam keluarga tergambar di tabel ini:

Tabel 5.6
Distribusi responden Berdasarkan Unsur Pengalaman NKK di Keluarga
pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Pengalaman NKK di keluarga	Ya		Tidak		Tidak tahu		Total (n)
	n	%	n	%	n	%	
Urutan kelahiran sesuai NKK	265	66.2	135	33.8	0	0.0	400
Jumlah bersaudara sesuai NKK	116	29.0	284	71.0	0	0.0	400
Jarak kelahiran terdekat sesuai NKK	170	42.5	230	57.5	0	0.0	400
Umur nikah ibu sesuai NKK	61	15.3	41	10.2	298	74.5	400
Umur nikah ayah sesuai NKK	85	21.2	3	0.8	312	78.0	400
Kepesertaan orangtua dalam KB	96	24.0	51	12.8	253	63.2	400

Pengalaman yang diteliti adalah tentang urutan kelahiran responden dimana 66.3% responden lahir sebagai anak pertama atau kedua; 2) tentang jumlah saudara, atau jumlah anak yang dilahirkan orang tuanya dimana 71% responden hidup dengan keluarga besar, atau lebih dari 4 orang di dalam rumah; bahkan hampir 10% responden memiliki lebih dari 6 saudara; 3) jarak kelahiran terdekat, 42.5% memiliki perbedaan usia yang cukup atau sesuai dengan nilai keluarga kecil, yaitu 3-5 tahun. Pengalaman lain adalah 4) jenis kelamin saudara, diketahui responden rata-rata memiliki saudara laki-laki dan perempuan; 5) tempat tinggal responden, pada umumnya bersama orang tua; 6) umur menikah ibu pertama kali, 74.5% responden tidak tahu, demikian pula dengan informasi umur ayah menikah pertama kali 78% tidak diketahui responden; serta 7) kepesertaan orang tua dalam keluarga berencana, diketahui dari 63.3% yang tidak diketahui apakah akseptor KB atau bukan, 24% menyatakan bahwa orang tuanya adalah akseptor KB.

Jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, maka diketahui bahwa antara remaja laki-laki dan perempuan memiliki pengalaman yang tidak terlalu berbeda.

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Pengalaman NKK dalam Keluarga
pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

No.	Pengalaman NKK di Keluarga	Jumlah (n)		Total	%
		Perempuan	Laki-laki		
1	Positif/mendukung NKK	142	145	287	71.8
2	Negatif/tidak mendukung	58	55	113	28.2

5.3.4. Gambaran Pengetahuan tentang Alokon

Sebagai salah satu faktor yang diduga berhubungan dengan persepsi remaja terhadap NKK, diteliti pula pengetahuan remaja tentang alat dan obat kontrasepsi (alokon). Gambaran Pengetahuan KB tersebut dipaparkan di dalam tabel 5.8. Diperoleh gambaran bahwa hanya 10.3% remaja yang belum pernah mendengar istilah Keluarga Berencana, namun dari 89.8% yang pernah mendengar istilah KB tidak semuanya dapat menyebutkan fungsi dari alokon, hanya 61.5% remaja yang mengetahui kegunaan alokon.

Tabel 5.8.

Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Alat dan Obat
Kontrasepsi (alokon) pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Pengetahuan tentang Alokon	Tahu		Tidak tahu		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Pemah mendengar istilah alat kontrasepsi/KB	359	89.8	41	10.2	400	100.0
Tahu fungsi alokon	246	61.5	154	38.5	400	100.0
Tahu jenis-jenis alokon	182	45.5	218	54.5	400	100.0
Tahu alokon fungsi ganda	178	44.5	222	55.5	400	100.0
Tahu tempat memperoleh alokon	264	66.0	136	34.0	400	100.0
Tahu KB bukan hanya urusan perempuan	261	65.2	139	34.8	400	100.0

Hampir separuh responden sudah mengetahui jenis-jenis alat kontrasepsi dan jenis alat kontrasepsi yang berfungsi ganda. Alat kontrasepsi yang hampir disebutkan semua remaja adalah kondom, bahkan ada yang mengenalnya dengan menyebutkan merek-merek kondom (sutra, dll); dan 66% remaja tahu dimana tempat-tempat memperoleh alokon tersebut. Ketika remaja ditanya tentang sasaran program KB, hanya 65.3% yang menyatakan bahwa KB merupakan urusan perempuan dan laki-laki, masih ada sepertiga remaja yang menyatakan bahwa KB adalah urusan kaum perempuan, dan terdapat 4.9% remaja yang tidak tahu.

Diketahui bahwa rata-rata remaja laki-laki memiliki pengetahuan yang lebih rendah dari remaja perempuan tentang alokon, hanya pada tempat memperoleh alokon sedikit di atas perempuan. Responden laki-laki lebih banyak yang tahu dari responden perempuan bahwa KB adalah bukan urusan perempuan saja, dimana, tabel terlampir.

Informasi di atas kemudian diolah kembali untuk mendapatkan gambaran tentang tingkat pengetahuan tentang alokon, dan terdapat separuh lebih responden yang berpengetahuan alokonnya baik, digambarkan pada tabel berikut:

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Alokon pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

No.	Tingkat Pengetahuan Alokon	Jumlah (n)		Total	%
		Perempuan	Laki-laki		
1	Baik	123	108	231	57.8
2	Kurang	77	92	169	42.2

5.3.5. Gambaran Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil

Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil diketahui juga sebagai faktor yang mempengaruhi persepsi remaja terhadap NKK, lebih jelasnya dalam tabel berikut:

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok, Tahun 2008

Pengetahuan tentang NKK	Tahu		Tidak tahu		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Usia ideal perempuan menikah	334	83.5	66	16.5	400	100.0
Usia ideal laki-laki menikah	381	95.3	19	4.7	400	100.0
Usia ideal perempuan melahirkan anak pertamanya	353	88.2	47	11.8	400	100.0
Usia ideal laki-laki memiliki anak pertama	362	90.5	38	9.5	400	100.0
Jumlah anak ideal	266	66.5	134	33.5	400	100.0
Jarak ideal dua kelahiran anak	190	47.5	210	52.5	400	100.0
Jenis kelamin anak	125	31.2	275	68.8	400	100.0
Penentu jumlah dan jarak anak	301	75.2	99	24.8	400	100.0
Umur menikah dalam UU Perkawinan	7	1.8	393	98.2	400	100.0
Manfaat keluarga kecil	198	49.5	202	50.5	400	100.0
Konsekwensi banyak anak	305	76.2	95	23.8	400	100.0
Kerugian menikah muda	325	81.2	75	18.8	400	100.0

Hasil pengolahan data memperlihatkan pengetahuan remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008 tentang usia ideal perempuan dan laki-laki menikah, usia ideal perempuan memiliki anak pertamanya rata-rata menjawab di atas 20 tahun. Namun hanya 1.8% responden yang menjawab benar tentang usia perkawinan yang ditetapkan negara di dalam UU Perkawinan No.1 Tahun 1974 yaitu 16 tahun bagi perempuan dan 19 tahun bagi laki-laki. Sedangkan tentang jumlah anak ideal, terdapat 33.5% responden yang menyebutkan di atas 2 orang dan sepertiga remaja tidak tahu jarak di antara dua kelahiran yang baik. Hampir separuh remaja yang mengetahui manfaat keluarga kecil, sekitar tiga per empat remaja mengetahui konsekwensi dari memiliki banyak anak dan

sekitar 80% mereka tahu kerugian dari pernikahan di usia remaja, tergambar di dalam tabel 5.10 berikut:

Tingkat pengetahuan remaja terhadap NKK jika dikelompokkan menurut nilai rata-rata hitung (median) maka diketahui 65.5% remaja yang memiliki pengetahuan NKK baik.

Tabel 5.11
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil pada Remaja Perempuan Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

No.	Pengalaman NKK di Keluarga	Jumlah (n)		Total	%
		Perempuan	Laki-laki		
1	Positif/mendukung NKK	152	110	262	65.5
2	Negatif/tidak mendukung	48	90	138	34.5

5.3.6. Gambaran Praktek Nilai-nilai NKK di Masyarakat

Nilai-nilai terhadap norma keluarga kecil dari masyarakat merupakan pengalaman yang dapat mempengaruhi persepsi remaja terhadap norma keluarga kecil.

Tabel 5.12
Distribusi Responden Berdasarkan Unsur Nilai-nilai NKK di Masyarakat pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Praktek Nilai-nilai NKK di masyarakat	Ya		Tidak		Tidak tahu		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jumlah anak tetangga sesuai NKK	52	13.0	277	69.2	71	17.8	400	100.0
Jumlah anak tokoh masyarakat sesuai NKK	45	11.3	201	50.2	154	38.5	400	100.0
Jarak kelahiran terdekat anak tetangga sesuai NKK	85	21.2	120	30.0	195	48.8	400	100.0
Jarak kelahiran terdekat anak tokoh masyarakat sesuai NKK	54	13.5	101	25.2	245	61.3	400	100.0
Situasi perilaku seksual remaja saat ini sesuai NKK	83	20.8	317	79.2	0	0.0	400	100.0
Memiliki teman akrab sudah menikah	160	40.0	238	59.5	2	0.5	400	100.0
Memiliki teman akrab sudah punya anak	117	29.3	281	70.2	2	0.5	400	100.0
Memiliki teman menggunakan alokon	100	25.0	295	73.8	5	1.2	400	100.0
Kebutuhan layanan KB remaja	209	52.3	46	11.5	145	36.2	400	100.0

Diketahui terdapat 13% responden yang menyatakan tetangganya memiliki anak tidak lebih dari dua, 69.3% yang lebih dari dua dan 17.8% responden menyatakan tidak tahu berapa rata-rata jumlah anak yang dimiliki tetangga. Rata-rata jumlah anak yang dimiliki tokoh masyarakat mereka 50.3% menyatakan lebih dari dua anak, dengan jarak kelahiran di kurang dari dua tahun sebesar 28.8% untuk anak tetangga dan 24% untuk jarak kelahiran anak tokoh masyarakat, namun lebih dari 50% responden tidak tahu jarak kelahiran rata-rata anak tetangga dan tokoh masyarakat. Ketika ditanya tentang situasi perilaku seksual remaja Kota Depok saat ini, 79.3% responden menyatakan bahwa perilaku seksual remaja Kota Depok sudah mencemaskan.

Terdapat 40% responden memiliki teman akrab yang sudah menikah, 29.3% menyatakan memiliki teman akrab yang sudah memiliki anak dan 25% menyatakan memiliki teman akrab yang menggunakan alokon guna mencegah kehamilan. Ketika ditanya tentang apakah mereka merasakan adanya kebutuhan pelayanan KB bagi remaja, 52.3% responden menyatakan perlu, namun 36.3% menyatakan tidak tahu.

Kebutuhan akan tersedianya layanan KB remaja tampak lebih dirasakan oleh responden perempuan (57%) dibanding dengan laki-laki (47%), ditunjang dengan data bahwa responden perempuan lebih banyak memiliki teman akrab yang sudah menikah dan punya anak. Penggunaan alokon lebih banyak pada teman akrab responden laki-laki dari perempuan, dan responden perempuan lebih banyak yang menyatakan bahwa situasi perilaku seksual remaja saat ini sudah tidak aman (81.5%) dibanding dengan pernyataan responden laki-laki (77%), tabel terlampir.

Tabel berikut menginformasikan bahwa lebih dari separuh masyarakat panutan yang di dalam praktek kehidupannya mendukung nilai-nilai NKK.

Tabel 5.13
Distribusi Responden Berdasarkan Nilai-nilai NKK di Masyarakat pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok, 2008

No.	Nilai NKK di Masyarakat	Jumlah (n)		Total	%
		Perempuan	Laki-laki		
1	Positif/mendukung NKK	122	117	239	59.8
2	Negatif/tidak mendukung	78	83	161	40.2

5.3.7. Gambaran Sumber-sumber Informasi Kesehatan Reproduksi

Sumber-sumber informasi remaja untuk materi terkait kesehatan reproduksi termasuk KB diteliti juga untuk mengetahui sumber-sumber potensial bagi pendidikan kesehatan reproduksi remaja, dan diperoleh hasil tertinggi (92%) melalui media elektronik seperti TV, radio, lalu tertinggi ke dua adalah melalui media cetak seperti koran, majalah yaitu sebesar 71.5% kemudian tertinggi ke tiga adalah melalui orang tua, yaitu 63.2%. Sedangkan pelajaran di sekolah sebagai sumber informasi hanya dinyatakan oleh 60.1% responden dan tenaga kesehatan 28.2%.

Tabel 5.14
Gambaran Sumber-sumber Informasi Kesehatan Reproduksi pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Sumber-sumber informasi Kesehatan Reproduksi	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Orang tua	244	63.2	142	36.8
Pelajaran di sekolah	232	60.1	154	39.9
Media cetak	276	71.5	110	28.5
Media elektronik	355	92.0	31	8.0
Internet	162	40.5	238	59.5
Teman sebaya	228	59.1	157	40.9
LSM, Karang Taruna	93	24.1	293	75.9
Tenaga Kesehatan	109	28.2	277	71.8

Sebagai informasi, diketahui bahwa hanya 7% remaja yang mengetahui adanya program Dinas Kesehatan tentang *peer counselor*, hanya 16.3% remaja yang tahu tentang puskesmas PKPR dan hanya 7.3% remaja yang mengetahui program KB Remaja dari Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga Sejahtera yaitu PIK-KRR.

5.4. Hasil Analisis Bivariat

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka analisis bivariat dilakukan pada variabel dependen yaitu Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil dengan beberapa variabel independen yang ingin diketahui hubungannya. Variabel independen yang tidak dianalisis adalah variabel sumber informasi kesehatan reproduksi termasuk keluarga berencana, dikarenakan variabel menggunakan *multiple answer*/jawaban boleh lebih dari satu, sehingga terjadi kesulitan pengukuran pada saat dilakukan analisis bivariat.

Pada analisis bivariat ini terjadi pengelompokan yang dikotomus dari variabel-variabel independen yang terdapat pada Tabel 5.5. yang semula digambarkan ke dalam beberapa kelompok. Variabel Agama, dikelompokkan menjadi Islam dan Non Islam, dengan pertimbangan sebagian besar responden beragama Islam. Variabel Pekerjaan Ibu dikelompokkan menjadi Ibu rumah tangga dan ibu yang bekerja di luar rumah, dengan pertimbangan banyaknya ibu responden dengan status ibu rumah tangga. Variabel Pekerjaan Ayah dikelompokkan menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Non PNS, mengingat pada peraturan pegawai negeri sipil terdapat ketentuan jumlah anak yang ditanggung negara hanya dua orang.

Variabel Pendidikan Ibu dikelompokkan berdasarkan tingkat pendidikan wajib belajar yaitu SLTP, dan di atas SLTP atau SLTA ke atas, demikian halnya dengan variabel Pendidikan Ayah. Variabel Lingkungan Tempat Tinggal, mengingat sebagian besar responden tinggal di lingkungan perkampungan, maka variabel ini dikelompokkan ke dalam 2 bagian pula, yaitu perkampungan dan non perkampungan. Dengan variabel kategorik tersebut maka analisis hubungan dilakukan dengan menggunakan *chi-square*.

5.4.1. Analisis Hubungan antara Persepsi terhadap NKK pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok dengan Variabel Independen

Hasil analisis hubungan variabel independen dengan variabel dependen adalah sebagaimana yang dipaparkan tabel 5.15. di bawah ini:

Tabel. 5.15
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Norma Keluarga Kecil dan Karakteristik Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Variabel Independen	Persepsi NKK				Total		OR	95% CI	p value
	Positif		Negatif		n	%			
	n	%	n	%					
Jenis kelamin									
- Perempuan	46	23.0	154	77.0	200	100	1.000	0.628-1.593	1
- Laki-laki	46	23.0	154	77.0	200	100			
Jenis SLTA									
- SMA	50	25.1	149	74.9	199	100	1.270	0.7962-2.027	0.375
- SMK	42	20.9	159	79.1	201	100			
Agama									
Islam	76	23.2	251	76.8	327	100	1.079	0.586-1.987	0.929
Kristen, dll	16	21.9	57	78.1	73	100			
Etnis/suku ayah									
Betawi*	31	22.6	106	77.4	137	100	1.000	-	0.870
Jawa	24	22.9	81	77.1	105	100	1.154	0.642-2.073	0.633
Sunda	9	19.1	38	80.9	47	100	1.139	0.609-2.128	0.684
Lain-lain	28	25.2	83	74.8	111	100	1.424	0.613-3.311	0.411

Variabel Independen	Persepsi NKK				Total		OR	95% CI	p value
	Positif		Negatif		n	%			
	n	%	n	%					
Pekerjaan Ibu									
Ibu rumah tangga	73	24.3	227	75.7	300	100	1.371	0.779-2.412	0.337
Bekerja di luar rumah	19	19.0	81	81.0	100	100			
Pekerjaan Ayah									
PNS	11	16.4	56	83.6	67	100	0.611	0.306-1.222	0.213
Non PNS	81	24.3	252	75.7	333	100			
Status Sosial Ekonomi									
- Menengah ke atas	35	19.8	142	80.2	177	100	0.718	0.446-1.156	<u>0.213</u>
- Menengah ke bawah	57	25.6	166	74.4	223	100			
Pendidikan Ibu									
- ≤ SLTP	49	22.0	174	78.0	223	100	0.878	0.550-1.400	0.669
- ≥ SLTA	43	24.3	134	75.7	177	100			
Pendidikan Ayah									
- ≤ SLTP	36	21.3	133	78.7	169	100	0.846	0.526-1.361	0.569
- ≥ SLTA	56	24.2	175	75.8	231	100			
Lingkungan tempat tinggal									
- Perkampungan	58	21.1	217	78.9	275	100	0.715	0.439-1.167	<u>0.223</u>
- Non Perkampungan	34	27.2	91	72.8	125	100			
Pengetahuan Alokasi									
- Baik	64	27.7	167	72.3	231	100	1.930	1.173-3.174	<u>0.013</u>
- Kurang	28	16.6	141	83.4	169	100			
Pengetahuan NKK									
- Baik	83	31.7	179	68.3	262	100	6.646	3.222-13.711	<u>0.000</u>
- Kurang	9	6.5	129	93.5	138	100			
Pengalaman NKK di keluarga:									
- Positif/Mendukung NKK	65	22.6	222	77.4	287	100	0.933	0.558-1.558	0.790
- Negatif/Tidak mendukung	27	23.9	86	76.1	113	100			
Nilai NKK Masyarakat									
- Positif/Mendukung NKK	63	26.4	176	73.6	239	100	1.629	0.994-2.671	<u>0.068</u>
- Negatif/Tidak mendukung	29	18.0	132	82.0	161	100			

5.4.1.1. Hubungan Jenis-kelamin dengan Persepsi terhadap NKK

Tidak ada perbedaan proporsi remaja kelas XI SLTA yang memiliki Persepsi Positif/Mendukung menurut jenis-kelamin laki-laki (11.5%) dan perempuan (11.5%).

5.4.1.2. Hubungan Jenis SLTA dengan Persepsi terhadap NKK

Hasil statistik memperlihatkan walau pun proporsi remaja berpersepsi Positif yang sekolah di SMA lebih besar dibandingkan dengan remaja yang sekolah di SMK, secara statistik tidak ada hubungan bermakna.

5.4.1.3. Hubungan Agama dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi remaja yang beragama Islam berpersepsi positif terhadap NKK hanya berbeda 1.3% dengan remaja yang bukan beragama Islam, dan secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara Agama dengan Persepsi terhadap NKK pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok.

5.4.1.4. Hubungan Etnis Ayah dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi remaja kelas XI SLTA yang memiliki Persepsi Positif/Mendukung lebih besar pada jenis etnis/suku di luar Betawi (22.6%), dan terkecil pada suku Sunda (19.1%), namun hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p=0.870$) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara Etnis dengan Persepsi Positif terhadap NKK.

5.4.1.5. Hubungan Pendidikan Ayah dengan Persepsi terhadap NKK

Responden dari ayah yang pendidikannya SLTA ke atas terlihat lebih banyak yang memiliki persepsi Positif terhadap NKK dibandingkan responden yang ayahnya

berpendidikan SLTP ke bawah, tetapi dengan hasil $p > 0.05$ menjelaskan bahwa secara statistik hal tersebut tidak bermakna.

5.4.1.6. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi responden yang memiliki persepsi Positif terhadap NKK adalah lebih besar dari Ibu dengan tingkat pendidikan SLTA ke atas, lebih besar dari responden yang Ibu-nya berpendidikan SLTP ke bawah. Nilai p dari hubungan tersebut 0.669, berarti hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik.

5.4.1.7. Hubungan Pekerjaan Ayah dengan Persepsi terhadap NKK

Responden yang pekerjaan ayahnya bukan Pegawai Negeri Sipil (PNS) proporsi memiliki persepsi Positif terhadap NKK lebih besar daripada mereka yang ayahnya bekerja sebagai PNS. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p=0.528$) atau tidak ada hubungan yang bermakna antara Pekerjaan Ayah dengan Persepsi Positif terhadap NKK.

5.4.1.8. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi responden berpersepsi Positif terhadap NKK lebih besar pada Ibu berstatus sebagai ibu rumah tangga daripada proporsi responden berpersepsi Positif terhadap NKK dengan Ibu bekerja di luar rumah, namun perbedaan tersebut tidak bermakna secara statistik.

5.4.1.9. Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi responden yang memiliki persepsi Positif terhadap NKK adalah sebesar 19.8 % dari Status Ekonomi Menengah ke atas, lebih kecil dari proporsi

responden yang Status Sosial Ekonomi Menengah ke Bawah (25.6%). Nilai p dari hubungan tersebut 0.213, berarti hubungan tersebut tidak bermakna secara statistik.

5.4.1.10. Hubungan Lingkungan Tempat Tinggal dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi remaja kelas XI SLTA yang memiliki Persepsi Positif/Mendukung lebih besar pada responden yang lingkungan tempat tinggalnya di Perkampungan (37.6%) dibandingkan dengan responden yang lingkungan tempat tinggalnya bukan di Perkampungan. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p=0.223$ atau tidak ada hubungan yang bermakna antara Lingkungan Tempat Tinggal dengan Persepsi Positif terhadap NKK).

5.4.1.11. Hubungan Pengalaman NKK dalam Keluarga dengan Persepsi

Responden dengan Pengalaman NKK dalam Keluarga mendukung memiliki proporsi persepsi Positif terhadap NKK lebih besar daripada mereka yang pengalaman NKK di dalam keluarga tidak mendukung. Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan ($p=0.790$) atau secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara Pengalaman NKK dalam Keluarga dengan Persepsi Positif terhadap NKK.

5.4.1.12. Hubungan Pengetahuan tentang Alokon dengan Persepsi terhadap NKK

Terdapat 27.7% remaja berpersepsi Positif terhadap NKK yang memiliki Pengetahuan tentang Alokon yang Baik, ini lebih besar dari proporsi remaja berpersepsi Positif terhadap dengan Pengetahuan Alokon yang Kurang, dan secara statistik perbedaan tersebut ditunjukkan oleh nilai $p=0.013$. Remaja yang pengetahuan alokonnya

baik memiliki kecenderungan untuk mempunyai persepsi mendukung terhadap NKK sebesar 1.9 kali dibandingkan remaja yang pengetahuan alokonnya kurang.

5.4.1.13. Hubungan Pengetahuan tentang NKK dengan Persepsi terhadap NKK

Proporsi remaja kelas XI SLTA yang memiliki Persepsi Positif/Mendukung lebih besar pada Pengetahuan tentang NKK-nya Baik (31.7%) dibandingkan pada Remaja dengan Pengetahuan tentang NKK-nya Kurang (6.5%). Hasil uji statistik membuktikan perbedaan proporsi tersebut signifikan ($p=0.000$) Keeratan hubungan dua variabel diperlihatkan oleh $OR=6.646$ (95% CI: 3.222-13.711), artinya remaja kelas XI SLTA Kota Depok dengan pengetahuan tinggi tentang NKK mempunyai peluang 6.6 kali untuk memiliki Persepsi Positif terhadap NKK.

5.4.1.14. Hubungan Nilai NKK di masyarakat dengan Persepsi terhadap NKK

Hasil statistik menyatakan tidak ada hubungan antara Nilai-nilai NKK di Masyarakat dengan Persepsi terhadap NKK pada remaja kelas XI SLTA Kota Depok. Hasil keseluruhan uji bivariat tergambar di dalam tabel berikut:

5.5. Analisis Multivariat

Untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dilakukan analisis multivariat. Jenis analisa multivariat yang digunakan adalah regresi-logistik dikarenakan data yang dianalisa adalah data katagorik. Variabel independen yang dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam analisis multivariat adalah yang mempunyai nilai $p<0.25$, selain juga dilihat nilai *Odds Ratio* (*OR.*, (Bastaman, 1999)

5.5.1. Variabel Kandidat Analisis Multivariat

Dalam penelitian ini ada 5 variabel yang diduga berhubungan dengan terbentuknya Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil. Untuk membuat model multivariat, kelima variabel tersebut telah melalui analisis bivariat dengan variabel dependen. Menurut Mickey and Greenland (1989), variabel yang pada saat dilakukan uji G (Rasio log-likelihood) memiliki $p < 0.25$ dan mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan kandidat untuk dimasukkan ke dalam model multivariat (Mickey and Greenland, 1989 dalam Hastono, 2007). Hasil analisis bivariat antara variabel independen dengan variabel dependen disajikan dalam Tabel. 5.16 berikut:

Tabel 5.16
Variabel independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Variabel Independen	OR	CI (95%)	<i>p-value</i>
Status Sosial Ekonomi	0.718	0.446-1.156	<u>0.213</u>
Lingkungan tempat tinggal	0.715	0.439-1.167	<u>0.223</u>
Pengetahuan Alokon	1.930	1.173-3.174	<u>0.013</u>
Pengetahuan NKK	6.646	3.222-13.711	<u>0.000</u>
Nilai NKK Masyarakat	1.629	0.994-2.671	<u>0.068</u>

5.5.2. Pembuatan model faktor penentu Persepsi terhadap NKK

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model yang terbaik dalam menentukan determinan Persepsi terhadap NKK pada remaja. Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat dicobakan secara bersama-sama. Model terbaik akan mempertimbangkan dua penilaian yaitu signifikansi ratio log-likelihood ($p \leq 0.05$) dan nilai signifikansi *p* wald ($p \leq 0.05$).

Pemilihan model dilakukan secara hirarki dengan cara semua variabel independen (yang telah lulus sensor) dimasukkan ke dalam model, kemudian variabel yang tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari nilai p wald terbesar. (Hastono, 2007)

Tabel 5. 17
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Status Sosial Ekonomi	-0.718	0.292	6.042	1.0	0.014	0.488	0.275	0.865
Lingkungan Tempat Tinggal	0.348	0.302	1.328	1.0	0.249	1.416	0.784	2.560
Pengetahuan Alokasi	0.363	0.277	1.721	1.0	0.190	1.438	0.836	2.474
Pengetahuan NKK	1.820	0.379	23.118	1.0	0.000	6.173	2.939	12.963
Nilai NKK di Masyarakat	0.248	0.271	0.836	1.0	0.360	1.282	0.753	2.181

Dari tabel di atas terlihat bahwa signifikansi $-2\log\text{-likelihood} \leq 0.05$ ($p=0.000$) namun secara signifikan p wald semua variabel >0.05 , kecuali pada variabel Pengetahuan tentang NKK, dengan demikian perlu dilakukan pengeluaran variabel dari model. Pengeluaran dilakukan secara bertahap satu per satu dimulai dengan variabel yang mempunyai nilai p value tertinggi yaitu Nilai NKK di Masyarakat, untuk itu variabel tersebut tidak diikutsertakan dalam model selanjutnya.

Pada tahap kedua, yaitu setelah variabel Nilai NKK di Masyarakat dikeluarkan, dihasilkan model sebagai berikut:

Tabel 5. 18
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Status Sosial Ekonomi	-0.724	0.291	6.172	1.0	0.013	0.485	0.274	0.858
Lingkungan Tempat Tinggal	0.382	0.299	1.628	1.0	0.202	1.465	0.815	2.631
Pengetahuan Alokon	0.395	0.274	2.076	1.0	0.150	1.485	0.867	2.541
Pengetahuan NKK	1.849	0.377	23.987	1.0	0.000	6.351	3.031	13.308

Setelah variabel Nilai NKK di Masyarakat dikeluarkan dari model terlihat tidak ada perbedaan $OR > 10\%$, hasil tertera pada tabel berikut:

Tabel 5. 19
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Nilai NKK di Masyarakat Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan *)	Tanpa*)	absolut	%
Status Sosial Ekonomi	0.488	0.485	0.003	0.605
Lingkungan Tempat Tinggal	1.416	1.465	0.048	3.406
Pengetahuan Alokon	1.438	1.485	0.047	3.249
Pengetahuan NKK	6.173	6.351	0.178	2.889
Nilai NKK di Masyarakat	1.282	-	-	-

*)Nilai NKK Masy

Untuk langkah selanjutnya variabel tersebut dikeluarkan dari model. Dari tabel 5.17 variabel yang memiliki p-value > 0.05 setelah Nilai NKK di Masyarakat adalah Lingkungan Tempat Tinggal. Langkah selanjutnya variabel Lingkungan Tempat Tinggal dikeluarkan dari model dan diperoleh model ketiga sebagai berikut:

Tabel 5. 20
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Ketiga Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Status Sosial Ekonomi	-0.562	0.258	4.734	1.0	0.030	0.570	0.343	0.946
Pengetahuan Alokon	0.439	0.271	2.618	1.0	0.106	1.551	0.911	2.640
Pengetahuan NKK	1.865	0.376	24.582	1.0	0.000	6.458	3.089	13.500

Sebelum melakukan analisis selanjutnya dilihat terlebih dahulu perubahan nilai OR sebelum dan sesudah variabel Lingkungan Tempat Tinggal dikeluarkan dari model, tertera dalam tabel berikut.

Tabel 5. 21
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Lingkungan Tempat Tinggal Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan *)	Tanpa*)	absolut	%
Status Sosial Ekonomi	0.488	0.570	0.082	16.801
Pengetahuan Alokon	1.438	1.551	0.113	7.876
Pengetahuan NKK	6.173	6.458	0.285	4.624

*)Lingkungan tempat tinggal

Setelah variabel Lingkungan Tempat Tinggal dikeluarkan terjadi perubahan nilai OR > 10% pada variabel Status Sosial Ekonomi, dengan demikian variabel Lingkungan Tempat Tinggal dimasukkan kembali. Analisis kembali dilakukan dengan mengeluarkan variabel Pengetahuan tentang Alokon dan diperoleh hasil seperti yang digambarkan pada Tabel 5.22.

Tabel 5. 22.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Keempat Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Status Sosial Ekonomi	-0.695	0.289	5.768	1.0	0.016	0.499	0.283	0.880
Pengetahuan NKK	1.929	0.374	26.627	1.0	0.000	6.882	3.308	14.320
Lingkungan Tempat Tinggal	0.438	0.296	2.191	1.0	0.139	1.549	0.868	2.765

Tabel 5.23. menggambarkan perbedaan nilai OR karena dikeluarkannya variabel

Pengetahuan tentang Alokon.

Tabel 5. 23.
**Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pengetahuan tentang Alokon
 Dikeluarkan dari Model**

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan *)	Tanpa*)	absolut	%
Status Sosial Ekonomi	0.488	0.499	0.011	2.278
Pengetahuan NKK	6.173	6.882	0.710	11.498
Lingkungan Tempat Tinggal	1.416	1.549	0.133	9.372

*)Pengetahuan Alokon

Terjadi perubahan $OR > 10\%$ pada variabel Pengetahuan tentang NKK. Selanjutnya variabel Pengetahuan tentang Alokon dimasukkan kembali ke dalam model. Setelah melalui empat tahapan pengeluaran, hasil akhir model multivariat sebagai berikut:

Tabel 5.24.
**Model Akhir Analisis Multivariat terhadap Persepsi NKK pada Remaja Kelas XI
 SLTA Kota Depok Tahun 2008**

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Status Sosial Ekonomi	-0.724	0.291	6.172	1.0	0.013	0.485	0.274	0.858
Pengetahuan NKK	1.849	0.377	23.987	1.0	0.000	6.351	3.031	13.308
Lingkungan Tempat Tinggal	0.382	0.299	1.628	1.0	0.202	1.465	0.815	2.631
Pengetahuan Alokon	0.395	0.274	2.076	1.0	0.150	1.485	0.867	2.541

Pada tabel 5.24. terlihat bahwa variabel Pengetahuan tentang NKK dan Status Sosial Ekonomi memiliki $p\text{-value} < 0.05$, berarti kedua variabel tersebut yang berhubungan signifikan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008.

Berdasarkan model akhir analisis multivariat di atas, diketahui bahwa faktor yang berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja Kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008 setelah dikontrol dengan variabel Status Sosial Ekonomi

dengan nilai odds ratio (OR) sebesar 6.351 (95%CI: 3.031-13.308) adalah Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil. Artinya, remaja yang memiliki Pengetahuan tentang NKK baik mempunyai kecenderungan untuk memiliki persepsi Positif terhadap NKK 6.3 kali dibandingkan dengan remaja dengan Pengetahuan NKK kurang, setelah dikontrol dengan Status Sosial Ekonomi, Pengetahuan tentang Alokasi dan Lingkungan Tempat Tinggal.

5.6. Analisis Lanjutan

Persepsi terhadap NKK dalam penelitian ini dinilai dari 5 unsur sebagaimana yang telah disebutkan terdahulu. Usia Menikah dan Cara Menjarangkan Kelahiran adalah dua dari lima unsur penilaian komposit dari Persepsi. Untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam, selanjutnya dilakukan analisis multivariat terhadap dua unsur persepsi tersebut guna mengetahui faktor yang berhubungan dengan Persepsi Rencana Usia Menikah dan Persepsi Cara Menjarangkan Kelahiran pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok. Dilakukan hanya pada dua unsur dengan pertimbangan kedua unsur ini sangat penting diukur. Kedua unsur tersebut dalam analisis selanjutnya sebagai variabel dependen.

5.6.1. Analisis Hubungan antara Variabel Independen dengan Persepsi Rencana Usia Menikah pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok

Analisis ini merupakan eksplorasi dari gambaran Persepsi terhadap NKK, yaitu Persepsi Remaja terhadap Rencana Usia Menikah. Persepsi Remaja terhadap Rencana

Usia Menikah dalam analisis ini menjadi variabel dependen turunan dari Persepsi terhadap NKK dan hasilnya dapat dicermati pada tabel berikut.

Tabel. 5.25.
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Variabel Independen	Rencana Usia Menikah				Total		OR	95% CI	p value
	Sesuai NKK		Tdk ssi NKK		n	%			
	n	%	n	%					
Jenis kelamin									
- Perempuan	190	95.0	10	5.0	200	100	0.289	0.078-1.068	<u>0.087</u>
- Laki-laki	197	98.5	3	1.5	200	100			
Jenis SLTA									
- SMA	193	97.0	6	3.0	199	100	1.161	0.383-3.516	1.000
- SMK	194	96.5	7	3.5	201	100			
Agama									
Islam	317	96.9	10	3.1	327	100	1.359	0.364-5.065	0.713
Kristen, dll	70	95.9	3	4.1	73	100			
Etnis/suku ayah									
Betawi*	134	97.1	4	2.9	138	100	1.000	-	0.728
Jawa	103	98.1	2	1.9	105	100	0.638	0.167-2.433	0.510
Sunda	45	95.7	2	4.3	47	100	0.412	0.078-2.170	0.295
Lain-lain	106	95.5	5	4.5	111	100	0.942	0.176-5.038	0.945
Pendidikan Ayah									
- ≤ SLTP	160	94.7	9	5.3	169	100	0.313	0.095-1.035	<u>0.083</u>
- ≥ SLTA	227	98.3	4	1.7	231	100			
Pendidikan Ibu									
- ≤ SLTP	211	94.6	12	5.4	223	100	0.100	0.013-0.776	<u>0.008</u>
- ≥ SLTA	176	99.4	1	0.6	177	100			
Pekerjaan Ayah									
PNS	67	100.0	0	0.0	67	100	-		<u>0.138</u>
Non PNS	320	96.1	13	3.9	333	100			

Variabel Independen	Rencana Usia Menikah				Total		OR	95% CI	p value
	Sesuai NKK		Tdk ssi NKK		n	%			
	n	%	n	%					
Pekerjaan Ibu									
Ibu rumah tangga	292	97.3	8	2.7	300	100	1.921	0.614-6.013	0.416
Bekerja di luar rumah	95	95.0	5	5.0	100	100			
Status Sosial Ekonomi									
- Menengah ke atas	173	97.7	4	2.3	177	100	1.819	0.551-6.007	0.402
- Menengah ke bawah	214	96.0	9	4.0	223	100			
Lingkungan tempat tinggal									
- Perkampungan	122	97.6	3	2.4	125	100	1.535	0.415-5.676	0.762
- Non Perkampungan	265	96.4	10	3.6	275	100			
Pengalaman NKK dalam keluarga									
- Positif/Mendukung NKK	277	69.3	10	2.5	287	71.8	0.775	0.204-2.797	1.000
- Negatif/Tidak mendukung N	110	27.5	3	0.8	113	47.2			
Pengetahuan Alokasi									
- Baik	224	97.0	7	3.0	231	100	1.178	0.389-3.570	0.997
- Kurang	163	96.4	6	3.6	169	100			
Pengetahuan NKK									
- Baik	256	97.7	6	2.3	262	100	2.280	0.751-6.922	<u>0.232</u>
- Kurang	131	94.9	7	5.1	138	100			
Nilai NKK Masyarakat									
- Positif/Mendukung NKK	231	96.7	8	3.3	239	100	0.925	0.291-2.881	1.000
- Negatif/Tidak mendukung N	156	96.9	5	3.1	161	100			

Dapat dilihat dari tabel di atas, bahwa hanya satu variabel yang secara statistik menunjukkan hubungan yang signifikan dengan Persepsi Remaja terhadap Rencana Usia Menikah sesuai dengan NKK, yaitu variabel Pendidikan Ibu ($p=0.008$). Keeratan hubungan antara kedua variabel dinilai dari $OR= 0.1$ ($95\%CI: 0.013-0.776$), artinya remaja dengan Tingkat Pendidikan Ibu SLTP ke bawah memiliki peluang untuk

Tabel 5.26.
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi terhadap Rencana Cara
Menjarangkan Kelahiran Anak pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok, 2008

Variabel Independen	Cara Menjarangkan Kelahiran				Total		OR	95% CI	<i>p value</i>
	Sesuai NKK		Tdk ssi NKK		n	%			
	n	%	n	%					
Jenis kelamin									
- Perempuan	59	29.5	141	70.5	200	100	0.831	0.544-1.267	0.451
- Laki-laki	67	33.5	133	66.5	200	100			
Jenis SLTA									
- SMA	68	34.2	131	65.8	199	100	1.280	0.838-1.954	0.300
- SMK	58	28.9	143	71.1	201	100			
Agama									
Islam	102	31.2	225	68.8	327	100	0.926	0.539-1.591	0.888
Kristen, dll	24	32.9	49	67.1	73	100			
Etnis/suku ayah									
Betawi*	40	29.2	97	70.8	137	100	1.000	-	0.908
Jawa	35	33.3	70	66.7	105	100	1.164	0.677-2.001	0.583
Sunda	15	31.9	32	68.1	47	100	0.960	0.544-1.694	0.888
Lain-lain	36	32.4	75	67.6	111	100	1.024	0.493-2.127	0.949
Pekerjaan Ibu									
Ibu rumah tangga	4	16.0	21	84.0	25	100	0.395	0.133-1.176	<u>0.118</u>
Bekerja di luar rumah	122	32.5	253	67.5	375	100			
Pekerjaan Ayah									
PNS	21	31.3	46	68.7	67	100	0.991	0.563-1.745	1.000
Non PNS	105	31.5	228	68.5	333	100			
Status Sosial Ekonomi									
- Menengah ke atas	54	30.5	123	69.5	177	100	0.921	0.602-1.409	0.786
- Menengah ke bawah	72	32.3	151	67.7	223	100			
Pendidikan Ibu									
- ≤ SLTP	66	29.6	157	70.4	223	100	0.820	0.537-1.252	0.417
- ≥ SLTA	60	33.9	117	66.1	177	100			
Pendidikan Ayah									
- ≤ SLTP	51	30.2	118	69.8	169	100	0.899	0.586-1.380	0.705
- ≥ SLTA	75	32.5	156	67.5	231	100			

Variabel Independen	Cara Menjarangkan Kelahiran				Total		OR	95% CI	p value
	Sesuai NKK		Tdk ssi NKK						
	n	%	n	%	n	%			
Lingkungan tempat tinggal									
- Perkampungan	47	37.6	78	62.4	125	100	1.495	0.957-2.336	<u>0.098</u>
- Non Perkampungan	79	28.7	196	71.3	275	100			
Pengalaman NKK di keluarga:									
- Positif/Mendukung NKK	90	31.4	197	68.6	287	100	0.977	0.612-1.560	1.000
- Negatif/Tidak mendukung NKK	36	31.9	77	68.1	113	100			
Pengetahuan Alokasi									
- Baik	96	41.6	135	58.4	231	100	3.295	(2.052-5.290)	<u>0.000</u>
- Kurang	30	17.8	139	82.2	169	100			
Pengetahuan NKK									
- Baik	93	35.5	169	64.5	262	100	1.751	1.099-2.790	<u>0.024</u>
- Kurang	33	23.9	105	76.1	138	100			
Nilai NKK Masyarakat									
- Positif/Mendukung NKK	87	36.4	152	63.6	239	100	1.790	1.146-2.798	<u>0.014</u>
- Negatif/Tidak mendukung NKK	39	24.2	122	75.8	161	100			

5.6.3. Variabel Kandidat Analisis Multivariat terhadap Persepsi Usia Menikah

Setelah melalui analisis bivariat, terdapat empat variable yang memenuhi syarat untuk masuk sebagai kandidat model multivariat, tertera dalam Tabel 5.27.berikut.

Tabel 5.27.

Variabel independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi Rencana Usia Menikah Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Variabel Independen	OR	CI(95%)	p-value
Pendidikan Ayah	0.313	0.095-1.035	<u>0.083</u>
Pendidikan Ibu	0.100	0.013-0.776	<u>0.008</u>
Pengetahuan NKK	2.280	0.751-6922	<u>0.232</u>
Jenis-kelamin	0.289	0.078-1.068	<u>0.087</u>

5.6.3.1. Pembuatan model faktor penentu Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah

Selanjutnya dilakukan uji statistik dengan regresi logistik ganda secara bertahap untuk melihat variabel yang dominan berhubungan dengan variabel dependen, yaitu Persepsi Remaja terhadap Rencana Usia menikah. Model pertama dapat dilihat pada Tabel berikut.

Tabel 5. 28.

Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Usia Menikah)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pendidikan Ibu	-2.234	1.140	3.839	1	0.050	0.107	0.011	1.001
Jenis-kelamin	-1.560	0.692	5.089	1	0.024	0.210	0.054	0.815
Pengetahuan NKK	1.061	0.601	3.117	1	0.077	2.889	0.890	9.381
Pendidikan Ayah	-0.091	0.683	0.018	1	0.894	0.913	0.239	3.485

Variabel Pendidikan Ayah memiliki *p-value* tertinggi (>0.05) sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari kandidat model multivariat. Hasil analisis seperti tergambar dalam tabel di bawah ini.

Tabel 5.29.

Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Usia Menikah)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pendidikan Ibu	-2.293	1.050	4.768	1	0.029	0.101	0.013	0.791
Jenis-kelamin	-1.562	0.691	5.105	1	0.024	0.210	0.054	0.813
Pengetahuan NKK	1.073	0.595	3.253	1	0.071	2.923	0.911	9.375

Sebelum analisis penentuan kandidat dilanjutkan dilihat apakah dengan mengeluarkan variabel Pekerjaan Ayah terjadi perubahan pada nilai OR (Tabel 5.30.),

dan ternyata tidak terjadi perubahan nilai OR di atas 10%, sehingga variabel Pendidikan Ayah dikeluarkan dari kandidat model.

Tabel 5.30.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pendidikan Ayah Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Pendidikan Ibu	0.107	0.101	0.006	5.7
Jenis-kelamin	0.210	0.210	0.000	0.2
Pengetahuan NKK	2.889	2.923	0.034	1.2

*) Pendidikan Ayah

Analisis tahap berikutnya dilakukan dengan mengeluarkan variabel Pengetahuan

NKK yang memiliki $p\text{-value} > 0.05$, hasilnya pada Tabel 5.31. di bawah ini:

Tabel 5.31.

Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Ketiga Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Usia Menikah)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	$p\text{-value}$	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pendidikan Ibu	-2.349	1.048	5.0	1	0.025	0.095	0.012	0.744
Jenis-kelamin	-1.301	0.671	3.8	1	0.053	0.272	0.073	1.014

Setelah variabel Pengetahuan NKK dikeluarkan dari model), terjadi perubahan nilai

OR > 10% (Tabel 5.32.), sehingga variabel Pengetahuan NKK masuk lagi sebagai

kandidat model.

Tabel 5.32.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pendidikan Ayah Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Pendidikan Ibu	0.107	0.095	0.012	10.9
Jenis-kelamin	0.210	0.272	0.062	29.7

*) Pengetahuan tentang NKK

Analisis dilanjutkan kembali dengan mengeluarkan variabel Pendidikan Ibu yang memiliki $p\text{-value} > 0/05$. Tabel 5.33. memperlihatkan model setelah variabel tersebut dikeluarkan.

Tabel 5.33.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Keempat Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Usia Menikah)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Jenis-kelamin	-1.518	0.684	4.9	1	0.027	0.219	0.057	0.838
Pengetahuan NKK	1.161	0.585	3.9	1	0.047	3.192	1.014	10.049

Setelah variabel Pendidikan Ibu dikeluarkan dari model, masih terjadi perubahan $OR > 10\%$ (Tabel 5.34) sehingga variabel Pendidikan Ibu masuk kembali di dalam model.

Tabel 5.34.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pendidikan Ibu Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Jenis-kelamin	0.210	0.219	0.009	4.4
Pengetahuan NKK	2.889	3.192	0.303	10.5

*) Pendidikan Ibu

Setelah variabel Pendidikan Ibu dimasukkan kembali ke dalam model, maka dihasilkan model akhir multivariat dari Persepsi Rencana Usia Menikah sebagaimana digambarkan di dalam tabel 5.35. berikut:

Tabel 5.35.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Akhir Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Usia Menikah)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Jenis-kelamin	-1.5624	0.691	5.105	1.000	0.024	0.210	0.054	0.813
Pengetahuan NKK	1.07253	0.595	3.253	1.000	0.071	2.923	0.911	9.375
Pendidikan Ibu	-2.2928	1.050	4.768	1.000	0.029	0.101	0.013	0.791

Berdasarkan model akhir analisis multivariat tersebut, diketahui bahwa faktor yang paling berhubungan dengan Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah pada Remaja kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008 adalah **Jenis-kelamin**, dengan OR 0.210 (95%CI: 0.054-0.813), artinya remaja dengan jenis-kelamin perempuan cenderung untuk memiliki persepsi Positif terhadap NKK 0.2 kali daripada remaja laki-laki, setelah dikontrol oleh Pengetahuan tentang NKK dan Pendidikan Ibu.

5.6.4. Variabel Kandidat Analisis Multivariat terhadap Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak

Analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak pada Remaja Kelas XI SLTA Kota Depok juga dilakukan sebagai eksplorasi Persepsi terhadap NKK, hasilnya terlihat pada tabel berikut.

Tabel 5.36

Variabel independen yang memenuhi syarat untuk masuk dalam analisis multivariat ($p < 0.25$) karena diduga berhubungan dengan Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran pada Remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008

Variabel Independen	OR	CI (95%)	<i>p-value</i>
Pekerjaan Ibu	0.395	0.133-1.176	<u>0.118</u>
Lingkungan tempat tinggal	1.495	0.957-2.336	<u>0.098</u>
Pengetahuan Alokon	3.295	2.052-5.290	<u>0.000</u>
Pengetahuan NKK	1.751	1.099-2.790	<u>0.024</u>
Nilai NKK Masyarakat	1.790	1.146-2.798	<u>0.014</u>

5.6.4.1. Pembuatan model faktor penentu Persepsi terhadap Cara Menjarangkan Kelahiran

Tahap pertama dilakukan analisis regresi logistik ganda untuk mendapatkan model awal, sebagaimana yang disajikan di dalam Tabel 5.36. berikut.

Tabel 5.37.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Pertama Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pengetahuan NKK	0.262	0.255	1.063	1	0.303	1.300	0.789	2.141
Pekerjaan Ibu	0.417	0.273	2.338	1	0.126	1.517	0.889	2.589
Lingkungan Tempat Tinggal	0.176	0.247	0.505	1	0.477	1.192	0.734	1.937
Pengetahuan Alokon	1.079	0.253	18.247	1	0.000	2.942	1.793	4.826
Nilai NKK di Masyarakat	0.365	0.240	2.304	1	0.129	1.440	0.899	2.306

Selanjutnya dilakukan uji statistik dengan regresi logistik ganda secara bertahap untuk melihat variabel yang dominan berhubungan dengan variabel dependen, yaitu Persepsi Remaja terhadap Rencana Cara menjarangkan Kelahiran Anak. Tahap pertama variabel Lingkungan Tempat Tinggal akan dikeluarkan dari kandidat model karena $p\text{-value} > 0.05$ dan diperoleh hasilnya, yaitu:

Tabel 5.38
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Kedua Antara Variabel Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pengetahuan NKK	0.281	0.253	1.233	1	0.267	1.324	0.807	2.174
Pekerjaan Ibu	0.381	0.267	2.031	1	0.154	1.463	0.867	2.470
Pengetahuan Alokon	1.103	0.250	19.412	1	0.000	3.012	1.844	4.919
Nilai NKK di Masyarakat	0.385	0.239	2.599	1	0.107	1.469	0.920	2.344

Setelah variabel lingkungan tempat tinggal dikeluarkan dari model, dilihat apakah terjadi perbedaan nilai OR, disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 5.39.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Lingkungan Tempat Tinggal
Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Pengetahuan NKK	1.300	1.324	0.024	1.9
Pekerjaan Ibu	1.517	1.463	0.054	3.6
Pengetahuan Alokon	2.942	3.012	0.070	2.4
Nilai NKK di Masyarakat	1.440	1.469	0.029	2.0

*)Lingkungan Tempat Tinggal

Dikarenakan setelah variabel Lingkungan Tempat Tinggal dikeluarkan dari model tidak terjadi perubahan nilai OR, maka variabel tersebut tidak lagi menjadi kandidat model multivariat dari Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran. Analisis dilanjutkan dengan mengeluarkan variabel Pengetahuan tentang NKK karena $p\text{-value} > 0.05$. Hasil analisis tahap ketiga ini tertera di dalam tabel berikut:

Tabel 5.40.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Ketiga Antara Variabel Independen
Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pekerjaan Ibu	0.365	0.266	1.880	1	0.170	1.441	0.855	2.429
Pengetahuan Alokon	1.159	0.245	22.312	1	0.000	3.188	1.971	5.158
Nilai NKK di Masyarakat	0.415	0.237	3.069	1	0.080	1.514	0.952	2.408

Dengan mengeluarkan variabel Pengetahuan tentang NKK pada tahap ketiga ini tidak mengakibatkan perubahan nilai OR, sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari model (Tabel 5.40.)

Tabel 5.41.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pengetahuan tentang NKK
Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Pekerjaan Ibu	1.517	1.441	0.076	5.0
Pengetahuan Alokon	2.942	3.188	0.246	8.4
Nilai NKK di Masyarakat	1.440	1.514	0.074	5.1

*)Pengetahuan tentang NKK

Pada analisa selanjutnya yang dikeluarkan adalah variabel Pekerjaan Ibu, hasilnya adalah sebagai berikut di dalam Tabel 5.42.

Tabel 5.42.
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Model Keempat Antara Variabel
Independen Dengan Variabel Dependen (Persepsi Rencana Cara Menjarangkan
Kelahiran)

Variabel	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95.0% C.I.	
							Lower	Upper
Pengetahuan Alokon	1.133	0.244	21.562	1	0.000	3.104	1.925	5.008
Nilai NKK di Masyarakat	0.431	0.236	3.336	1	0.068	1.539	0.969	2.443

Tabel 5.42. di bawah ini menjelaskan bahwa tidak ada perbedaan nilai OR setelah variabel Pekerjaan Ibu dikeluarkan dari model, sehingga variabel Pekerjaan Ibu tidak lagi kandidat model.

Tabel 5.43.
Perbedaan Nilai OR setelah Variabel Pengetahuan tentang NKK
Dikeluarkan dari Model

Variabel	OR		Perubahan OR	
	Dengan*)	Tanpa*)	absolut	%
Pengetahuan Alokon	2.942	3.104	0.163	5.5
Nilai NKK di Masyarakat	1.440	1.539	0.099	6.8

*)Pekerjaan Ibu

Karena sudah tidak ada lagi variabel yang bisa dikeluarkan, maka model di dalam tabel 5.41. di atas adalah model akhir analisis multivariat terhadap Persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran. Berdasarkan model tersebut, diketahui bahwa faktor yang berhubungan paling signifikan dengan Persepsi terhadap Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak pada Remaja kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008 adalah **Pengetahuan tentang Alokon** dengan nilai odds ratio (OR) sebesar 3.104 (95%CI: 1.925-5.008). Artinya, remaja yang memiliki Pengetahuan tentang Alokon yang baik punya kecenderungan untuk memiliki persepsi Positif terhadap Rencana Cara menjarangkan Kelahiran 3.1 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja yang Tingkat Pengetahuan tentang Alokonnya kurang.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

6.1.1. Jenis rancangan

Penelitian ini hanya diambil secara kroseksional, semua variabel diukur pada waktu yang sama, sehingga hasil yang didapatkan adalah gambaran sesaat, yaitu saat penelitian dilakukan, akhir bulan April sampai dengan pertengahan Juni 2008. Variabel independen tidak jelas apakah mendahului variabel dependen, sehingga tidak dapat menggambarkan sebab-akibat. Hubungan yang ada hanya menunjukkan adanya keterkaitan saja, bukan menyimpulkan hubungan sebab akibat.

6.1.2. Bias Informasi

Bias informasi adalah bias dalam cara mengamati, melaporkan, mengukur, mencatat, mengklasifikasi dan menginterpretasi sesuatu yang akan diukur, sehingga mengakibatkan kesalahan penaksiran. Bias informasi disebut juga bias pengukuran (*measurement bias*), (WHO, 1994).

Kualitas dan akurasi data sangat dipengaruhi oleh kejujuran responden dalam menjawab pertanyaan di daftar tilik. Untuk memperkuat akurasi data, sebelum responden mengisi kuesioner/daftar tilik, peneliti mengungkapkan maksud dan tujuan penelitian ini dilakukan dan meminta kejujuran yang tinggi demi menghasilkan data yang nantinya bisa dimanfaatkan dalam perencanaan program kesehatan remaja khususnya di Kota Depok. Peneliti memotivasi responden dengan memberikan gambaran akibat dari data yang salah dimana akan menghasilkan perencanaan program

yang tidak tepat, dan ini akan merugikan kaum remaja sebagai generasi penerus bangsa. Peneliti juga meyakinkan responden bahwa jawaban mereka akan terjaga kerahasiaannya dimana mereka tidak perlu menuliskan nama. Upaya lain adalah pada akhir daftar tilik peneliti meminta pernyataan mereka apakah dalam mengisi daftar tilik mereka lakukan dengan jujur atau tidak, responden yang mengisi 'tidak jujur' datanya tidak dipakai.

Keterbatasan lain dari penelitian ini adalah tidak mencakup gambaran persepsi seluruh remaja Kota Depok, tetapi hanya yang bersekolah di kelas XI SLTA di bawah Dinas Pendidikan Kota Depok, yaitu SMA dan SMK baik Negeri mau pun swasta, padahal masih remaja tidak hanya di dalam SLTA di bawah Dinas Pendidikan saja, tetapi ada yang di bawah Departemen Agama (Madrasah Aliyah), di bawah Departemen Pertanian (Sekolah Menengah Pertanian), dan begitu banyak remaja yang di luar sekolah.

6.2. Gambaran Persepsi Remaja terhadap Norma Keluarga Kecil

Persepsi NKK pada remaja penting diketahui karena salah satu faktor yang menentukan perilaku kesehatan nantinya, dan jika kita ketahui sejak dini, maka masih ada peluang memperbaiki persepsi mereka untuk menuju perilaku sehat.

Pada penelitian ini ditemukan 23% remaja kelas XI SLTA Kota Depok yang memiliki persepsi positif atau persepsi yang mendukung norma keluarga kecil. Dikatakan positif atau mendukung adalah, jika remaja setidaknya memiliki empat dari lima unsur persepsi sesuai dengan NKK, yaitu remaja menunda usia menikah sampai di

atas dua puluh tahun, merencanakan memiliki anak paling banyak dua, dengan jarak kelahiran di atas dua tahun dan tidak mempermasalahkan jenis kelamin anak yang lahir serta menggunakan alokon sebagai cara menjarangkan kelahiran anak (BKKBN, 2008).

Pembahasan akan dilakukan terlebih dahulu pada unsur-unsur yang dinilai untuk mendapatkan gambaran Persepsi terhadap NKK di dalam penelitian ini, yaitu dari rencana usia menikah, rencana jumlah, jarak dan jenis kelamin anak yang diinginkan serta rencana menjarangkan kelahiran anak kelak.

6.2.1. Gambaran Rencana Usia Menikah

Persepsi remaja kelas XI SLTA Kota Depok tahun 2008 tentang usia menikah hampir sebagian besar (96.8%) adalah di atas 20 tahun, sangat sesuai dengan standar kesehatan reproduksi, dimana pada usia tersebut remaja dianggap sudah siap bereproduksi, namun gambaran ini adalah baru di tingkat persepsi. Jika kita bandingkan dengan Hasil Survei baseline Reproduksi Remaja Sejahtera (RRS), 1998-1999, ditemukan bahwa umur kawin pertama remaja masih sangat rendah, yaitu 16.4 tahun, yang menarik adalah bahwa lebih dari setengah (52.1%) remaja yang telah menikah tersebut berpersepsi usia pernikahannya terlalu muda.

Tampak terdapat kontradiksi. Di satu sisi mereka memiliki kesadaran bahwa apa yang mereka lakukan adalah perkawinan yang terlalu muda, di sisi lain remaja tersebut melakukan perkawinan pada usia belia atas dasar kemauan sendiri. Ada dua kemungkinan penjelasan mengenai hal ini. *Pertama*, adalah bahwa kesadaran remaja itu baru muncul kemudian, setelah mengalami menjadi suami/istri dan orang tua dan

gencarnya kampanye program KB, terutama mengenai pendewasaan usia kawin, kemungkinan mempengaruhi pengetahuan mereka sehingga munculah kesadaran tersebut. *Kedua*, kesadaran itu sebenarnya memang sudah mereka miliki sebelum mereka kawin, hanya saja kondisi-kondisi lingkungan sosial ekonomi individu mau pun keluarga dan masyarakatnya yang mendorong si remaja mengambil kesimpulan (tanpa terpaksa) untuk lebih baik melakukan perkawinan. Jadi kesadaran tidak menjamin terwujudnya suatu tindakan atau perilaku yang sesuai dengan kesadaran tersebut, masih banyak faktor yang akan mempengaruhi seseorang dalam mengambil sikap dan mewujudkannya perilakunya (Asmanedi 1999).

Informasi dari data penelitian ini menunjukkan walau pun tidak begitu bermasalah dengan persepsi usia menikah, kenyataannya di luar sekolah hampir 25% remaja menikah di bawah umur (Data KUA Kota Depok, 2008), dan salah satu alasan dari menikah muda tersebut karena terlanjur hamil. Hal ini menginformasikan kepada kita bahwa pada umumnya remaja Kota Depok telah melakukan hubungan seksual atau seks pra nikah (SPN). Remaja yang mengatakan bahwa perilaku seks remaja Kota Depok yang memprihatinkan sebanyak 21%, dan 40% remaja memiliki teman akrab sudah menikah, dan mengetahui ada 25% temannya menggunakan alokon.

Jadi jika di Kota Depok 97.3% remaja kelas XI pada SLTAny sudah memiliki persepsi yang baik tentang usia menikah, bukan berarti ini hal yang aman, para pengelola program kesehatan remaja harus tetap mengawal persepsi ini dengan terus memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan memotivasi remaja dalam pendewasaan usia menikah.

Dari analisis multivariat diketahui bahwa faktor yang paling berhubungan dengan persepsi rencana usia menikah pada remaja adalah Jenis-kelamin, dimana remaja dengan jenis-kelamin perempuan memiliki kecenderungan 0.2 kali untuk mempunyai persepsi yang positif terhadap rencana usia menikah dibandingkan remaja dengan jenis-kelamin laki-laki setelah dikontrol oleh Pengetahuan tentang NKK dan Pendidikan Ibu. Informasi ini dapat dipergunakan untuk merancang program kesehatan remaja selanjutnya, memotivasi remaja perempuan tentang pentingnya menikah di usia dewasa.

6.2.2. Gambaran Rencana Jumlah Anak

Dalam hal jumlah anak yang mereka rencanakan kelak, masih terdapat satu dari tiga remaja yang ingin memiliki anak lebih dari dua, bahkan empat anak, ditambah dengan embel-embel "tergantung yang Tuhan berikan". Jika dilihat latar belakang responden, pada umumnya mereka berasal dari keluarga dengan jumlah anak lebih dari 3 orang bahkan ada yang jumlah saudaranya dua belas orang, sedangkan urutan kelahiran mereka berkisar dari anak pertama sampai dengan anak ke delapan.

Jika persepsi tersebut kelak terwujud di dalam perilaku mereka, maka di Kota Depok yang saat ini memiliki jumlah penduduk 1.141.435 orang (Dispenduk Kota Depok, 2007), jika diasumsikan seperempatnya remaja, maka sekitar lima tahun mendatang diperkirakan akan ada kelahiran paling tidak sejumlah 328,163 anak, hampir setengah juta anak, dan jika ini diandaikan terjadi di seluruh wilayah Indonesia, maka akan terjadi ledakan penduduk sebagaimana yang diperkirakan para ahli demografi. Hal

ini bukan tidak mungkin mengingat target penurunan TFR tahun 2002-2003 sebesar 2.6 tidak terlihat penurunannya di tahun 2007 (*preliminary SDKI 2007 report*), yang berarti rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh setiap perempuan Indonesia umur 15-45 tahun adalah 2.6 atau hampir 3 orang anak. Saat ini saja masih terdapat 4.5% perempuan yang telah memiliki anak 3 atau lebih tetapi masih merencanakan ingin memiliki anak lagi (*preliminary SDKI 2007 report*).

Namun secara keseluruhan, hasil ini hampir sama dengan hasil yang diperoleh Survei RRS, 1999, dimana jumlah anak yang diinginkan sebagian besar remaja adalah dua orang.

6.2.3. Gambaran Rencana Jarak Kelahiran Anak

Salah satu tujuan yang harus dicapai sehubungan dengan MDGs di tahun 2015 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Salah satu cara mencapai tujuan tersebut adalah melalui pengaturan jarak kelahiran. (USAID, 2001, WHO, 2006, USAID, 2008). Kemampuan pasangan usia subur dalam menentukan kapan mereka akan memiliki anak merupakan sesuatu yang sangat penting dalam mencapai kesehatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan dan merupakan Hak Reproduksi mereka.

Hampir satu dari tiga remaja merencanakan jarak kelahiran anak yang dekat yaitu kurang dua tahun ke bawah, hal ini menginformasikan tentang minimnya pengetahuan kesehatan reproduksi remaja khususnya pada jarak kelahiran yang dianjurkan. Saat ini pemerintah tengah mengupayakan peningkatan kecerdasan anak

melalui pemberian ASI Eksklusif 6 bulan dan menyusui anak selama 2 tahun. Jika persepsi jarak kelahiran dekat ini terwujud, maka secara perhitungan kasar telah dapat diperkirakan kegagalan program ASI Eksklusif dan menyusukan anak sampai dua tahun yang juga berarti akan berpengaruh terhadap penurunan kualitas kesehatan dan kecerdasan anak-anak Indonesia.

Ke depan para remaja perlu diberikan informasi tentang pentingnya pengaturan jarak kelahiran bagi peningkatan kesehatan ibu dan anak. Mereka perlu diinformasikan hasil-hasil penelitian terkait pentingnya pengaturan jarak di antara dua kelahiran, misalnya hasil penelitian USAID, 2001 berdasarkan data dari 17 negara berkembang, yaitu anak yang lahir dengan jarak 3-5 tahun dengan saudara kandungnya memiliki kekuatan dua setengah kali untuk bertahan hidup dibandingkan dengan anak yang lahir dengan jarak sebelum tiga tahun, serta cenderung tidak akan mengalami kurang gizi (USAID 2001).

6.2.4. Gambaran Jenis-kelamin anak yang direncanakan

Hanya sepertiga remaja yang menyebutkan tidak mempermasalahkan jenis kelamin anak. Responden pada umumnya memiliki latar belakang mempunyai saudara perempuan dan laki-laki, sehingga tampaknya berhubungan dengan keinginan mereka untuk memiliki anak laki-laki dan perempuan, Hasil penelitian ini memiliki kesamaan dengan hasil survai RRS, 1999, yaitu sebagian responden berpendapat bahwa sebaiknya jumlah anak laki-laki dan perempuan sama banyaknya (75.9%), artinya bila mereka

mengharapkan dua anak, maka apa yang mereka inginkan adalah, satu anak perempuan dan satu anak laki-laki.

Jika keinginan memiliki anak laki-laki dan perempuan begitu kuat, maka diperkirakan akan ada kecenderungan memiliki anak lebih dari dua. Jika mereka hanya menginginkan dua anak, maka akan ada kecenderungan untuk menggunakan teknologi USG untuk melihat jenis kelamin anak di dalam kandungan, jika diketahui tidak sesuai keinginan, dengan pengetahuan kesehatan reproduksi yang rendah maka akan mungkin remaja Kota Depok mengikuti *trend* aborsi bagi anak yang tidak diinginkan jenis kelaminnya. Hal tersebut sudah terjadi di negara-negara yang kebijakan Kbnnya membatasi jumlah anak, misalnya China yang memiliki kebijakan hanya boleh punya satu anak (Lavelly 2000), atau di negara lain yang memiliki *sex preference* pada anak laki-laki cenderung melakukan penelantaran sampai pembunuhan janin perempuan.

Untuk memperbaiki persepsi mereka yang belum mendukung NKK, para remaja perlu ditingkatkan pemahamannya tentang Hak Anak, salah satunya adalah hak atas kehidupan yang baik, sebagaimana tercantum di dalam UU Perlindungan Anak No.23 Tahun 2000. Hal tersebut berlaku bagi anak laki-laki mau pun anak perempuan. Pada suku-suku tertentu di Indonesia masih terdapat tuntutan harus memiliki keturunan anak laki-laki, misalnya pada suku Batak, Aceh, Timor, dll, membuat perempuan atau laki-laki tertekan karena kekhawatiran tidak dapat memenuhi tuntutan tersebut, (Banister, 1994). Dipandang perlu untuk menyebarluaskan materi kesehatan reproduksi terkait dengan faktor-faktor penentu jenis kelamin janin baik bagi kaum remaja laki-laki dan

perempuan mau pun kepada tokoh-tokoh adat. MDGs juga menempatkan keadilan dan kesetaraan gender sebagai sesuatu yang harus dicapai di tahun 2015.

6.2.5. Gambaran Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran

Salah satu faktor yang mempengaruhi rencana penggunaan alat/cara KB adalah mengetahui tentang sumber atau tempat pelayanan KB. Hanya sepertiga remaja kelas XI SLTA Kota Depok yang sudah memiliki bayangan bagaimana mereka kelak akan menjarangkan jarak kelahiran anak, yaitu dengan ber-KB, sedangkan selebihnya menjawab 'tidak tahu'. Persepsi remaja tidak mendukung NKK jatuh dikarenakan unsur ini, dimana di usia mereka belum berfikir sejauh itu, namun cukup menarik bahwa sepertiga remaja telah memiliki rencana untuk mengikuti program keluarga berencana dalam menjarangkan kelahiran walau pun kampanye KB saat ini sangat jarang terdengar.

Jika dilihat tentang pengetahuan mereka tentang kepesertaan orang tua dalam KB hanya 24% remaja yang menyatakan tahu bahwa orang tua mereka adalah akseptor KB, dan jika dikaitkan dengan pengetahuan tentang keluarga berencana yang rendah maka menjadi wajar jika membuat mereka belum terfikir tentang cara menjarangkan kelahiran anak mereka kelak.

Gambaran menurut hasil SKRRI di tahun 2002-2003 terdapat 85% remaja perempuan menyatakan ingin memakai alat/cara KB di masa yang akan datang, dan mereka dapat menyebutkan jenis alokon yang direncanakan, yaitu suntikan atau pil, sementara metoda yang paling populer ingin dipakai remaja laki-laki kelak adalah

kondom. Perlu direnungkan mengapa remaja lima tahun yang lalu sudah memiliki keinginan ber-KB sementara hasil penelitian ini hanya sekitar tiga puluh persen saja. Pertanyaan ini bisa terjawab dengan melakukan penelitian lebih lanjut dengan metoda berbeda, misalnya dengan pengambilan data melalui wawancara.

Hasil *preliminary report* SDKI 2007, kebutuhan/*demand* terhadap KB pada perempuan usia 15-19 tahun hanya 56.6% sedangkan yang memakai hanya 46.8% dari 814 responden padahal 97.2% dari mereka memiliki pengetahuan yang baik tentang alokon. Pengetahuan yang baik tidak menjamin perilaku positif.

6.3. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja kelas XI pada SLTA Kota Depok Tahun 2008.

Dari hasil analisis diperoleh bahwa ada enam variabel yang diduga mempunyai hubungan dengan Persepsi remaja terhadap NKK, yaitu Jenis sekolah, Status sosial ekonomi, Pekerjaan Ayah, Pengetahuan KB, Pengetahuan tentang NKK dan Nilai-nilai NKK dari Tokoh Panutan termasuk teman sebaya.

Jenis sekolah Sekolah Menengah Atas (SMA) cenderung berhubungan dengan terbentuknya persepsi positif terhadap NKK dibandingkan dengan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Kemungkinannya di SMA kurikulum pendidikannya memuat ilmu-ilmu kesehatan, seperti biologi, atau remaja yang masuk SMA memiliki minat yang lebih tinggi untuk mengakses informasi terkait kesehatan reproduksi. Dari jawaban yang diberikan responden, sumber informasi terkait kesehatan reproduksi di sekolah terbanyak diperoleh dari guru biologi, penjaskes atau olah raga, dan guru bimbingan

konseling, sedangkan siswa SMK mendapatkannya dari guru biologi pada saat mereka di SLTP atau dari penyuluhan kesehatan remaja kegiatan ekstra kurikuler sekolah.

Pekerjaan Ayah dikelompokkan ke dalam kelompok Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Non PNS, dengan pertimbangan di peraturan PNS jumlah anak yang ditanggung negara hanya dua orang, diasumsikan para PNS laki-laki membatasi jumlah anaknya sampai dua saja. Ternyata hanya 17 responden yang berpersepsi positif terhadap NKK yang ayahnya bekerja sebagai PNS, dan 116 responden yang berpersepsi positif terhadap NKK ayahnya bukan PNS, dan dari seluruh responden yang ayahnya PNS, hanya seperempatnya yang memiliki persepsi positif terhadap NKK, ini menggambarkan ada faktor lain yang berpengaruh terhadap persepsi positif remaja terhadap NKK.

Status sosial ekonomi responden tidak terlalu menyolok perbedaan angkanya antara yang menengah ke atas dan menengah ke bawah, dan variabel ini cenderung berhubungan dengan terbentuknya persepsi positif remaja terhadap NKK. Ditemukan hanya 50 orang yang memiliki persepsi positif dari 133 remaja yang memiliki persepsi positif dan 50 orang yang memiliki persepsi positif dari 177 responden dengan status sosial menengah ke atas.

Di Bantul, anak gadis biasanya dinikahkan dalam usia belia. Perkawinan antara si kaya dengan si miskin sangat jarang terjadi, biasanya gadis tersebut dinikahkan dengan pemuda yang berasal dari satu kampung, dengan status ekonomi yang tak jauh berbeda sehingga menimbulkan kemiskinan baru (<http://64.203.71.11/kompas-etak/0603/21/jogja/22294.htm>). Fenomena yang biasa terdengar adalah masyarakat di tingkat sosial ekonomi tinggi akan berpersepsi positif terhadap NKK karena

kemampuannya untuk mengakses pelayanan keluarga berencana, berbeda dengan apa yang ditemukan di dalam penelitian ini bahwa justru kemiskinan yang mendorong remaja memiliki persepsi positif terhadap NKK atau justru kekayaan yang membentuk persepsi remaja menjadi tidak peduli terhadap NKK.

6.3.1. Gambaran Pengalaman NKK dalam Keluarga

Pengalaman merupakan salah satu faktor dari persepsi terhadap sesuatu. Pengalaman responden tentang keluarga merupakan salah satu faktor dari persepsi remaja terhadap norma keluarga kecil. Persepsi seseorang dipengaruhi oleh *frame of reference* yaitu pengetahuan yang dimiliki yang diperoleh dari pendidikan, bacaan dan *field of experience* yaitu pengalaman yang telah dialaminya yang tidak lepas dari pengalaman keadaan lingkungan di sekitarnya. Persepsi sebagai proses psikologi berlangsung sebagai suatu keterpaduan antara faktor-faktor eksternal dan faktor internal /motivasi. Jenis informasi yang digali dalam variabel ini adalah urutan kelahiran responden dalam keluarga, jumlah saudara yang dimiliki, jarak kelahiran dengan saudara kandungnya, umur menikah pertama kali dari ayah dan ibunya, serta kepesertaan orang tua dalam KB. Sebagian besar responden tidak mengetahui umur menikah ayah/ibu mereka, hal ini menggambarkan materi umur menikah tidak dibicarakan di dalam keluarga, demikian pula dengan Kepesertaan orangtua dalam KB, tampaknya masih merupakan sesuatu hal yang tabu atau tidak pantas dibicarakan sehubungan dengan norma-norma masyarakat di Kota Depok.

6.3.2. Gambaran Pengetahuan tentang Alokon

Gambaran pengetahuan KB remaja pada penelitian ini hanya 57.8% yang masuk dalam kategori Baik, dan sedikit lebih tinggi pada responden perempuan. Kebanyakan remaja tidak begitu mengerti tentang jenis-jenis alokon, dan tidak terinformasi tentang fungsi ganda dari kondom. Hal lain yang perlu menjadi bahan intervensi adalah sepertiga lebih remaja mengatakan bahwa KB itu adalah urusan perempuan.

Hasil ini tidak terlalu berbeda dengan pengumpulan data yang dilakukan Alan Guttmacher, 2008, sebuah institut yang membuat laporan tentang kesehatan reproduksi remaja dari 53 negara, 47 negara berkembang dan 6 negara maju yang mewakili 75% populasi dunia, bahwa pengetahuan keluarga berencana di kalangan remaja umumnya rendah. Dilaporkan bahwa di sejumlah negara dimana aktivitas seksual di kalangan remaja yang belum menikah umumnya dianggap sebagai sesuatu yang salah, kemudahan pelayanan kontrasepsi bagi remaja terutama bagi perempuan muda dibatasi hukum. Sekali pun perempuan muda yang sudah mengenal metoda moderen dan bisa memperolehnya, tetapi mereka mungkin tidak tahu bagaimana cara menggunakannya dengan tepat. Sebagian karena sering kurangnya pengetahuan dan ketrampilan kalangan perempuan muda itu tentang cara menggunakan kontrasepsi, sehingga mereka lebih mungkin hamil dalam tahun pertama setelah menggunakan metoda itu dibandingkan dengan para perempuan yang lebih tua.

Tingkat Pengetahuan Remaja tentang alokon ini pada analisis multivariat persepsi Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran dinyatakan secara statistik sangat bermakna, dimana remaja yang mempunyai pengetahuan baik tentang alokon cenderung

akan memiliki persepsi yang mendukung terhadap cara menjarangkan anak tiga kali lebih besar dibandingkan dengan remaja yang pengetahuan tentang alokonnya kurang. Jadi, memberikan pengetahuan tentang alokon kepada remaja sekarang bukanlah sesuatu yang tidak berguna, tetapi dapat menguatkan persepsi mendukung terhadap rencana cara menjarangkan di antara dua kelahiran anak.

6.3.3. Gambaran Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil

Tidak sampai separuh remaja dalam penelitian ini memiliki pengetahuan tentang NKK yang baik, terutama remaja laki-lakinya. Nilai pengetahuan responden laki-laki lebih rendah dari pada anak perempuan pada hampir semua unsur pengetahuan NKK yang dinilai. Tentang usia ideal perempuan dan laki-laki menikah dan melahirkan anak pertama, semua responden mengetahuinya, demikian juga dengan konsekwensi dari banyak anak dan kerugian menikah di usia muda. Namun, pada hal jumlah anak ideal dan jenis kelamin anak, mereka sebagian besar memiliki pengetahuan yang tidak mendukung NKK. Hal ini sesuai dengan rencana jumlah anak dan jenis kelamin anak yang telah dibahas sebelumnya.

Undang-Undang Perkawinan No.1 Tahun 1974 sama sekali tidak populer di kalangan remaja, situasi ini sesuai dengan yang dikemukakan BKKBN tahun 2006, dalam penelitian ini hanya 7 responden yang menyatakan tahu tentang umur perkawinan di dalam UU tersebut. Sepertinya ada baiknya juga remaja tidak mengetahui UU tersebut, dikarenakan umur kawin dalam UU tersebut sepertinya menganjurkan menikah muda, yaitu 16 tahun bagi perempuan dan 19 tahun bagi laki-laki (UU Perkawinan pasal

7). UU tersebut oleh beberapa pakar gender dianggap begitu mendiskriminasikan perempuan, perempuan sudah diijinkan menikah pada saat alat reproduksinya belum siap dan di usia dimana pendidikannya masih rendah, yang otomatis kesempatannya untuk maju terhambat, kesempatan untuk keluar dari lingkaran kemiskinan menjadi bertambah kecil.

Pada pertanyaan tentang penentu jarak dan jumlah anak, jawaban terbanyak adalah 'saya dan pasangan saya' sebanyak 75.3% baik pada 82.5% responden perempuan dan 68% responden laki-laki; hanya 1% responden yang menyatakan bahwa penentu jumlah dan jarak anaknya kelak adalah dirinya sendiri, dan selebihnya mengatakan 'tergantung pasangan saya'. Gambaran ini menyiratkan bahwa mereka memiliki persepsi yang baik untuk menghargai pasangan hidupnya kelak, diharapkan ini menggambarkan munculnya nilai kesetaraan gender di kalangan remaja Depok, sehingga perempuan mulai mampu mengambil keputusan atas kesehatan reproduksinya sendiri. Hal ini merupakan sesuatu yang positif, karena upaya menuju keadilan dan kesetaraan gender merupakan salah satu target *Milenium Development Goals* yang harus dicapai di tahun 2015 nanti. Dengan kesetaraan antara laki-laki dan perempuan diharapkan pula mampu menunjang upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan yang menjadi salah satu unsur rendahnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia saat ini di tingkat dunia.

Selanjutnya perlu dipertimbangkan untuk menyusun bahan KIE Kesehatan Reproduksi tidak melulu didisain untuk anak perempuan, tetapi juga direncanakan materi kesehatan reproduksi bagi anak laki-laki yang pada penelitian ini tingkat

pengetahuan NKK-nya di bawah anak remaja perempuan. Stereotipe yang ada selama ini di masyarakat bahwa anak laki-laki itu adalah seorang yang kuat dan tidak perlu dijaga seperti anak perempuan, membuat mereka jarang terpikirkan oleh program, hal ini tentu melanggar Hak Reproduksi remaja laki-laki.

Seorang remaja laki-laki di Srilanka merasa sangat terdiskriminasi oleh kebijakan dan pelayanan kesehatan, ia mengatakan "*Girls have various services and clinics at least twice a month in the village clinic centre. They also have clinics and specialists in hospitals for them. We boys do not have a single service, place or a person to discuss our problems*". (Agampodi, 2008)

6.3.4. Gambaran Nilai-nilai Norma Keluarga Kecil di Masyarakat

Anak-anak kecil dan para remaja sering belajar tentang soal-soal seks dari teman sebayanya, saudara kandungnya, para orang tua dan media, tokoh panutan mereka seperti tokoh-tokoh agama dan tokoh masyarakat di sekitar mereka, namun informasi yang mereka peroleh melalui saluran ini terbatas dan mungkin banyak salahnya (Guttmatcher, 2008). Nilai-nilai NKK pada Tokoh Panutan termasuk teman sebaya mereka merupakan salah satu variabel yang diduga berhubungan dengan persepsi remaja terhadap NKK.

Ketika ditanyakan kepada mereka tentang nilai-nilai NKK pada tetangga dekat dan tokoh masyarakatnya, responden kurang mengetahui tentang jarak kelahiran, namun tentang jumlah anak, mereka tahu, di mana hanya 13% rata-rata jumlah anak tetangga dekatnya sesuai dengan NKK, yaitu tidak lebih dari dua, dan hanya 11.3% jumlah anak

dari tokoh masyarakat yang mereka ketahui jumlahnya tidak lebih dari dua. Secara keseluruhan, kurang dari separuh nilai NKK tokoh panutan remaja pada penelitian ini kurang mendukung.

Gambaran tersebut cukup memprihatinkan, karena pada hasil analisis multivariat praktek dari NKK di masyarakat ini dibuktikan ada hubungan yang signifikan dengan persepsi remaja akan rencana Cara Menjarangkan Kelahiran Anak kelak. Remaja yang tinggal di masyarakat yang mendukung NKK cenderung akan memiliki Persepsi Mendukung 1.7 kali daripada remaja yang tinggal di masyarakat yang Persepsi terhadap Cara Menjarangkan Kelahirannya Negatif atau tidak mendukung, sehingga dipandang perlu untuk memberdayakan masyarakat akan pentingnya pemahaman cara menjarangkan kelahiran anak melalui program kependudukan.

6.3.5. Gambaran Sumber-sumber informasi Kesehatan Reproduksi

Salah satu Hak Reproduksi Remaja adalah Remaja berhak atas informasi tentang kesehatan reproduksi remaja, baik bagi remaja laki-laki mau pun perempuan (Depkes, 2006). Sebagai sumber informasi tentang kesehatan reproduksi termasuk NKK, diketahui tertinggi dari media elektronik. Dengan informasi ini kiranya dapat dimanfaatkan oleh para pengelola program kesehatan reproduksi remaja untuk memanfaatkan media elektronik dalam meningkatkan pengetahuan remaja khususnya tentang NKK.

Orang tua merupakan angka tertinggi ke tiga sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi remaja, namun ketika ditanyakan apakah orang tua memberikan anjuran

tentang usia perkawinan, jumlah anak dan jarak kelahiran anak kelak, diperoleh gambaran bahwa hanya 31% yang orang tuanya pernah memberikan informasi atau anjuran kapan sebaiknya ia menikah, dan lebih banyak remaja perempuan yang diberi anjuran tersebut daripada remaja laki-laki. Anjuran usia kawin dari orang tua terbanyak di usia 21-25 tahun, untuk perempuan terbanyak di usia 21-23 tahun, dan ada orang tua yang menganjurkan anak laki-lakinya menikah di usia di atas 30 tahun.

Diketahui pula bahwa hanya 17.8% remaja yang menyatakan bahwa orang tua mereka pernah memberikan anjuran akan jumlah anak mereka kelak, sebagian besar lainnya tidak pernah. Rata-rata jumlah anak anjuran orang tua adalah 2 orang, yaitu sebesar 78.9%, dan ada 21.1% orang tua yang menganjurkan jumlah anak di atas dua orang.

Kebanyakan yang dirasakan remaja adalah sulitnya berdiskusi dengan orang tua mereka tentang kesehatan reproduksi, kemungkinan dikarenakan informasi kespro para orang tua tidak memadai. Upaya pendidikan kesehatan reproduksi remaja bagi orang tua merupakan salah satu yang harus dipikirkan. Puskesmas bisa memulainya melalui pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, yaitu memberikan informasi tentang penyediaan layanan puskesmas peduli remaja kepada orang tua/pasien yang memiliki anak remaja yang datang di puskesmas; dan membuat kesan puskesmas 'welcome' terhadap remaja.

Petunjuk formal yang disesuaikan dengan umur dan latar belakang remaja yang bersangkutan merupakan sumber informasi akurat yang penting mengenai hubungan seks, kehamilan, melahirkan anak, kontrasepsi dan pencegahan infeksi menular seksual.

Penyeragaman kurikulum di negara-negara maju di mana masa sekolah cukup lama, namun kurang digunakan di negara-negara berkembang, dan pada umumnya tidak dilaksanakan secara nasional, lagi pula oleh karena pada umumnya singkatnya masa sekolah di banyak negara, dan tingginya angka putus sekolah di antara para remaja yang kurang mampu ekonominya, maka program pendidikan masyarakat merupakan tambahan yang diperlukan.

6.4. Faktor yang Berhubungan Paling Signifikan dengan Persepsi terhadap NKK pada Remaja kelas XI pada SLTA Kota Depok tahun 2008

Dari persamaan regresi logistik diperoleh bahwa dari lima variabel independen yang diduga berhubungan dengan Persepsi NKK, hanya terdapat dua variabel yang berhubungan secara signifikan dengan Persepsi NKK positif, yaitu Pengetahuan Remaja tentang NKK dan Status sosial ekonomi. Dari kedua faktor tersebut ternyata faktor Pengetahuan tentang NKK dalam penelitian ini mempunyai hubungan yang paling kuat dengan Persepsi Remaja terhadap NKK. Hal ini terbukti dari analisis regresi multivariat yang menunjukkan nilai $OR = 6.351$ (95%CI: 3.031-13.308), yang berarti kemungkinan remaja yang berpengetahuan baik tentang NKK memiliki Persepsi Positif terhadap NKK sebesar 6.3 kali dibanding dengan remaja yang berpengetahuan kurang tentang NKK setelah dikontrol variabel status sosial ekonomi, lingkungan tempat tinggal dan pengetahuan tentang alokon.

Untuk itu perlu ada upaya-upaya preventif agar persepsi remaja yang mendukung terhadap NKK tetap kuat sampai terwujud menjadi perilaku sehat nantinya, yaitu dengan

meningkatkan peran guru-guru SLTA sebagai sumber informasi kesehatan reproduksi, terutama bagi Guru Bimbingan Konseling, diharapkan memiliki empati pada permasalahan remaja dan mampu melebur dengan remaja tanpa harus kehilangan kewibawaannya sebagai seorang guru. Pengetahuan tentang NKK juga bisa ditingkatkan melalui tenaga kesehatan melalui *peer counselor* atau konselor sebaya di sekolah-sekolah. Pada umumnya pihak sekolah mempunyai kebutuhan akan kunjungan tenaga kesehatan yang memiliki empati kepada remaja dan permasalahannya, demikian juga dengan para siswa SLTA, di beberapa sekolah mereka menahan peneliti setelah pengisian daftar tilik, untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan mereka seputar pubertas, seksualitas dan masalah kesehatan reproduksi remaja lainnya.

Faktor sosial ekonomi menengah ke bawah dinyatakan sebagai hal yang mendukung terbentuknya persepsi positif terhadap NKK setelah dikontrol oleh faktor pengetahuan remaja terhadap NKK dengan OR 0.485(95% CI: 0.274-0.858), artinya remaja dari golongan ekonomi menengah ke bawah memiliki kecenderungan berpersepsi positif terhadap NKK sebesar 2 kali dibandingkan remaja dari kalangan ekonomi menengah ke atas setelah dikontrol pengetahuan tentang NKK, lingkungan tempat tinggal dan pengetahuan tentang alokon.

Masyarakat di kalangan golongan ekonomi menengah ke bawah biasanya cenderung tidak terlepas dari kemiskinan, kebodohan dan ketidaktahuan sehingga mempunyai kecenderungan untuk menikah pada usia muda dan tidak berpartisipasi dalam keluarga berencana (Roeshadi 1994). Keadaan sosial ekonomi yang rendah juga akan mengakibatkan status gizi dan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan yang

jelek. Kemungkinan dikarenakan proses pembelajaran dari apa yang dialaminya sehingga kemiskinan justru membentuk persepsi NKK positif pada remaja. Sebaliknya, bagi remaja dari kalangan golongan ekonomi menengah ke atas, diperlukan intervensi yang sedikit berbeda dalam meningkatkan pengetahuan mereka tentang NKK, terutama tentang pemahaman tujuan NKK jangka panjang terkait dengan kependudukan. Perlu diperhitungkan pula apakah ini dampak dari hak reproduksi sebagaimana yang diamanatkan ICPD tahun 1994, dimana setiap individu berhak menentukan hal-hal terkait reproduksinya termasuk jumlah anak, sehingga kaum kaya merasakan mempunyai banyak anak bukan merupakan masalah, atau hal tersebut disebabkan oleh promosi NKKBS yang sudah tidak gencar seperti dulu lagi sehingga remaja tidak tersentuh promosi KB.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Terlepas dari berbagai kekurangan yang sudah diketahui, penelitian ini menyimpulkan bahwa secara umum persepsi terhadap NKK pada remaja pertengahan di Kota Depok belum positif. Hal ini terlihat dari beberapa hal sebagai berikut:

1. 23% Remaja kelas XI SLTA Kota Depok tahun 2008 yang memiliki Persepsi Positif atau Mendukung Norma Keluarga Kecil dan tidak berbeda antara remaja laki-laki dengan remaja perempuan.
 - a. Faktor yang tidak dipersepsikan dengan baik adalah pada unsur Rencana Jarak Kelahiran, Rencana Jenis Kelamin Anak serta Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran.
 - b. Faktor yang berhubungan positif dengan Persepsi Positif/mendukung NKK remaja adalah Pengetahuan yang baik tentang NKK dan Status sosial ekonomi.
 - c. Faktor yang paling berhubungan dengan Persepsi NKK remaja adalah Pengetahuan tentang NKK.

2. Dari penelitian ini juga ditemukan bahwa hanya faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan Persepsi terhadap NKK, faktor lainnya seperti Pengalaman NKK dalam keluarga, Pengetahuan tentang Alokasi, Pengetahuan tentang Norma Keluarga Kecil, Nilai-nilai NKK di Masyarakat tidak

berhubungan secara bermakna. Ini menunjukkan bahwa NKK belum membudaya di Kota Depok.

3. Dari penelitian ini juga diketahui:
 - a. Faktor yang paling berhubungan bermakna secara statistik dengan Persepsi terhadap Rencana Usia Menikah adalah Jenis-kelamin.
 - b. Faktor yang paling berhubungan dengan Persepsi terhadap Rencana Cara Menjarangkan Kelahiran adalah Pengetahuan tentang alokon.
4. Penelitian ini juga menemukan bahwa sumber informasi kesehatan reproduksi yang paling banyak diakses remaja kelas XI SLTA Kota Depok Tahun 2008 adalah dari media elektronik, sementara peran sekolah/guru, Puskesmas PKPR, *peer counselor* dan PIK-KRR terlihat belum maksimal dalam pemberian informasi NKK.
5. Juga diketahui adanya kebutuhan remaja terhadap Puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, khususnya terkait dengan norma keluarga kecil.

7.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka dapat dikemukakan beberapa saran sebagai berikut:

- 7.2.1. Diperlukan advokasi kepada Pemda Kota Depok mengenai Peraturan Daerah tentang Program Kesehatan Remaja serta Fasilitas/Anggaran
- 7.2.2. Orientasi Program Kesehatan difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif. KIE remaja harus ekstensif melalui berbagai jalur dan peluang, melalui:

7.2.2.1. Pemerintah Daerah dan Instansi terkait Program Kesehatan Reproduksi Remaja dan Kependudukan: mendukung Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) agar ada di sekolah-sekolah, karang taruna dan tempat-tempat anak remaja lainnya, membantu Pemda melakukan upaya mempertahankan persepsi terhadap NKK yang pada umumnya sudah baik, yaitu Rencana Usia Menikah dan Rencana Jumlah Anak; dan melakukan upaya untuk merubah persepsi remaja terhadap NKK yang belum mendukung, yaitu pada Jarak di antara dua Kelahiran anak, Nilai jenis kelamin anak dan Pengetahuan tentang Cara Menjarangkan Kelahiran melalui peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang Norma Keluarga Kecil.

7.2.2.2. Lembaga urusan perkawinan (KUA, Catatan Sipil): bagi pengantin yang terlanjur menikah di usia muda agar diberi motivasi untuk menunda kehamilannya

7.2.2.3. Dinas Pendidikan Kota Depok:

1. Jangka pendek: Meningkatkan kapasitas Guru sebagai sumber informasi remaja akan kesehatan reproduksi remaja, misalnya dengan membuat paket pelatihan kesehatan reproduksi remaja terkait NKK bagi guru-guru SLTA, khususnya Guru Bimbingan Konseling, Guru Olah Raga, Guru Biologi.
2. Jangka panjang: memasukkan materi kesehatan reproduksi yang dibutuhkan remaja ke dalam kurikulum pendidikan sekolah
3. Menjadi *leading sector* terkait Remaja seperti Dinas Kependudukan, Dinas Kesehatan, Dinas PMKS, Dinas Pendidikan Kota Depok dan lain-

lain untuk melakukan perencanaan program kesehatan reproduksi remaja terpadu berdasarkan kebutuhan remaja saat ini dengan mendengarkan aspirasi mereka

4. Mengupayakan perubahan penampilan guru yang kaku terhadap remaja. Remaja sangat haus berdiskusi tentang kesehatan seksualitas mereka, yang mereka nyatakan tidak terpenuhi dari para guru yang pada umumnya berpenampilan otoriter.

7.2.2.4. Dinas PMKS dan Dinas Kependudukan Kota Depok:

1. Membuat materi penyuluhan NKK bagi remaja dengan golongan ekonomi menengah ke atas dan golongan ekonomi menengah ke bawah.
2. Mensosialisasikan keberadaan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) ke sekolah-sekolah di Kota Depok
3. Menghidupkan kembali program Bina Keluarga Remaja
4. Bekerja sama dengan lintas sektor terkait termasuk LSM dalam menyusun program Kespro Remaja berdasarkan aspirasi remaja Kota Depok, baik remaja laki-laki mau pun perempuan.

7.2.2.5. Dinas Kesehatan Kota Depok:

1. Memperluas informasi dan fasilitas layanan Puskesmas yang sudah menerapkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu
2. Memperluas jumlah sekolah yang memiliki konselor sebaya
3. Memprogramkan secara rutin tentang penyuluhan kesehatan reproduksi remaja, khususnya tentang pentingnya norma keluarga kecil

5. Bekerja sama dengan lintas sektor terkait menyusun program Kespro Remaja berdasarkan aspirasi remaja Kota Depok, baik remaja laki-laki mau pun perempuan.

7.2.2.6. LSM Remaja Kota Depok

1. Mensosialisasikan keberadaan LSM dan pelayanan kesehatan remaja spesifik yang menjadi fokus masing-masing LSM ke SLTA Kota Depok.
2. Bekerja sama dengan lintas sektor terkait menyusun program Kespro Remaja berdasarkan aspirasi remaja Kota Depok, baik remaja laki-laki mau pun perempuan.

- #### **7.2.3. Pemberdayaan Masyarakat, perlu pengarahannya pada pesan-pesan lewat media massa atau cara lain agar masyarakat mengetahui, menghayati dan mengamalkan NKK.**

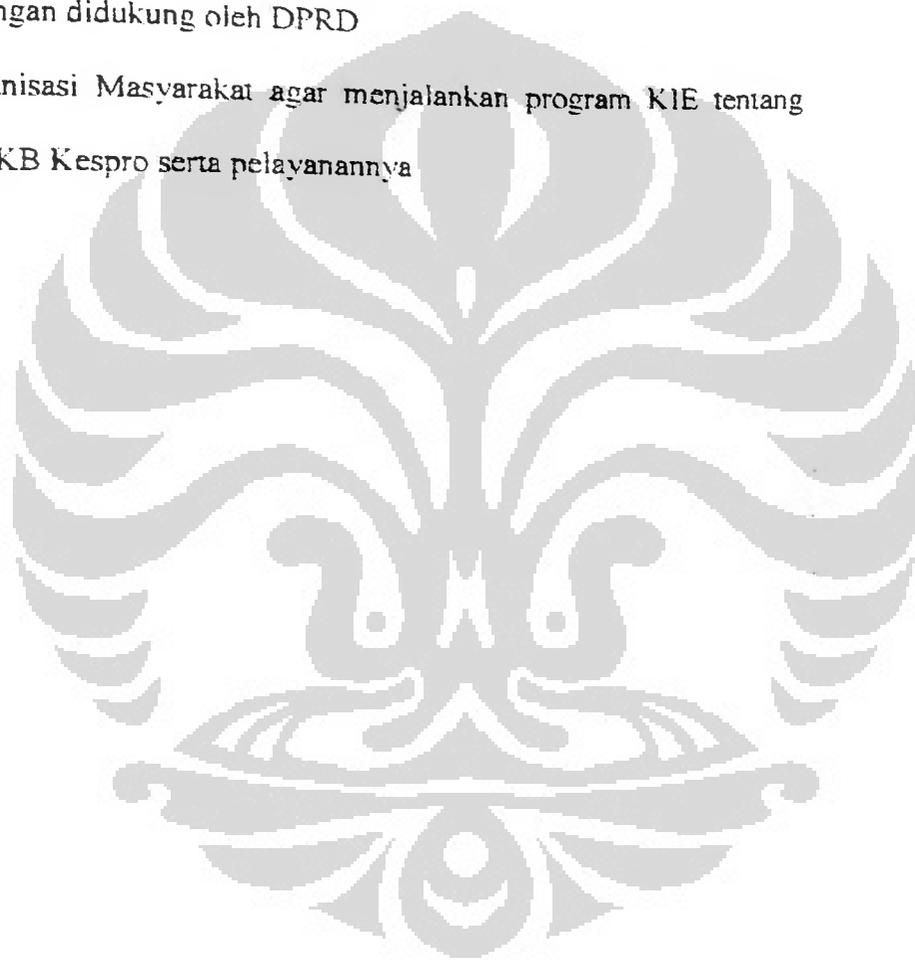
7.2.4. Bagi Penelitian yang akan datang:

1. Melakukan penelitian lebih lanjut mengenai persepsi remaja Kota Depok yang melibatkan remaja SLTA di bawah Dinas lainnya
2. Melakukan penelitian lebih lanjut mengenai persepsi remaja Kota Depok yang melibatkan remaja di luar sekolah
3. Melakukan penelitian lebih lanjut dengan metoda pengumpulan data yang berbeda, seperti wawancara atau dengan metode kualitatif.

7.2.5. Lain-lain:

1. Menggunakan sarana media elektronik, seperti TV dan Radio dalam promosi kesehatan reproduksi remaja

2. Sosialisasi bagi para orang tua untuk meningkatkan kapasitasnya sebagai sumber kesehatan reproduksi bagi anak-anak remajanya
3. Sosialisasi bagi tokoh-tokoh masyarakat dan tokoh agama tentang pentingnya pemahaman NKK dalam memberantas kemiskinan.
4. Diperlukan kerjasama sinergis antara sektor dipimpin oleh Kepala Daerah dengan didukung oleh DPRD
5. LSM/Organisasi Masyarakat agar menjalankan program KIE tentang NKK dan KB Kespro serta pelayanannya



DAFTAR PUSTAKA

- Hamad, Sulistinah I. 1999, *Reproduksi Remaja Sejahtera: Ulasan Hasil Penelitian*, Warta Demografi, Th-29, No.4, hal:4-6.
- Samchak, Susan., Bond, Katherine., MacLaren, Laurel., Magnani, Robert., Nelson, Kristin., Seltzer, Judith. 2000, *A Guide To Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs*. Tool Series 5, Washington, June 2000
- Soetomo, Sri Moertiningsih. 1998, "The Demographic Dimension of Family Change in Indonesia", dalam *The Family in The Context of Social & Economic Development in Asia*, Tokyo: Social Work Research Institute Japan College of Social Work
- _____. 2008, "Reproductive Health Costing"
- Agampodi, Suneth B., Agampodi, Thilini C., and Piyaseeli UKD. 2008, "Adolescents perception of reproductive health care services in Sri Lanka", *BMC Health Services Research*, 8:98:1-8
- De Lisi, V. McGillicuddy-De Lisi., Richard De Lisi., 2007, "Perceptions of Family Relations When Mothers and Fathers Are Depicted With Different Parenting Styles", *The Journal of Genetic Psychology*, 168(4), 425-442, Retrieved March 10, 2008, from Academic Research Library database. (Document ID: 1410645461).
- Manedi.1999, *Persepsi Remaja mengenai Perkawinan: Menuju Reproduksi Sehat*, Warta Demografi, Th-29, No.4, 1999, hal.: 7-13.
- Agudelo, Agustin Conde., Bermudez, Anyeli Rosas., Goeta, Ana Cecilia Kafury, "Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes, A Meta-analysis", *JAMA*. 2006;295:1809-1823
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Hilgard, E.R. 1991, *Pengantar Psikologi*. (8th ed.). Jakarta: Erlangga
- Badan Pusat Statistik dan Bapenda Kota Depok. 2007, *Kota Depok Dalam Angka*
- _____. 2006, *Indikator Kesejahteraan Masyarakat (Inkesra) Kota Depok*
- _____. 2004, *Laporan Pembangunan Manusia Kota Depok*
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan ORC Macro. 2003, *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003*, Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.
- _____. 2004, *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003*. Calverton, Maryland, USA: BPS dan ORC Macro.

- Bank Dunia. 2008, *Laporan Pembangunan Dunia 2007: Pembangunan dan Generasi Mendatang*, Washington, DC.
- Bastaman, B. 1999, *Aplikasi Metode Kasus Kontrol*. Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Baltus, R.K. 1983, *Personal Psychology for Life and Work*. New York : Mc Graw Hill.
- Banister, Judith. 1994, "Son Preference in Asia" in Report of a Symposium: *International Symposium on Issues Related to Sex Preference for Children in the Rapidly Changing Demographic Dynamics in Asia*, Seoul, Korea.
- Bedard, Kelly., Deschênes, Oliver. 2005, "Sex Preferences, Marital Dissolution, and the Economic Status of Women", *Journal of Human Resources*, XL.2: 411-434
- Becker, MH dan Maiman, LA. 1975, "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations", *Medical Care*, 1975, 13(1),12.
- BKKBN. 2006, *Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan*. Buku Sumber untuk Advokasi
- _____. 2008, "Evaluasi Pelaksanaan Program KB Nasional Tahun 2007" Makalah disajikan dalam *Pertemuan Pasca Rapat Kerja KB Nasional*, 20 Februari 2008, Jakarta
- Bradbury, Bruce. 2005, *Time and the Cost of Children*. Social Policy Research Centre, Australia
- Brener, Nancy D., John, O.G.Billy, William R, Grady. 2003, "Assessment of Factors Affecting the Validity of Self Reported Health Risk Behavior Among Adolescent: Evidence from the scientific Literature", *Journal of Adolescent Health*, vol.33, p.436-457
- Brener, Nancy D., Laura Kann, Tim McManus, M.S., Steven A.Kinchen, B.S., Elizabeth C.Sunberg, M.A., and James G.Ross, M.S. 2002, "Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey", *Journal of Adolescent Health*, vol.31, p.336-342.
- Brooks, William D. 1971, *Speech Communication*. Dubuque, Iowa: Wm.C.Brown, hlm.102
- Brown, Judith E. 2005, *Nutrition Through the Life Cycle*, Thomson Learning, Inc., United States of America
- Chaplin, J.P. 1999, *Kamus Lengkap Psikologi*. (Edisi 5). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

- Clark, Shelley. 2006, *Son Preference And Sex Composition Of Children: Evidence From India*. Princeton University MacArthur Foundation Research
- Condon, John C dan Yousef, Fathi. 1985, *An Introduction to Intercultural Communication*, New York: Macmillan, hlm.127.
- De Lisi, McGillicuddy, A. V., & Sigel, I. E. 1995, "Parental beliefs", In M. Bornstein (Ed.), *The handbook of parenting: Vol. 3. Status and social conditions of parenting* (pp. 333-358), Mahwah, NJ: Erlbaum
- Departemen Kesehatan RI. 2000. *Pengarusutamaan Gender dalam Bidang Kesehatan*. Jakarta
- _____, 2006. *Apa yang perlu diketahui tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta
- _____, 2007. *Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta
- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI. Direktorat Kesehatan Jiwa. 2001, *Pedoman Kesehatan Jiwa Remaja*. Jakarta
- Depdiknas. 2005, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Edisi ketiga, Balai Pustaka, Jakarta
- Estrada, Daniela. 2008, "HEALTH: TEEN PREGNANCIES RISE IN CHILE DESPITE GLOBAL TREND", *Global Information Network*, 1. Retrieved March 10, 2008, from Academic Research Library database (Document ID: 1223711881)
- Freedman, Ronald. 1975, *The Sociology of Human Fertility*, p:15. Irvington Publishers, Inc.
- Fawcet, James T. 1984, *Psikologi dan Kependudukan: masalah-masalah penelitian tingkah laku dalam fertilitas dan keluarga berencana*. CV Rajawali: Jakarta
- Goodnow, J. J., & Warton, P. 1991, "The social bases of social cognition: Interactions about work and their implications", *Merrill-Palmer Quarterly*, 37, 27-58
- Grant, V.J. 2006, *Sex predetermination and the ethics of sex selection*. Department of Psychological Medicine, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Auckland, New Zealand
- Green, W. Lawrence dan Kreuter. W. Marshall. 2005, *Health Program Planning: an Educational and Ecological Approach*, Fourth Edition, McGraw-Hill, New York
- Gubhaju, Bhakta B. 2002, "Adolescent Reproductive Health in Asia", *Asia-Pacific Population Journal*, Vol.17, No.4
- Guttmacher Institute. 2008, *Memasuki Sebuah Dunia Baru Kehidupan Seksual dan Reproduksi Perempuan Muda*, dari <http://guttmacher.org> [18 Juni 2008]
- Hastono. 2007, *Analisis Data Kesehatan*, FKM-UI, Depok

- Hatmadji, SH., Rochani, Sutji. 1995, *Studi Aktivitas Seksual di Indonesia*. The Ford Foundation, RAND Corporation, The World Health Organization dan Yayasan Kusuma Buana.
- Haumadji, Sri Harijati. 2003, "Kebijakan Kependudukan di Indonesia: Analisis Data Sensus dan Survei" *Warta Demografi* Tahun 33, No.3, hal:
- Herrman, Judith W. 2008, "Adolescent Perceptions of Teen Births", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 37(1), 42. Retrieved March 10, 2008, from Academic Research Library database. (Document ID: 1428927421)
- Hidayat, Zainul. 1999, "Sikap dan Perilaku Seksualitas Remaja di Indonesia" *Warta Demografi*, Th-29, No.3, hal:38-42
- Hilbrecht, Margo, Jiri Zuzanek, Roger C Mannell. 2008, "Time Use, Time Pressure and Gendered Behavior in Early and Late Adolescence", *Sex Roles*, 58(5-6), 342-357. Retrieved March 10, 2008, from Academic Research Library database. (Document ID: 1427384501)
- Isaacs, Stephen L., Gail S. Cairns, Nancy I. Heckel. 1985, *Population Policy. A Manual for Policymakers and Planners*. Second Edition. The development Law and Policy Program, Center for Population and Family Health, Columbia University.
- Kagama (Keluarga Alumni Universitas Gajah Mada). 2008, *Program Keluarga Berencana Masa Depan*, dari <http://bkkbn.go.id> [3 Juni 2008]
- Lavelly, William., Li, Jianke., Li, Jianghong. 2000, *Sex Preference for Children in a Meifu Li Community in Hainan, China*. Henry Luce Foundation
- Lee, Sung Yong. 1995, *Sex Preference Versus Number Preference: The Case of Korea*. Center for Demography and Ecology University of Wisconsin-Madison, Seoul, Korea
- Lembaga Demografi. 1999, *Laporan Penelitian Baseline Survei Reproduksi Remaja Sejahtera 1998/1999*. Jakarta
- Leone, Tiziana., Matthews, Zoë., Zuanna, Gianpiero Dalla. 2003, "Impact and Determinants of Sex Preference in Nepal" *International Family Planning Perspectives* 29 (2): 69-75. Dari <http://guttmacher.org> [18 Juni 2008]
- Majzub, Rohaty Mohd. dan Noor, Abdullah Mohd. 2001, "Persepsi Remaja Terhadap Masa Hadapan", *Jurnal Pendidikan* 26 (2001) 37 - 52
- Muhidin, Saiahudin. 2002. *The Population of Indonesia*. Amsterdam: Rozenberg
- Mulyana, Dedy. 2005. *Ilmu Komunikasi*. Suatu Pengantar. Hlm.167-230. PT Remaja Rosdakarya. Bandung

- ational Academy of Sciences. 1971, *Rapid Population Growth: Consequences and Population Implication*. Baltimore: John Hopkins Press.
- arthouse, Peter Guy. 1985, *Health Communication. A Handbook for Health Professionals*, Prentice Hall.Inc. , New Jersey
- ioatmojo, S. 1993, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta
- _____. 1997, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*., Rineka Cipta, Jakarta.
- _____. 2000, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- ISI Strategy.2008, "Birth Spacing", [http://www.rhcatalyst.org/site/PageServer?Birth Spacing](http://www.rhcatalyst.org/site/PageServer?Birth_Spacing), [26 Juni 2008]
- galia, Diane E., Olds, Rally Wendkos., Fieldman, Ruth Duskin. 2002, *A Child's World Infancy Through Adolescents*. Ninth Edition. The Mc.Graw-Hill Companies, Inc. New York, NY 10020
- IB. 1971, *Ad Hoc Consultative Group of Experts on Population Policy*. New York
- arson, Judy Cornelia dan Nelson, Oaul E. 1979, *Understanding and Sharing: An Introduction to Speech Communication*, Dubuque, Iowa: Wm.C.Brown
- nder, NJ., Murdaugh, C.L. & Parson, M.A. 2002, *Health Promotion in Nursing Practice (4th ed.)*, Prentice-Hall International (UK) Limited, London
- KBI, 2000, *Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*, Jakarta
- akhmat, Jalaludin. 1992, *Psikologi Komunikasi*, Remaja Rosda Karya, Bandung
- ssenstock.I.M. 1990, *The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers, san Fransisco.
- eshadi, Haryono R. 1994, *Gangguan dan Penyulit Pada Masa Kehamilan*. FK-USU. Dari <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0603/21/jogja/22294.htm> [19 Juni 2008]
- ekretariat Negara. 2000, *Garis-garis Besar Haluan Negara 1999-2004*. Jakarta
- eltzer, V. & R. Waterman. 1996, "A cross national study of adolescent concordance on issues of the future", *Journal of Adolescent Research* 88(4): 461-482
- en, Gita., Germain, Adrienne, dan Chen, Lincoln C. 1994, *Population Policies Reconsidered Health, Empowerment, and Rights*. Boston: Harvard University Press.
- reno, Kenneth K., dan Bodaken, Edward M. 1975, *Trans-Per Understanding Human Communication*. Boston: Houghton Mifflin

- Agel, David M., Marilyn J. Aten, RN., Klaus J. Roghmann. 1998, "Self Reported Honesty Among Middle and High School Students Responding to a Sexual Behavior Questionnaire", *Journal of Adolescent Health*, vol.(23):20-28
- Setiana, J. 1995, "Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence", *Child Development*, (66): 299-316
- Setjajingsih. 2004, *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*, CV Saung Seto, Jakarta
- United Nations. 2005, *World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database*. Dari <http://esa.un.org>, [11 September 2006]
- _____. 1994, *Population and Development. Programme of Action adopted at International Conference on Population and Development*, Cairo, 5-13 September 1994, New York: United Nations
- UNFPA. 1994, *Ringkasan Program Aksi Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan*. Jakarta
- _____. 2003. *State of World Population 2003*. Dari : <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/ch1>. [12 September 2006]
- USAID. 2001, *Healthier Mothers and Children through Birth Spacing*. Dari www.usaid.gov [26 Juni 2008]
- _____. 2008, *Birth Spacing*. USAID Health Family Planning, Technical Areas, Birth, Last Updated on: February 12, 2008. Dari: www.usaid.gov/spacing.htm [26 Juni 2008]
- WHO. 1994, *An Epidemiologic Approach to Reproductive Health*. Geneva, Switzerland
- _____. 1995, *Achieving Reproductive Health for All, The Role of WHO*.
- _____. 2005, "Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing", Department of Making Pregnancy Safer (MPS) and Department of Reproductive Health and Research (RHR), Geneva, Switzerland, 13-15 June
- _____. 2005. "Birth spacing" — Report from a WHO technical consultation, 2005. www.who.int/reproductive-health/publications [26 Juni 2008]

PEMERINTAH KOTA DEPOK DINAS PENDIDIKAN

Jl. Urea I Kav. E No. 10 Beji Timur - Kota Depok Telp. (021) 77211230

SURAT IZIN

Nomor: 421 / 459 - Disdik

Tentang

SURAT IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

- a. Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Universitas Indonesia Depok, Nomor 870 / PT.02.H5.FKMUI / I / 2008, Tanggal 25 Februari 2008, Perihal Permohonan Rekomendasi Izin Penelitian untuk syarat tugas akhir/penyusunan naskah tesis dan pengumpulan data.
- b. Surat dari Kantor Kesbang dan Linmas Kota Depok Nomor 070 / 91 - Kesbang dan Linmas, Tanggal 19 Maret 2008, perihal Surat Pemberitahuan Penelitian.

MENGIZINKAN

: TINEXCELLY MS.

: Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat
Kampus Baru UI Depok 16424, Telp 7864975, Fax. 7863472

NPM : 0606020966

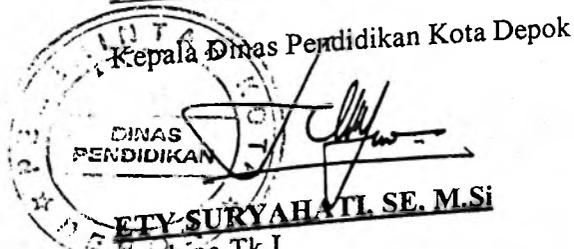
am Studi : S.2/Bid. Kesehatan Masyarakat

Melaksanakan penelitian dalam penyusunan Tesis dan Pengumpulan data dengan judul "Aspirasi Generasi Muda Tentang Kependudukan Dan Keluarga di Kota Depok Tahun 2008". Terhitung mulai tanggal 24 Maret s/d 26 Mei dengan memperhatikan hal-hal berikut :

melakukan koordinasi terlebih dahulu dengan para Kepala Sekolah;
tidak mengganggu kegiatan belajar mengajar (KBM);
tidak memberikan dampak positif dalam dunia pendidikan, khususnya di Kota Depok.

Ditetapkan di : Depok
Pada Tanggal : 26 Maret 2008

Kepala Dinas Pendidikan Kota Depok



ETY SURYAHATI, SE. M.Si
Pembina Tk.I
NIP. 440 026 302

SURAT PEMBERITAHUAN PENELITIAN
 Nomor : 070 / 91 - Kesbang & Linmas/2008.

- : Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK, Nomor 870/PT.02.H5.FKMUI/2008, Tanggal 25 Pebruari 2008, Perihal Permohonan Rekomendasi Izin Penelitian untuk syarat Tugas akhir/Penyusunan Naskah Tesis dan Pengumpulan data.
- : 1. Peraturan Daerah Nomor 16 Tahun 2003, Tanggal 19 Nopember 2003, tentang Pembentukan & Susunan Organisasi Perangkat Daerah;
- 2. Surat Keputusan Walikota Depok Nomor 52 Tahun 2004, Tentang Tugas Pokok dan Fungsi unsur Organisasi Kantor KESBANG dan LINMAS Kota Depok
- : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka, Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya, Penelitian oleh ;

Nama : TINEXCELLY MS.
 NIM/NPM. : 0606020966.
 Program Studi : S.2/Bid Kes. Masy.
 Kosentrasi/Pmt.
 Jurusan/Fakultas : Kes. Masy/FKM-UI.
 Judul Tesis/skripsi : " ASPIRASI GENERASI MUDA TENTANG KEPENDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA DI KOTA DEPOK TAHUN 2008 "
 Lama : 3 (tiga) bulan, Tgl. 24-3-2008 s/d 26-5-2008.
 Tempat : - Dins Pendidikan Kota Depok
 - Dinas Kesehatan Kota Depok
 - Dinas Kependudukan & Catatan Sipil Kota Depok
 - Kantor PMKS Kota Depok
 - SMU & SMK se-Kota Depok.

antun sebagai berikut :
 melakukan kegiatan Penelitian/Survey/Disertasi/TKL/Magang, Pengumpulan Data dan Observasi yang berkaitan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala Dinas/Badan/Lembaga/Kantor/Bagian yang bersangkutan dengan menunjukan surat pemberitahuan ini;
 dengan melakukan kegiatan yang tidak sesuai /tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/topik penelitian akademik;
 masa berlaku Surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, dengan izin kegiatan harus diajukan oleh Instansi Pemohon;
 setelah selesai melakukan kegiatan, Yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok melalui Kantor KESBANG & LINMAS Kota Depok ;
 apabila Kantor KESBANG & LINMAS Kota Depok ;
 tidak akan dicabut & dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas ;

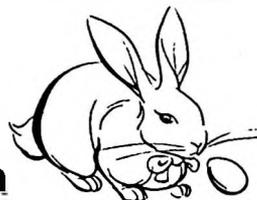
Depok, 19 Maret 2008.

Disampaikan Kepada Yth.
 Walikota Depok (sebagai laporan) ;
 Kepala Kantor Kesbang & Linmas Kota Depok ;
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok ;
 Kepala Dinas Kependudukan & Catatan Sipil Kota Depok ;
 Kepala Kantor PMKS Kota Depok ;
 Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok ;
 Kepala Kantor Kesbang & Linmas Kota Depok ;
 Dekan Bidang Akademik FAKULTAS MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK;
 TINEXCELLY MS.



KANTOR KESBANG & LINMAS KOTA DEPOK
 Sasubag. TU,
BEDI KUSMANA, SIP.
 Penata Tk I.
 NIP. 480 091 124.

Daftar Tilik Penelitian
 Tespsi Remaja tentang Nilai Keluarga Kecil di Kota Depok Tahun 2008



Rahasia

oleh peneliti:

daftar tilik:

tempat pengumpulan data:

sekolah:

alamat sekolah:

Jawablah pertanyaan di bawah ini oleh siswa (beri tanda X pada jawaban yang benar)

Sosial Demografi Responden

jenis kelamin	1 Perempuan	2 Laki-laki
tempat, tgl. lahir	:	
jumlah kakak	: dari bersaudara	
jumlah kakak laki-laki	: orang	
jumlah kakak perempuan	: orang	
usia kakak tertua	: tahun	
tempat tinggal bersama	1 Orangtua 2 Saudara	3 Orang lain/kost 4 Lain-lain:.....
pendidikan terakhir ayah/wali yang mengasuhmu di kecil	1 Tamat SD atau kurang 2 Tidak tamat SLTP/ sederajat 3 Tamat SLTP/ sederajat 4 Tidak tamat SLTA/ sederajat	5 Tamat SLTA/ sederajat 6 Pernah atau tamat dari Akademi/ Perguruan Tinggi 7 Tidak tahu pendidikan ayah
pendidikan ibu atau wali yang mengasuhmu dari kecil	1 Tamat SD atau kurang 2 Tidak tamat SLTP/ sederajat 3 Tamat SLTP/ sederajat 4 Tidak tamat SLTA/ sederajat	5 Tamat SLTA/ sederajat 6 Pernah atau tamat dari Akademi/ Perguruan Tinggi 7 Tidak tahu pendidikan ibu

pekerjaan ayah/wali	1 2 3 4	Pegawai negeri Pegawai swasta Pedagang/wiraswasta Pekerja lepas/harian	5 6 7 8	Ibu rumah tangga Sudah pensiun Sudah meninggal dunia
pekerjaan ibu/wali	1 2 3 4	Pegawai negeri Pegawai swasta Pedagang/wiraswasta Pekerja lepas/harian	5 6 7 8	Ibu rumah tangga Sudah pensiun Sudah meninggal dunia
pekerjaan ayah/wali	:			
pekerjaan ibu/wali	:			
agama ibu/wali	1 2 3	Budha Hindu Islam	4 5	Katolik Protestan
agama ayah/wali	1 2 3	Budha Hindu Islam	4 5	Katolik Protestan
agama saya	1 2 3	Budha Hindu Islam	4 5	Katolik Protestan
ijin menjalankan kendaraan pribadi?	1	Ya, yaitu:	2	Tidak
pendapatan perbulan	:	Rp		
jenis kendaraan yang digunakan	:	1. angkutan umum 2. jemputan sekolah 3. jalan kaki		4. motor (bawa sendiri) 5. mobil (diantar) 6. lain-lain:
biaya transportasi perhari	:	Rp		
jumlah bayaran sekolah perbulan	:	Rp		
jumlah les perbulan	:	Rp		
usia ibu menikah pertama kali:	:	1. tahun ;		2. tidak tahu
usia ayah menikah pertama kali:	:	2. tahun ;		2. tidak tahu
usia orangtua yang meninggal di Kota Depok	: tahun, atau: 1. sejak lahir 2. sejak sebelum menikah 3. sejak menikah		
jenis tempat tinggal	1 2 3	Perumahan Kantor Perkampungan Daerah Pertanian	4 5 6 7	Pertokoan Real-estate Perumnas/KPR/BTN Lain-lain:
rencana setelah menyelesaikan TA	1 3	Melanjutkan sekolah Bekerja sambil kuliah	2 4	Bekerja Tidak tahu

9. Menurut kamu berapa jumlah anak ideal di dalam sebuah keluarga?

- a. 1 orang
- b. 2 orang
- c. 3 orang
- d. lebih dari 3 orang: orang

10. Dalam benakmu berapa rencana jumlah anak yang kamu inginkan?

- a. tidak ingin memiliki anak
- b. 1-2 orang
- c. 3 orang
- d. lebih dari 3 orang: orang

11. Menurutmu berapa jarak kelahiran yang baik antara dua anak?

- a. 1 tahun
- b. 2 tahun
- c. 3 tahun
- d. lebih dari 3 tahun

12. Tentang jenis kelamin anak, yang mana yang kamu idamkan?

- a. yang penting memiliki anak laki-laki
- b. yang penting memiliki anak perempuan
- c. memiliki anak perempuan dan laki-laki
- d. laki-laki atau perempuan sama saja

13. Menurut kamu siapa yang seharusnya menentukan tentang jumlah dan jarak kelahiran anak tersebut?

- a. saya sendiri
- b. tergantung kehendak pasangan saya
- c. saya dan pasangan saya
- d. lain-lain:

14. Dalam pikiranmu, sudahkah terbayang kira-kira bagaimana cara kamu dan pasanganmu dalam menjarangkan jarak kelahiran anak yang kamu rencanakan tsb?

- a. Ya, dengan cara :
- b. Belum tahu.

15. Berapa jarak antara dua kelahiran anak yang kamu rencanakan kelak?

- a. 1 tahun
- b. 2 tahun
- c. 3 tahun atau lebih
- d. tidak tahu



Menurutmu mana yang paling baik dari beberapa situasi di bawah ini?

- a. Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, dan menikah secepatnya
- b. Tidak melakukan hubungan seks di usia remaja dan tidak menikah di usia remaja
- c. Tidak menikah di usia remaja tetapi melakukan hubungan seks pra nikah
- d. Menikah di usia remaja dan melakukan hubungan seks pra nikah.

Menurutmu KB merupakan urusan:

- a. Perempuan
- b. Laki-laki
- c. Perempuan dan Laki-laki
- d. lain-lain:

Menurutmu apakah bermasalah jika seorang perempuan melakukan hubungan seks sebelum menikah?
a. Tidak ada masalah
b. Sangat bermasalah

Menurutmu apakah baik jika seorang laki-laki melakukan hubungan seks sebelum menikah?
a. Tidak baik
b. Sah-sah saja

umur kawin yang tertera di dalam UU Perkawinan Indonesia adalah:
Perempuan tahun; Laki-laki tahun
Tidak tahu

Sebutkan manfaat dari keluarga kecil yang kamu ketahui:

Sebutkan konsekwensi dari memiliki anak banyak:

Sebutkan kerugian dari pernikahan dini yang kamu ketahui:

Pernah mendengar tentang Program Keluarga Berencana (KB)?
a. Pernah, dari b. Belum pernah

Apakah yang kamu ketahui kegunaan alat kontrasepsi?



Sebutkan jenis-jenis alat pencegah kehamilan yang kamu ketahui:

Alat kontrasepsi apa yang mempunyai fungsi ganda sekaligus mencegah penularan infeksi menular seksual?

.....
tidak tahu

Menurut sepengetahuan kamu, dimana saja dapat diperoleh alat kontrasepsi?

- a.
- b. tidak tahu

Apakah ayah dan ibumu memakai alat kontrasepsi/KB?

- a. Ya, yaitu:
- b. Tidak
- c. tidak tahu



Lingkungan, Teman dan sahabat

berapa jumlah anak terbanyak dari tetangga di sekitar tempat-tinggalmu?

- . 1 anak
- . 2 anak
- c. lebih dari 3 anak
- d. tidak tahu

berapa jumlah anak terbanyak dari tokoh-tokoh masyarakat di sekitar tempat-tinggalmu (Ketua RT, Ketua RW, Ustadz, Pendeta, dll)?

- . 1 anak
- . 2 anak
- c. lebih dari 3 anak
- d. tidak tahu

berapa rata-rata jarak kelahiran anak terdekat dari anak-anak yang dimiliki tetangga di sekitar tempat-tinggalmu?

- . 1 tahun
- . 2 tahun
- c. 3 tahun atau lebih
- d. tidak tahu

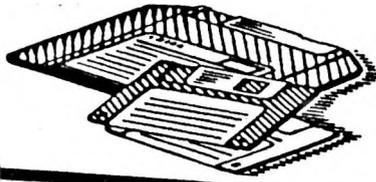
berapa rata-rata jarak kelahiran anak terdekat dari anak-anak yang dimiliki tokoh-tokoh masyarakatmu?

- . 1 tahun
- . 2 tahun
- c. 3 tahun atau lebih
- d. tidak tahu

Teman	Ya	Tidak
berapa teman akrab seumur yang telah menikah?		
berapa teman akrab seumur yang sudah mempunyai anak?		
berapa teman akrab yang menggunakan alat kontrasepsi/KB untuk menghindari kehamilan?		

Situasi mana yang saat ini sering terjadi pada remaja seusiamu?

- . Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, dan menikah secepatnya
- . Tidak melakukan hubungan seks di usia remaja dan tidak menikah di usia remaja
- c. Tidak menikah di usia remaja tetapi melakukan hubungan seks pra nikah
- d. Menikah di usia remaja dan melakukan hubungan seks pra nikah.



Sumber-sumber informasi

1. Apakah kamu pernah mendengar tentang puskesmas?
a. Pernah
b. Tidak pernah

2. Tahukah kamu puskesmas terdekat dari tempat tinggalmu?
a. Tahu
b. Tidak tahu

3. Dalam satu tahun terakhir, pernahkah kamu ke puskesmas?
a. Pernah
b. Tidak pernah

Jika pernah, layanan kesehatan apa yang kamu peroleh?
.....

Tahukah kamu ada Puskesmas Kota Depok yang memberikan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja?
a. Ya
b. Tidak

Jika Puskesmas menyediakan pelayanan kesehatan remaja di luar jam sekolah, menurutmu apakah kamu akan memanfaatkannya?
a. Ya
b. Tidak
c. Tidak tahu

Menurutmu perlukah Puskesmas menyediakan pelayanan Keluarga Berencana kepada remaja?
a. Perlu, karena:
.....
.....
.....
b. Tidak perlu, karena:
.....
.....
.....
c. Tidak tahu

Pernahkah kamu mendapatkan penyuluhan kesehatan remaja di sekolah?:
a. Pernah:
b. Tidak pernah

Pernah mendengar istilah *peer-counselor* kesehatan remaja?
a. pernah, ada di sekolah saya
b. pernah, tidak ada di sekolah saya
c. tidak pernah
d. lain-lain:

Pernah mendengar istilah *Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR)* sebagai program KB Kota Depok?

- a. pernah, ada di lingkungan saya
- b. tidak pernah

Pernah terpapar program kesehatan remaja lainnya?

- a. pernah, dari:
- b. tidak pernah

Apakah kamu memiliki guru yang bisa diajak berdiskusi tentang proses alamiah di masa remajamu saat ini?

- a. Ya, yaitu guru pelajaran:
- b. Tidak ada

Pernahkah gurumu memberikan pelajaran tentang usia perkawinan yang ideal bagi perempuan?

- a. Ya, yaitu pada pelajaran:
- b. Tidak pernah

Pernahkah gurumu memberikan pelajaran tentang jumlah anak ideal yang dimiliki satu keluarga?

- a. Ya, pada pelajaran:
- b. Tidak pernah

Apakah orangtuamu atau orang yang lebih tua di keluargamu memiliki waktu untuk diajak berdiskusi tentang proses alamiah di masa remajamu saat ini?

- a. Ya, yaitu ibu saya
- b. Ya, yaitu ayah saya
- c. Lain-lain: tante/om/.....
- d. Tidak

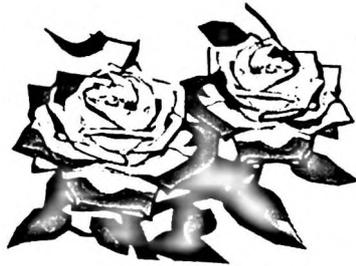
Apakah orang tuamu pernah memberikan anjuran tentang usia perkawinan?

- a. Ya, yaitu : tahun
- b. Tidak

Apakah orang tuamu pernah memberikan anjuran tentang jumlah anakmu kelak?

- a. Ya, yaitu : orang
- b. Tidak





Saya mendengar informasi tentang Kesehatan Reproduksi termasuk Keluarga Berencana dari (beri tanda \checkmark , jawaban boleh lebih dari satu)

Sumber Informasi	Ya	Tidak
a. Orang tua		
b. Pelajaran di sekolah		
c. Media cetak		
d. Media elektronik		
e. Internet		
f. Teman sebaya		
g. Lembaga Swadaya Masyarakat, Karang Taruna		
h. Tenaga kesehatan		
i. lain-lain:		

Apakah kamu saat ini sudah punya pacar?

- a. sudah
- b. belum
- c. baru putus

Boleh tahu, seberapa jujurkah kamu dalam mengisi kuesioner ini?

- sangat tidak jujur
- tidak jujur
- agak jujur
- jujur
- sangat jujur

Terima kasih atas kerjasama yang baik yang kalian berikan.....
Semangat belajar dan membentuk diri..... Sukses!!!!

Cara Penilaian Daftar Tilik

Responden, tanggal dan data, nama sekolah dan kelas	:	Diisi oleh peneliti, jelas.
Aspek Sosial Ekonomik Responden		
Alamat sekolah	:	Jelas
Jenis kelamin	:	Jelas
Umur, tanggal lahir	:	Menentukan umur, dihitung dari tanggal pengukuran dikurangi tanggal lahir.
Keuangan & kerajinan beribadah		
Kepercayaan ibu/wali	:	Jelas
Kepercayaan ayah/wali	:	Jelas
Kepercayaan responden	:	Jelas
Kerajinan beribadah	:	1. rajin; 2. tidak
Kepercayaan tetangga	:	
Kepercayaan ayah/wali	:	Jelas
Kepercayaan ibu/wali	:	Jelas
Status Sosial Ekonomi		
Apakah tinggal bersama	:	Jelas
Didikan terakhir ayah/wali	:	Jelas
Didikan ibu/wali	:	Jelas
Penghasilan ibu/wali	:	Jelas
Penghasilan ayah/wali	:	Jelas
Jumlah uang jajan/hari	:	Jumlah rupiah uang jajan
Waktu mencapai sekolah	:	Alat angkut yang digunakan ke sekolah
Jumlah transport/hari	:	Jumlah rupiah uang transport per hari
Jumlah bayaran sekolah/bln	:	Jumlah rupiah uang sekolah per bulan
Jumlah les tambahan/bln	:	Jumlah rupiah uang les per bulan
Kepercayaan barang yang dimiliki	:	Jelas
Penilaian skor status sosek	:	Perkiraan pengeluaran >50% UMR = memiliki komputer, motor dan mobil serta jumlah uang keperluan sekolah > Rp300.000.- dikatakan kelompok menengah ke atas; jika pengeluaran <50% UMR = kelompok menengah ke bawah.
Status Pendatang		
Apakah orang tua/wali tinggal di Kota Depok	:	Jumlah tahun tinggal di Kota Depok, atau keterangan sejak lahir/sejak sebelum menikah/sejak menikah, dikatakan penduduk lama jika lama tinggal di Kota Depok lebih dari 10 tahun.

Tempat tinggal	
Tempat tinggal rumah tempat	: Jelas

KK di Keluarga

Tempat tinggal bersama	: Jelas
Jumlah anak di keluarga	: Jumlah anak yang dilahirkan orang tuanya, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. NKK jika jumlah anak <3 ; 2. Non NKK jika jumlah anak > 2, masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Jarak kelahiran dalam keluarga	: Jelas
Jumlah kakak + adik laki-laki	: Jelas
Jumlah kakak + adik perempuan	: Jelas
Jarak kelahiran terdekat kakak/adik	: Dihitung jumlah jarak kelahiran terdekat dalam tahun di antara kakak atau adik, dalam pengolahan dikelompokkan NKK jika jarak kelahiran > 2 tahun dan Non NKK jika jarak kelahiran 2 tahun ke bawah, masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Tahun ibu menikah pertama	: Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. < 20 tahun; 2. > 20 tahun, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi: 1. NKK jika jawaban 2; dan 2. Non NKK jika jawaban 1; masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Tahun ayah menikah pertama	: Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. <21 tahun dan ≥ 21 tahun (NKK), masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Metode kontrasepsi ayah dan ibumu pakai alat kontrasepsi/KB?	: Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. Ya (NKK); 2. Tidak dan 3. Tidak tahu, masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1

$n = 6$
 dilakukan pengelompokkan sebagai berikut:
 Pengalaman mendukung NKK (Positif) jika nilai < median
 Pengalaman NKK Negatif/tidak mendukung jika nilai \geq median

Tempat tinggal	:	Jelas
rumah tempat	:	Jelas

K di Keluarga

tinggal bersama	:	Jelas
anak di keluarga	:	Jumlah anak yang dilahirkan dengan ibunya dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. NKK jika jumlah anak ≤ 5 ; 2. Non NKK jika jumlah anak > 5 , masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
kehidupan rumah	:	Jelas
kakak + adik laki-laki	:	Jelas
kakak + adik perempuan	:	Jelas
kelahiran terdekat kakak/adik	:	Dihitung jumlah jarak kelahiran terdekat dalam tahun di antara kakak atau adik dalam pengolahan dikelompokkan NKK jika jarak kelahiran > 2 tahun dan Non NKK jika jarak kelahiran 2 tahun ke bawah, masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Ibu menikah pertama	:	Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. < 20 tahun 2. > 20 tahun. dalam pengolahan dikelompokkan menjadi: 1. NKK jika jawaban 2; dan 2. Non NKK jika jawaban 1; masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Ayah menikah pertama	:	Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. < 21 tahun dan ≥ 21 tahun (NKK), masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1
Apakah ayah dan ibumu memakai alat kontrasepsi KB?	:	Jelas, dalam pengolahan dikelompokkan menjadi 1. Ya (NKK); 2. Tidak dan 3. Tidak tahu, masing-masing jawaban NKK diberi nilai 1

nnggi = 6
 dilakukan pengelompokkan sebagai berikut:
 pengalaman mendukung NKK (Positif) jika nilai $<$ median
 ersepsi NKK Negatif/tidak mendukung jika nilai \geq median