



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN POLA KOMUNIKASI DAN KEKUATAN
KELUARGA DENGAN PERILAKU SEKSUAL BERISIKO
PADA REMAJA DI DESA TRIDAYA SAKTI
KECAMATAN TAMBUN SELATAN
KABUPATEN BEKASI**

TESIS

**NURHAYATI
NPM 0906594583**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN POLA KOMUNIKASI DAN KEKUATAN
KELUARGA DENGAN PERILAKU SEKSUAL BERISIKO
PADA REMAJA DI DESA TRIDAYA SAKTI
KECAMATAN TAMBUN SELATAN
KABUPATEN BEKASI**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

Oleh

**NURHAYATI
NPM : 0906594583**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, 16 JULI 2011**

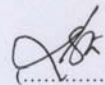
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Nurhayati
NPM : 0906594583
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan Komunitas
Judul Tesis : Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

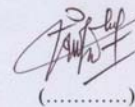
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN



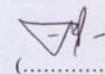
(.....)

Pembimbing : Etty Rekawati, SKp.,MKM



(.....)

Penguji : Ns. Widyatuti, SKp., M.Kes., Sp.Kom



(.....)

Penguji : Ns. Ati Nuraeni, SKp., M.Kes., Sp.Kom



(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 15 Juli 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nurhayati

NPM : 0906594583

Tanda Tangan :.....

Tanggal : 15 Juli 2011

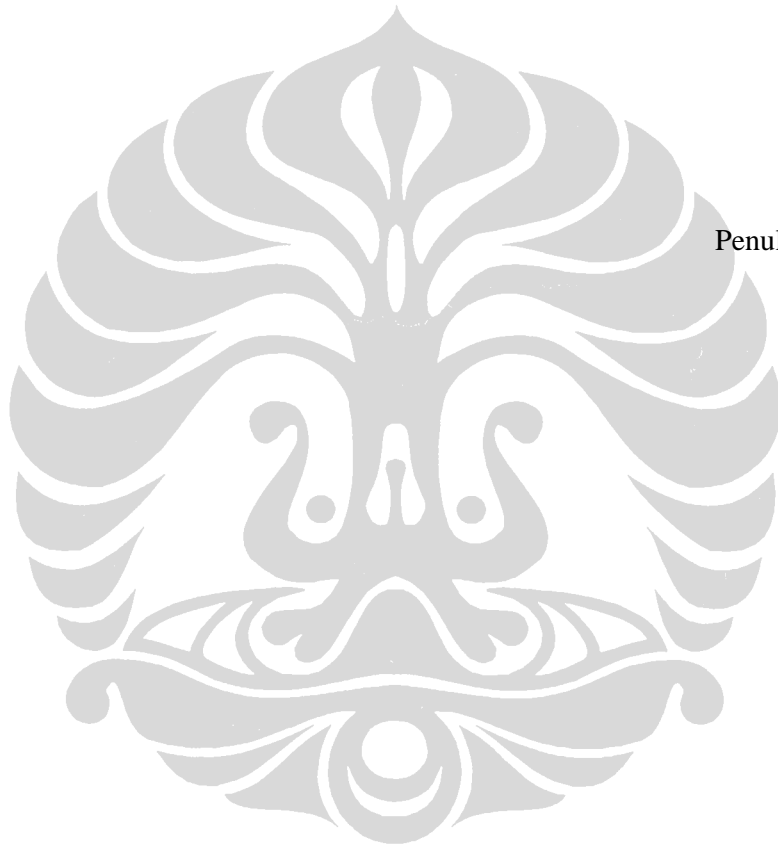
KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberikan karunia dan rahmat-Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan proposal tesis ini sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD yang terhormat selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra.Junaiti Sahar, S.Kp, MAppSc, Ph.D yang terhormat selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Astuti Yuni Nursasi, MN sebagai pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
4. Ety Rekawati, S.Kp., MKM yang terhormat sebagai pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
5. Bapak/Ibu staf pengajar yang terhormat pada Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepada saya dalam proses belajar mengajar
6. Orang tua, suami dan saudara yang tercinta yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
7. Seluruh sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan proposal tesis ini

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini. Semogal tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok,....Juli 2011



Penulis

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

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

Nama : Nurhayati
NPM : 090653583
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan Keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 15 Juli 2011
Yang menyatakan,

(Nurhayati)

ABSTRAK

Nama : Nurhayati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan Keperawatan Komunitas
Judul : Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan Keluarga
dengan Perilaku Seksual Beresiko Pada Remaja di Desa
Tridayasakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten
Bekasi

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual beresiko pada remaja di Desa Tridayasakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. Desain penelitian *Descriptive correlational* secara *cross sectional*. Responden yang berjumlah 106 remaja. Tehnik pengambilan sampel *purposive sampling*. Hasil studi ini menunjukkan hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual beresiko di Desa Tridayasakti. Hasil studi ini menunjukkan ada hubungan umur, jenis kelamin dan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual beresiko di Desa Tridayasakti. Penelitian ini merekomendasikan perlu adanya komunikasi yang terbuka dan adanya tata aturan keluarga yang jelas dalam pencegahan perilaku seksual beresiko pada remaja.

Kata Kunci:

Pola komunikasi, kekuatan keluarga dan perilaku seksual beresiko

ABSTRACT

Nama : Nurhayati
Study Program : Master Program in Nursing Science
Majoring in Nursing Community
Title : Communication Patterns and Power Relationships Family
with Risky Sexual Behavior in the Village Tridayaya Way
South Tambun Bekasi District

This study aimed to get an idea of the relationship and communication patterns of families with the strength of risky sexual behavior in the Village District Tridayaya Way South Tambun Bekasi Regency. This research is Descriptive correlational studies that collect data in cross-sectional. Respondents were 106 adolescents who participated. Sampling techniques used purposive sampling. The results of this study show the relationship and the strength of family communication patterns with risky sexual behavior in the village of Sakti Tridayaya. The results of this study showed no relationship to age, sex and communication patterns and strength of families with risky sexual behavior in the village of Sakti Tridayaya. This study recommends the need for open communication and the existence of clear rules governing family in the prevention of risky sexual behavior in adolescents.

Key Words:

Communication patterns, family strength and risky sexual behavior

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	12
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 Konsep remaja.....	14
2.2 Remaja sebagai populasi <i>at risk</i>	17
2.3 Pola komunikasi.....	21
2.4 Kekuatan keluarga.....	25
2.5 Konsep perilaku seksual.....	29
2.6 Peran perawat komunitas.....	43
2.7 <i>Model health promotion</i>	44
2.8 Aplikasi <i>Model health promotion</i>	46
BAB 3 : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL.....	51
3.1 Kerangka Konsep.....	51
3.2 Hipotesis.....	52
3.3 Defenisi Operasional.....	52
BAB 4 : METODE PENELITIAN.....	55
4.1 Desain Penelitian.....	55
4.2 Populasi dan Sampel.....	55
4.3 Tempat Penelitian.....	57
4.4 Waktu Penelitian.....	57
4.5 Etika Penelitian.....	57
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	59
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	62
4.8 Uji Instrumen.....	63
4.9 Pengolahan Data.....	67
5.1 Analisis Data.....	69

BAB 5 : HASIL PENELITIAN.....	71
5.1 Analisa Univariat.....	71
5.2 Anailas Bivariat.....	73
5.3 Analisa Multivariat.....	78
 BAB 6 : PEMBAHASAN.....	 83
6.1 Interpretasi Hasil penelitian.....	83
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	102
6.3 Implikasi Keperawatan.....	103
 BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN.....	 107
7.1 Simpulan.....	107
7.2 Saran.....	108

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	52
Tabel 4.1	Analisis Data.....	70
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pendidikan dan aktifitas ibadah.....	70
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan pola komunikasi dan kekuatan keluarga.....	73
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan perilaku seksual remaja.....	73
Tabel 5.4	Distribusi Responden Menurut Usia remaja dan Perilaku Seksual Berisiko	74
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut jenis kelamin remaja Perilaku Seksual Berisiko.....	75
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut pendidikan remaja dan Perilaku Seksual Berisiko.....	76
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut aktifitas ibadah remaja dan Perilaku Seksual Berisiko.....	76
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut pola komunikasi keluarga dan Perilaku Seksual Berisiko.....	77
Tabel 5.9	Distribusi Responden Menurut kekuatan keluarga dan Perilaku Seksual Berisiko.....	78
Tabel 5.10	Distribusi variabel kandidat multivariate.....	79
Tabel 5.11	Hasil analisis multivariat regresi logistik sederhana antara variabel Jenis kelamin, usia, aktifitas ibadah, pendidikan, pola komunikasi, dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja.....	80
Tabel 5.12	Perubahan nilai OR.....	81
Tabel 5.13	Hasil analisis multivariat regresi logistik antara variabel pendidikan dengan perilaku seksual berisiko remaja.....	82

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Model health promotion Teori.....	46
Skema 2.2	Kerangka reori.....	50
Skema 3.1	Kerangka konsep.....	51



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 2 : Persetujuan penelitian
- Lampiran 3 : Kuesioner
- Lampiran 4 : Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 5 : Daftar riwayat hidup
- Lampiran 6 : Ijin penelitian Kes Bang Pol Linmas
- Lampiran 7 : Ijin penelitian DinKes Kabupaten Bekasi
- Lampiran 8 : Ijin Penelitian Ka.Desas Tridaya Sakti
- Lampiran 9 : Lolos kaji etik



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar persetujuan Penelitian
- Lampiran 3 : Kuesioner
- Lampiran 4 : Jadwal Pelaksanaan Penelitian
- Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 6 : Permohonan Izin mengambil data
- Lampiran 7 : Permohonan Izin penelitian
- Lampiran 8 : Ijin Penelitian
- Lampiran 9 : Keterangan Lolos Kaji Etik

BAB 1

PENDAHULUAN

Pola komunikasi dan kekuatan keluarga memiliki keterkaitan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Bab ini akan menjelaskan latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian kuantitatif tentang hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja di wilayah Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi.

1.1. Latar Belakang

Kelompok remaja merupakan kelompok penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun (Depkes, 2009). Kelompok remaja di Indonesia memiliki proporsi kurang lebih seperlima dari seluruh jumlah penduduk. Hal ini sesuai dengan proporsi remaja di dunia yaitu jumlah remaja diperkirakan 1,2 milyar atau sekitar seperlima dari jumlah penduduk dunia WHO (2003; dalam Depkes 2009). Proyeksi jumlah remaja di Indonesia pada 3 tahun terakhir menunjukkan jumlah yang cukup besar namun jumlah remaja mengalami penurunan dari tahun 2008, 2009, dan 2010 secara berturut-turut yaitu 42.040.900, 41.773.400 dan 41.527.400. Kondisi yang sama terjadi di Propinsi Jawa Barat. Proyeksi jumlah remaja di Jawa Barat pada tahun 2008 sampai dengan tahun 2010 berturut-turut adalah 7.358.800, 7.355.000, dan 7.354.900 (Data Statistik Indonesia, 2000). Data Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Bekasi tahun 2010 proyeksi jumlah remaja di Kecamatan Tambun Selatan pada tahun 2009 yaitu 63.279 dari 382.896 atau sekitar 18 % dari jumlah penduduk Tambun Selatan.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional mengemukakan bahwa jumlah proporsi kelompok remaja yang sangat besar di masyarakat sebenarnya dapat menjadi daya ungkit pembangunan karena remaja merupakan kelompok usia produktif yang dapat menunjang pembangunan suatu bangsa, walaupun secara umum kelompok remaja mempunyai masalah

Universitas Indonesia

yang sangat kompleks seiring dengan masa transisi yang dialami oleh remaja itu sendiri (BKKBN, 2009).

Masa transisi merupakan faktor risiko utama timbulnya masalah kesehatan pada usia remaja. Masa transisi pada remaja meliputi transisi emosional, transisi sosialisasi, transisi agama, transisi hubungan keluarga dan transisi moralitas. Remaja pada umumnya akan mengalami perubahan-perubahan dalam hal biologis dan psikologis yang sangat pesat. Perubahan-perubahan yang terjadi memberikan dorongan yang kuat terhadap perilaku dan kehidupan remaja yang sifatnya sangat beragam (Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti, 2002). Kehidupan remaja yang sangat beragam di masyarakat akan menimbulkan masalah-masalah pada masa remaja (Hurlock, 1998).

Permasalahan yang dialami oleh remaja umumnya dikarenakan adanya krisis identitas tanpa adanya faktor pendukung dan sumber informasi yang jelas dalam memberikan ketersediaan layanan pada kelompok remaja (BKKBN, 2009). Permasalahan kesehatan yang berisiko mengancam kesejahteraan remaja antara lain merokok, konsumsi alkohol, konsumsi obat, depresi atau risiko bunuh diri, emosi, masalah fisik, problem sekolah dan perilaku seksual (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Perilaku seksual merupakan perilaku yang bertujuan untuk menarik perhatian lawan jenis dan terkait dengan aktivitas hubungan seksual. Aktivitas seksual merupakan kegiatan yang dilakukan dalam upaya memenuhi dorongan seksual. Hasil penelitian di Belgia, Republik Ceko, Estonia dan Portugal pada tahun 2005 sampai 2006 yang menggunakan metode *cross sectional* dengan besar sampel 1557 mengidentifikasi bahwa lebih dari tiga per empat responden telah memiliki pacar dan setengah dari jumlah tersebut melakukan hubungan *heteroseksual*. Lebih dari 85% pemuda telah melakukan hubungan seksual pada setiap negara dan telah menggunakan kontrasepsi pada saat *coitus*. Rata-rata usia yang melakukan *coitus* bervariasi antara 15,2 tahun di Belgia dan 16,4 tahun di

Universitas Indonesia

Republik Ceko. Pada penelitian tersebut juga didapatkan bahwa 51% responden di Estonia mengetahui infeksi *Chlamydia Trachomatis* sedangkan di Portugal hanya 12%. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas seksual remaja merupakan perilaku yang umum dilakukan di empat negara tersebut (Ine's Fronteira, *et al*, 2009).

Penelitian lain dengan metode yang sama mengidentifikasi perilaku seksual berisiko pada remaja di USA dalam kurun waktu tahun 1999 sampai dengan tahun 2006. Penelitian menunjukkan hasil bahwa 358 gadis remaja usia 14-17 tahun telah melakukan salah satu dari delapan perilaku seksual yaitu ciuman, menyentuh payudara, menyentuh alat kelamin, menyentuh sekitar genital, melakukan *oral seks*, *anal seks* atau *vaginal seks*. Pada penelitian tersebut disimpulkan bahwa hubungan seks pada remaja merupakan hal negatif berdasarkan persepsi dari remaja itu sendiri, persepsi yang dirasakan teman dan persepsi keluarga (Fortenberry, *et al*, 2011).

Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) yang didanai oleh USAID, BPS, BKKBN, DEPKES SKRRI pada tahun 2007 menunjukkan hasil bahwa usia pertama kali pacaran adalah 15-17 tahun, proporsi wanita 43% dan pria 40%. Usia mulai pacaran sebelum usia 15 tahun pada wanita 24% dan pria 19%. Perilaku pacaran pada wanita meliputi berpegangan tangan 62%, cium bibir 23,2%, dan meraba atau merangsang 6,5% dari besar sampel 5.912. Perilaku pacaran pada pria meliputi berpegangan tangan 60,1%, cium bibir 30,9%, dan meraba atau merangsang 19,2 % dari besar sampel 6.578. Hasil survey yang lain juga menunjukkan terjadinya hubungan seksual pada wanita 1,3% dan pada pria 3,7%. Enam dari sepuluh responden yang mengalami kehamilan tidak diinginkan diketahui melakukan aborsi (termasuk aborsi spontan, aborsi yang disengaja atau tidak) dan empat dari sepuluh melanjutkan kehamilan mereka, termasuk mencoba menggugurkan kandungan namun gagal (USAID, *et al*, 2008). Kondisi serupa ditemui dari hasil survei BKKBN Jawa Barat pada 1000 remaja yaitu 100 diantaranya sudah tidak perawan dan 80 diantaranya sudah memiliki

Universitas Indonesia

anak. Faktor yang mengakibatkan remaja tidak perawan lagi adalah menikah muda dan pergaulan bebas (Heryana, 2011). Hasil penelitian tersebut disimpulkan bahwa perilaku seksual berisiko yang dilakukan oleh remaja berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan sehingga remaja mencoba melakukan *aborsi*.

Faktor penyebab lain dari perilaku seksual berisiko remaja adalah kurangnya pengetahuan dan keterampilan, sikap dan perilaku remaja terhadap kesehatan, kurang kepedulian orang tua dan masyarakat terhadap kesehatan dan kesejahteraan remaja serta belum optimalnya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja (Depkes, 2005). Hasil penelitian pada 900 remaja, 180 orang tua remaja, 180 guru sekolah, 90 tokoh masyarakat dan 90 petugas kesehatan menunjukkan bahwa 60% petugas kesehatan, 65% orang tua remaja, 83,3% guru sekolah dan 77,3% remaja kurang pengetahuannya tentang perkembangan reproduksi remaja, perubahan psikologis dan emosional remaja, penyakit menular seksual dan bahaya kehamilan remaja serta abortus. Akibatnya remaja sangat sedikit memperoleh informasi dari sumber yang berkompeten tentang hal-hal tersebut. Sebagian besar remaja 45% mendapat informasi dari teman sekolah, 16,3% dari guru, 12,8% dari petugas kesehatan, 8,7% dari orang tua dan 6,8% dari tokoh agama (Suwandono, 2002). Upaya yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya perilaku seksual berisiko pada remaja merujuk pada perlunya pemberian informasi masalah seksual.

Pemberian informasi seputar masalah seksual menjadi penting karena remaja berada dalam potensi seksual aktif yang berkaitan dengan dorongan seksual dipengaruhi hormon dan sering tidak memiliki informasi yang cukup mengenai aktifitas seksual. Hal tersebut akan sangat berbahaya bagi perkembangan jiwa remaja bila tidak memiliki pengetahuan dan informasi yang tepat. Pandangan sebagian besar masyarakat yang menganggap seksual merupakan suatu yang alamiah, yang nantinya akan diketahui dengan sendirinya setelah mereka menikah sehingga dianggap suatu hal tabu untuk

dibicarakan secara terbuka. Keengganan orang tua dalam keluarga untuk membicarakan masalah reproduksi menyebabkan remaja mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa. Remaja mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber-sumber yang tidak bisa dipertanggungjawabkan karena tidak adanya layanan dan informasi bagi remaja serta kurangnya komunikasi antara anak remaja dan orang tua dalam keluarga (Mu'tadin, 2002).

Remaja di Indonesia umumnya belum hidup terpisah dari keluarga sehingga keluarga merupakan bagian terpenting dari kehidupan remaja. Keluarga sebagai unit terkecil dari komunitas yang saling berinteraksi dan memiliki hubungan emosional, psikososial, budaya, dan spiritual (Stanhope dan Lancaster, 2004). Keberlangsungan interaksi didalam keluarga akan membentuk suatu kepribadian setiap anggota keluarga untuk mengungkapkan permasalahan dan sesuatu yang dialaminya. Permasalahan seksualitas remaja merupakan bagian dari fungsi keluarga terkait dengan fungsi reproduksi. Remaja dapat mengkomunikasikan kebutuhan reproduksinya dalam keluarga. Orang tua dapat memfasilitasi dengan aktif menanyakan setiap perubahan yang dialami oleh remaja dalam setiap perkembangan selama masa pubertasnya (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Komunikasi antara orang tua dan remaja yang intensif dapat membantu remaja terhindar dari perilaku seksual.

Komunikasi efektif antara orang tua dan remaja memberikan kesempatan saling mengungkapkan isi hati atau kekesalan yang dirasakan serta harapan yang diinginkan, karena pada hakekatnya seorang anak dalam pertumbuhan dan perkembangannya membutuhkan uluran tangan orang tua. Orang tua bertanggung jawab dalam mengembangkan kemampuan anak termasuk kebutuhan fisik dan psikis sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang kearah kepribadian yang matang (Gunarsa, 2004). Remaja yang cukup mendapat kasih sayang orang tua cenderung akan terhindar dari perilaku

seksual berisiko karena tidak akan mencari kasih sayang orang lain sebagai kompensasinya.

Hasil studi penelitian di Sidney menunjukkan bahwa komunikasi terbuka dan kebebasan dalam menyelesaikan masalah akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan secara lebih baik dibandingkan dengan orang tua yang tidak melakukan hal tersebut (Fiona, 2008). Hasil studi penelitian lain dengan metode *cross sectional* dengan sampel 107 siswa SMP X, 28% memiliki risiko terhadap masalah reproduksi. Proporsi remaja yang tidak pernah pernah berkomunikasi dengan orang tua (33,8%) memiliki risiko lebih besar dibandingkan dengan proporsi remaja yang berkomunikasi dengan orang tua (Indarsita, 2002). Komunikasi dalam keluarga dapat diciptakan melalui diskusi bersama keluarga. Keluarga juga bisa mendapatkan konseling dari pihak terapist keluarga untuk memberikan informasi kesehatan yang dibutuhkan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Triharningsih (2001) tentang permasalahan kesehatan reproduksi remaja memperlihatkan bahwa remaja laki-laki berkonsultasi lebih banyak dari pada remaja perempuan hampir di seluruh kategori permasalahan kesehatan reproduksi. Usia remaja yang berkonsultasi terbanyak pada kategori 19-24 tahun. Masalah seksual sebagai permasalahan kesehatan reproduksi adalah topik yang paling banyak dikonsultasikan remaja. Konsultasi yang dilakukan oleh remaja ini merupakan salah satu cara yang dilakukan remaja untuk memperoleh dukungan dalam menjalani masa pubertas yang dialaminya, dukungan tersebut dapat difasilitasi oleh keluarga.

Dukungan di dalam keluarga akan lebih mudah dicapai apabila terjadi komunikasi yang jelas dan secara langsung didalam keluarga (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Hasil Survey Nasional remaja di Washington DC (2008) menunjukkan bahwa; 1) Lingkungan keluarga yang harmonis dan lingkungan peer positif berhubungan dalam menurunkan tingkat risiko perilaku seksual remaja. 2) Orang tua yang memonitor aktifitas dan

lingkungan anak, selalu ikut terlibat dalam kegiatan dan meningkatkan komunikasi dengan anaknya berhubungan dengan menurunkan risiko perilaku seksual berisiko pada remaja dan lebih baik pada keluarga yang religius. 3) Keterlibatan orang tua dalam mendukung pencegahan perilaku seksual berisiko berhubungan dengan penurunan kehamilan pada remaja (Jennifer *et al*, 2008). Perilaku seksual berisiko disimpulkan dapat dicegah dengan dukungan dari lingkungan keluarga. Dukungan keluarga menjadi kekuatan dalam mencegah perilaku seksual berisiko pada remaja

Power keluarga merupakan kekuatan keluarga dalam proses pembuatan keputusan sehingga anggota keluarga melaksanakan serangkaian tindakan yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai tujuan (Friedman, Bowen dan Jones, 2003). Keluarga dengan tahap perkembangan remaja akan mencapai suatu tingkatan yang sehat secara psikologis apabila keluarga mampu menyesuaikan diri dengan desakan remaja untuk kebebasan diri (Santrock, 2003). Hal ini dapat diwujudkan keluarga dengan memperlakukan remaja lebih dewasa dan mengikutsertakan mereka dalam mengambil keputusan keluarga. Keluarga yang tidak sehat secara psikologis sering kali dalam kendali orang tua yang berorientasi kekuasaan, dan orang tua lebih cenderung menggunakan otoriter dalam hubungan dengan remaja. Dalam sebuah penelitian di Blacksburg, Virginia diketahui bahwa gaya dan kekuatan orang tua secara langsung menjadi strategi untuk mempengaruhi remaja dalam mengambil keputusan di keluarga dan secara tidak langsung mempengaruhi kekuatan keluarga (Bao Yeqing, 2001). Studi lain pada 194 anak sulung di Slovenia menunjukkan pentingnya gaya otoritas orang tua dan pola komunikasi terhadap anak remaja (Metka, 2010).

Pola komunikasi dan kekuatan dalam keluarga dapat memfasilitasi dan mengontrol pertumbuhan dan perkembangan remaja serta perilaku seksual remaja. Keluarga sebagai bagian dari komunitas atau masyarakat dalam perkembangannya akan dipengaruhi oleh keadaan lingkungan masyarakat setempat, sehingga perilaku remaja sebagai bagian anggota keluarga akan

dapat dikontrol dari kondisi sosial masyarakat. Kontrol sosial pada kelompok remaja dapat difasilitasi melalui kehidupan remaja di masyarakat. Masyarakat atau komunitas mampu mempengaruhi status kesejahteraan dan kesehatan setiap anggota keluarga, sehingga keluarga memerlukan pembinaan yang baik dari aspek kesehatan (Stanhope dan Lancaster, 2004). Perawat yang bekerja di masyarakat atau Puskesmas seringkali disebut sebagai perawat komunitas, memiliki peran dalam menyediakan pelayanan program promosi, prevensi, dan proteksi pada populasi berisiko seperti populasi remaja di komunitas (Nies dan McEwen, 2001).

Hasil studi penelitian di Finland menunjukkan bahwa ketidakterediaan pelayanan kesehatan seksual remaja di masyarakat mengakibatkan adanya hambatan remaja dalam mengakses penggunaan alat kontrasepsi, sehingga diperlukan peran perawat komunitas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada remaja di komunitas (Sannisto dan Kosunen, 2009). Peran perawat komunitas melalui penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada pembentukan gaya hidup sehat bagi remaja, mengobservasi individu atau kelompok yang termasuk dalam kelompok populasi berisiko serta mengidentifikasi faktor risikonya dengan sasaran kelompok remaja yang aktif melakukan perilaku seksual, dan melakukan rehabilitasi fisik, psikis, spiritual kepada remaja yang menderita penyakit akibat perilaku seksual (Hitchcock, Struebert dan Thomas, 1999). Program promosi tersebut ditujukan bagi kelompok remaja dalam memfasilitasi perkembangannya di komunitas.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap beberapa literatur hasil penelitian tentang perilaku seksual remaja, belum ditemukan hasil penelitian tentang kekuatan keluarga berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di desa Tridaya Sakti. Namun perilaku seksual remaja di desa Tridaya Sakti menunjukkan semakin mengkhawatirkan termasuk dalam hal perilaku berpacaran yang semakin bebas dan menjurus ke aktivitas seksual sebelum menikah. Desa Tridaya Sakti Kecamatan

Universitas Indonesia

Tambun selatan Kabupaten Bekasi adalah salah satu desa urban terdapat satu Puskesmas Pembantu dengan jumlah remaja pada tahun 2009 sebesar 5.987 sekitar 20% dari 29.937 jiwa penduduk Desa Tridaya Sakti.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan pendidikan seksual dan reproduksi berbasis keluarga terutama sekolah. Berdasarkan permasalahan tersebut perlu dilakukan penelitian kuantitatif dalam mengidentifikasi bagaimana hubungan pola komunikasi, kekuatan keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.2. Rumusan Masalah

Masa remaja merupakan fase kedua dalam kehidupan individu yang sangat penting. Masa remaja merupakan masa transisi dimana remaja mengalami pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik maupun psikologis. Remaja selama masa transisi merupakan faktor risiko utama timbulnya masalah kesehatan pada remaja apabila tidak terfasilitasi dengan baik. Perubahan yang terjadi akan memberikan dorongan yang kuat terhadap perilaku dan kehidupan remaja yang sifatnya sangat beragam (Clemen-Stone., McGuire, & Eigsti, 2002). Perilaku yang dimunculkan remaja dalam kehidupannya akan menimbulkan masalah-masalah yang dialami selama masa remaja sehingga menempatkan remaja sebagai populasi berisiko di masyarakat (McMurray, 2003). Masalah kesehatan remaja yang termasuk perilaku berisiko yaitu merokok, konsumsi alkohol, konsumsi obat, depresi atau risiko bunuh diri, emosi, masalah fisik, masalah di sekolah dan perilaku seksual (Stanhope dan Lancaster, 2004).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti mengenai perilaku seksual remaja di Desa Tridaya Sakti menunjukkan perilaku berpacaran remaja yang semakin bebas dan menjurus ke aktivitas seksual berisiko. Perilaku pacaran yang dilakukan oleh remaja menunjukkan menurunnya norma dan adat istiadat yang berlaku di masyarakat. Belum adanya peraturan di masyarakat tentang batasan pergaulan remaja dan kepedulian masyarakat yang kurang terhadap perilaku pacaran remaja menyebabkan makin bebasnya perilaku pacaran remaja di desa Tridaya Sakti. Perilaku pacaran telah menjurus pada perilaku seksual bebas tanpa memperhatikan tempat pacaran. Selain itu, prasarana yang dapat menjadi wadah kegiatan bagi remaja di Desa Tridaya Sakti tampak belum optimal.

Perilaku seksual berisiko pada masa remaja dapat diantisipasi oleh keluarga melalui pelaksanaan struktur keluarga terkait pola komunikasi dan kekuatan keluarga secara optimal (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Masa remaja sering dianggap sebagai masa yang sulit bagi orang tua untuk berkomunikasi secara baik dengan anak sehingga tak jarang terjadinya konflik antara orang tua dan anak.

Kekuatan keluarga merupakan kemampuan anggota keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga yang lain (Olson dan Cromwell, 1975; dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Fokus kekuatan keluarga dengan remaja adalah pengambilan keputusan yang diarahkan pada pencapaian persetujuan dan komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan serangkaian tindakan atau mempertahankan status *quo*. Teknik interaksi yang digunakan anggota keluarga dalam upaya memperoleh kendali dengan bernegosiasi dalam mengambil keputusan dan disepakati oleh anggota keluarga Mc Donald (1980, dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Proses negosiasi melalui komunikasi dengan remaja merupakan cara yang terbaik dalam melaksanakan kekuatan keluarga. Kekuatan keluarga ini akan

dapat mencegah perilaku seksual berisiko yang dimunculkan dalam kehidupan remaja (Friedman, Bowden dan Jones, 2003). Hasil pengamatan peneliti dalam studi pendahuluan pada remaja di wilayah Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan didapatkan bahwa remaja menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan, karena wilayah padat penduduk dengan jumlah keluarga yang memiliki remaja 1853 kepala keluarga dan jumlah remaja 20% dari 29.937 yaitu 5.987 orang.

Berdasarkan hal tersebut maka dirumuskan masalah penelitian yaitu bagaimana hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Wilayah Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya:

1.3.2.1 Karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan dan aktifitas ibadah remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2.2 Pola komunikasi keluarga di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2.2 Kekuatan keluarga di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2.3 Hubungan pola komunikasi dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2.4 Hubungan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

1.3.2.5 Teridentifikasinya variabel yang paling berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja setelah dikontrol oleh *variabel confounding*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pembuat kebijakan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun program kesehatan remaja untuk mencegah perilaku seksual berisiko pada remaja melalui kerja sama lintas program dan lintas sektoral Departemen Kesehatan dengan Badan Koordinasi Keluarga Berencana atau Dinas Pendidikan dan Kebudayaan.

1.4.2 Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

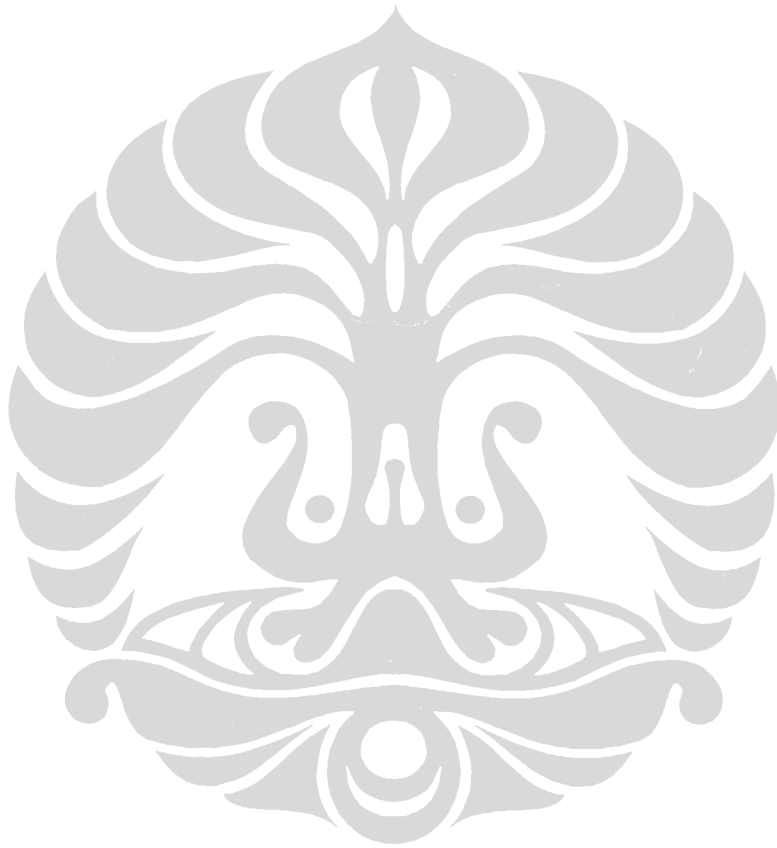
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar asuhan keperawatan komunitas pada remaja dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi. Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga terkait perilaku seksual berisiko pada remaja dapat digunakan untuk mengevaluasi program pembinaan dan pendidikan kesehatan pada remaja khususnya PKPR (Program Kesehatan Peduli Remaja) di Puskesmas.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dalam mengembangkan model promosi kesehatan keluarga dengan anak remaja, model intervensi pembinaan keluarga, dan model pemberdayaan keluarga melalui optimalisasi komunikasi dan kekuatan keluarga pada di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, sehingga dapat dikembangkan pada kota lain di Indonesia. Pada

Universitas Indonesia

akhirnya diperoleh model pembinaan kesehatan reproduksi pada anak remaja di Indonesia. Perilaku seksual pada remaja yang berbeda dan unik dapat dijadikan pertimbangan dalam mengintegrasikan berbagai model intervensi keperawatan dengan pemberdayaan masyarakat dan kemitraan. Hasil penelitian ini juga dapat dikembangkan dalam penelitian berikutnya untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas konsep remaja, remaja sebagai populasi *at risk*, pola komunikasi, kekuatan (*power*) keluarga, konsep perilaku seksual, peran perawat komunitas dalam pemenuhan kebutuhan perilaku seksual remaja dan model *health promotion*.

2.1. Konsep Remaja

2.1.1. Pengertian Remaja

Remaja adalah individu baik perempuan maupun laki-laki yang berada pada masa atau usia antara anak-anak dan dewasa. Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya setempat. *International Planned Parenthood Federation (IPPF/PKBI)* mendefinisikan remaja dengan rentang usia 10-24 tahun. Batasan ini mengacu pada rentang usia di mana perubahan-perubahan psikis dan fisik manusia mulai muncul. Beberapa ahli membagi masa remaja menjadi tiga periode yaitu *early adolescent*, *middle adolescent*, dan *late adolescent* dengan rentang usia 13-19 tahun (Tyas, 2002). Kozier, *et.al* (2004) membagi masa remaja menjadi tiga batasan usia yaitu masa remaja awal (10-14 tahun), masa remaja pertengahan (14-17 tahun) dan masa remaja akhir (17-19 tahun). Sedangkan menurut DEPKES (2009) kelompok remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun.

Hurlock (1998) menyatakan remaja adalah seorang individu yang mengalami peralihan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Remaja pada tahap tersebut mengalami perubahan baik emosi, tubuh, minat, pola perilaku, dan juga penuh dengan masalah-masalah pada masa remaja. Sedangkan Thera (2005) menyatakan bahwa remaja adalah masa peralihan dari kanak-kanak ke dewasa.

Seorang remaja sudah tidak lagi dapat dikatakan sebagai kanak-kanak, namun masih belum cukup matang untuk dapat dikatakan dewasa. Masa remaja adalah masa transisi antara masa kanak-kanak dengan dewasa dan relatif belum mencapai tahap kematangan mental dan sosial sehingga mereka harus menghadapi tekanan-tekanan emosi dan sosial yang saling bertentangan. Wong (2008) berpendapat bahwa masa remaja merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan ditandai dengan kematangan fisik, kognitif, sosial, dan emosional yang cepat pada anak pada anak laki-laki untuk mempersiapkan diri menjadi laki-laki dewasa dan pada perempuan untuk mempersiapkan diri menjadi wanita dewasa.

2.1.2 Perubahan yang terjadi pada masa remaja.

Masa remaja adalah masa peralihan dari masa anak-anak menuju ke kedewasaan yang meliputi perkembangan biologis, kognitif dan sosial-emosional yang dipengaruhi oleh faktor bawaan dan lingkungan (Santrock, 2010). Perkembangan yang dialami remaja tersebut merupakan respon yang normal pada remaja dan harus dilalui remaja untuk menuju ke fase perkembangan selanjutnya.

Perkembangan biologis pada remaja sangat berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Aktivitas kelenjar pituitari pada saat ini berakibat dalam sekresi hormon yang meningkat, dengan efek fisiologis yang tersebar luas. Hormon pertumbuhan memproduksi dorongan pertumbuhan yang cepat, yang membawa tubuh mendekati tinggi dan berat dewasanya dalam sekitar dua tahun. Kematangan seksual pada remaja perempuan ditandai oleh kehadiran menstruasi dan pada pria ditandai oleh produksi semen. Hormon-hormon utama yang mengatur perubahan ini adalah androgen pada pria dan estrogen pada wanita, zat-zat yang juga dihubungkan dengan penampilan ciri-ciri seksual sekunder seperti rambut wajah, tubuh, dan kelamin dan suara yang mendalam pada pria. Pada wanita berupa rambut di

daerah kelamin, pembesaran payudara, dan pinggul lebih lebar. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggung-jawab atas munculnya dorongan seks (Santrock, 2010). Hasil studi penelitian di Texas pada 100 responden anak laki-laki dan perempuan berusia lebih dari 7 tahun bahwa pertumbuhan dan perubahan fisik laki-laki maupun perempuan pada masa remaja sama (*American Psychological Association*, 2011). Perubahan biologis yang terjadi berpengaruh pada perubahan emosional remaja.

Keadaan emosi selama masa remaja meningkat sebagai akibat perubahan fisik dan kelenjar. Emosi yang meningkat pada remaja terjadi akibat tekanan sosial dan menghadapi kondisi baru yang tidak disiapkan untuk menghadapi masa remaja. Perubahan emosional pada remaja akan dimunculkan dalam sikap dan tingkah laku kesehariannya. Remaja dalam mencapai kematangan emosi, remaja perlu belajar memperoleh gambaran tentang situasi yang dapat menimbulkan reaksi emosional dengan cara terbuka dengan keluarga atau teman (Hurlock, 1998). Keterbukaan remaja terhadap perasaan dan masalah pribadi dipengaruhi oleh rasa aman dalam berhubungan sosial dan keterbukaan dengan orang lain. Remaja lebih terbuka dengan kelompok sebaya dibandingkan dengan keluarga dan kelompok sebaya membawa pengaruh besar pada remaja. Hasil penelitian di Malaysia pada 403 responden terdiri dari laki-laki dan perempuan berusia 16-17 tahun, menunjukkan remaja mengalami tekanan emosi yang mayoritas menunjukkan gejala psikologis dan faktor yang menyebabkan tekanan adalah faktor keluarga dan lingkungan sekitar remaja (Sham, 2005).

Kuatnya pengaruh kelompok sebaya membuat remaja lebih banyak diluar rumah bersama dengan teman-teman sebaya sebagai bagian dari kelompoknya. Pengaruh teman sebaya umumnya akan dapat

Universitas Indonesia

dilihat dari sikap, pembicaraan, minat, penampilan, dan perilaku remaja. Pengaruh teman sebaya tersebut lebih besar pengaruhnya dari pada pengaruh keluarga (Hurlock, 1998). Hasil penelitian di Pontianak pada 348 responden siswa SMA menunjukkan bahwa yang paling dominan mempengaruhi perilaku seksual remaja adalah perilaku seksual teman sebaya sebesar 34,4% (Suwarni dan Linda, 2008). Perubahan sosial yang terjadi pada masa remaja dapat berdampak perilaku seksual berisiko pada remaja apabila tidak dapat beradaptasi selama berada pada kelompok teman sebaya.

Aspek psikososial pada remaja merupakan aspek yang berhubungan dengan kejiwaan dan sosial selama masa perkembangan remaja. Aspek kejiwaan berasal dari dalam diri remaja, sedangkan aspek sosial berasal dari luar diri remaja yang sangat berpengaruh pada masa pertumbuhan remaja. Kedua aspek ini sangat berpengaruh pada masa pertumbuhan remaja. Kadang yang lebih berpengaruh justru bukan aspek kejiwaan, melainkan aspek eksternal, misalnya media massa. Dalam kehidupan remaja aspek psikososial berlangsung secara seimbang untuk mencapai perkembangan remaja yang sehat dan optimal. Pengaruh dari luar remaja akan mampu mengubah remaja menjadi manusia yang lebih baik, karena dengan kondisi ini diharapkan terjadi interaksi psikologis dan sosial menjadi positif yang pada akhirnya dapat berdampak positif pada pembentukan identitas diri remaja (Firdaus, 2010).

2.2. Remaja sebagai Populasi *At risk*

Masa remaja merupakan periode transisi di mana remaja mengalami peralihan untuk menjadi dewasa. Pada periode transisi ini, remaja mengalami transisi emosional, transisi sosialisasi, transisi agama, transisi hubungan keluarga. Periode transisi remaja telah menempatkan remaja sebagai populasi yang berisiko (Hurlock, 1998).

Health Risk dalam Stanhope dan Lancaster (2002) menyatakan bahwa ada beberapa faktor berkontribusi terhadap munculnya kondisi sehat atau tidak sehat. Pada kenyataannya, tidak setiap orang yang terpapar dengan peristiwa yang sama akan memiliki akibat yang sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi apakah penyakit atau akibat lainnya yang tidak sehat akan muncul disebut dengan *health risk*. Ide tentang pengontrolan health risks merupakan inti dari pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. *Health risks* dapat diklasifikasikan kedalam berbagai kategori umum. Califano (1979; dalam Stanhope dan Lancaster, 2002) mengidentifikasi 4 kategori utama, yaitu: risiko biologis bawaan atau genetik, risiko lingkungan, risiko perilaku, risiko yang terkait dengan usia.

Agregate yang berisiko adalah individu atau kelompok yang memiliki karakteristik yang dapat menyebabkan peningkatan risiko atau potensial terjadinya penyakit, injuri atau masalah kesehatan melalui adanya beberapa faktor risiko (Stone, McGuire, & Eigsti, 2002). Faktor risiko adalah faktor yang berhubungan dengan proses terjadinya suatu kejadian. Faktor risiko diperoleh dengan membandingkan antara suatu kejadian penyakit atau perubahan kondisi kesehatan pada individu atau kelompok yang terpapar oleh ancaman atau faktor risiko dan kejadian pada individu atau kelompok lain yang tidak terpapar oleh ancaman atau faktor risiko tertentu Jekel, Elmore, Katz (1996 dalam Stone, McGuire, & Eigsti, 2002).

Perawat kesehatan yang profesional berdasarkan *at-risk perspective* dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas suatu masalah kesehatan sepanjang rentang kehidupan manusia dengan mengimplementasikan aktivitas-aktivitas pencegahan primer untuk mengurangi insiden suatu masalah kesehatan. Seorang perawat kesehatan komunitas yang profesional mampu mengidentifikasi *aggregates* yang kondisi kesehatannya berada pada *highest risk* dan melakukan intervensi keperawatan yang tepat (ANA Quad Council, 1999; dalam Clemen-Stone, McGuire & Eigsti, 2002). Beberapa

faktor yang memberikan kontribusi populasi remaja sebagai populasi berisiko (*at risk*) adalah:

2.2.1. Periode Transisi

Masa transisi remaja merupakan factor resiko utama timbulnya masalah kesehatan pada remaja. Masa transisi tersebut antara lain transisi emosional, transisi dalam sosialisasi, transisi dalam agama, transisi dalam hubungan keluarga, transisi moralitas. Secara umum remaja akan mengalami perubahan-perubahan dalam hal biologis maupun psikologis yang sangat pesat. Perubahan-perubahan tersebut memberikan dorongan yang kuat terhadap perilaku dan kehidupan remaja yang sifatnya sangat beragam (Hurlock, 1998).

2.2.2. Pengetahuan Keluarga

Pengetahuan keluarga terutama mengetahui dan memahami tugas dan tanggung jawab keluarga terhadap perkembangan remaja. Tugas dan tanggung jawab yang dimaksudkan adalah pertama, menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab untuk mendewasakan remaja serta meningkatkan otonomi remaja; kedua, memfokuskan kembali hubungan perkawinan; ketiga, menciptakan suasana komunikasi terbuka antara anggota keluarga; keempat, mempertahankan standar-standar etik dan moral keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.2.3. Status Sosio-ekonomi Keluarga

Tuntutan lingkungan sosial dan pergaulan menjadi sumber ketegangan dalam keluarga. Tuntutan kebutuhan hidup yang meningkat namun tidak diimbangi dengan peningkatan pendapatan keluarga untuk memenuhi kebutuhan, membuat remaja berusaha untuk melakukan berbagai cara yang tidak jarang melakukan kesalahan yang berdampak negative (Gunarsa, 2004). Hasil penelitian di Kabupaten Gunung Kidul menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif dengan 150 responden dari SMA Negeri

Wonosari dan SMA Negeri 1 Karangmojo bahwa prevalensi remaja dengan status sosial ekonomi rendah memiliki perilaku seksual yang lebih tinggi sekitar 70% dibandingkan dengan remaja yang berstatus sosial ekonomi lebih tinggi sekitar 50% (Anjarwati, 2009).

2.2.4. Pendidikan

Penyampaian materi pendidikan seksual seharusnya diberikan oleh orang tua sejak dini, mengingat yang paling tahu keadaan anaknya adalah orang tua sendiri. Sayangnya di Indonesia tidak semua orang tua mau terbuka terhadap anak didalam membicarakan masalah seksual, dapat juga karena factor ketidaktahuan. Hal ini mengakibatkan remaja mencari sumber informasi yang salah terkait dengan permasalahannya (Gunarsa, 2004).

2.2.5. Lingkungan

Lingkungan pergaulan remaja yang sudah semakin luas memberikan pengaruh positif atau negatif bagi kehidupan remaja. Pengaruh positif melalui interaksi teman sebaya belajar mengenai pola hubungan timbal balik dan setara. Pengaruh lingkungan pergaulan yang negatif disertai tekanan yang kuat oleh kelompok dan masyarakat akan dapat menjerumuskan remaja pada perilaku negatif seperti mengkonsumsi alkohol, narkoba dan obat terlarang, serta seks bebas (Santrock, 2003). Hasil penelitian di Pontianak pada 348 responden siswa SMA bahwa, yang paling dominan mempengaruhi perilaku seksual remaja adalah perilaku seksual teman sebaya sebesar 34,4% (Suwarni & Linda, 2008).

2.2.6. Kemajuan Teknologi.

Kemajuan dan modernisasi teknologi membawa pengaruh bagi keluarga, termasuk remaja dalam keluarga. Sarana komunikasi yang semakin canggih akibat kemajuan teknologi menyebabkan meningkatnya arus informasi dari luar. Remaja akan mengadopsinya

tanpa memilah-milah yang selanjutnya dipraktekkan dalam hidup kesehariannya (Santrock, 2003). Hasil studi penelitian di Medan dengan 107 responden menunjukkan bahwa media cetak mempunyai proporsi lebih sedikit (19,5%) dibandingkan dengan media elektronik (33,3%) dalam meningkatkan perilaku kesehatan reproduksi yang beresiko pada remaja (Indarsita, 2002).

2.2.7. Pembangunan

Pesatnya pembangunan disertai penambahan jumlah penduduk, keterbatasan sumber daya alam dan perubahan tata nilai di masyarakat akan menyebabkan ketimpangan social dan individualisme meningkat yang dapat menjadi pemicu konflik pada remaja. Seringkali membuat remaja frustrasi dan depresi yang mendorong remaja mengambil jalan pintas dengan tindakan yang bersifat negatif.

2.3. Pola Komunikasi

2.3.1. Pengertian komunikasi

Istilah “komunikasi” (Bahasa Inggris “*communication*” berasal dari bahasa Latin “*communicates*” atau *communication* atau *communicare* yang berarti “berbagi” atau menjadi milik bersama”. Dengan demikian, kata komunikasi menurut kamus bahasa mengacu pada suatu upaya yang bertujuan untuk mencapai kebersamaan (Riswandi. 2009).

Beberapa pakar komunikasi Roger dan D. Lawrence Kincaid (1981; dalam Mubarak, *et al*, 2009) memberikan definisi komunikasi sebagai suatu proses dimana dua orang atau lebih membentuk atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian yang mendalam. Duldt-Betty (dalam Suryani, 2005) mendefinisikan komunikasi sebagai sebuah proses penyesuaian dan adaptasi yang dinamis antara dua

orang atau lebih dalam suatu interaksi tatap muka dan terjadi pertukaran ide, makna, perasaan, dan perhatian. Harrol D. Lasswel (dalam Riswandi, 2009) menjelaskan bahwa komunikasi pada dasarnya merupakan suatu proses yang menjelaskan “siapa” mengatakan “apa” “dengan saluran apa”, “kepada siapa”, dan “dengan akibat apa” atau “hasil apa”. Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam sebuah interaksi tatap muka yang berisi ide, perasaan, perhatian makna, serta pikiran yang diberikan pada penerima pesan dengan harapan si penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mengubah sikap dan perilakunya. Menurut Notoatmodjo (2007) agar terjadi komunikasi yang efektif antara pihak satu dengan pihak lain, antara kelompok satu dengan yang lain, atau seseorang dengan orang lain, diperlukan keterlibatan beberapa unsur komunikasi yaitu komunikator, komunikan, pesan, dan saluran atau media.

2.3.2 Proses Komunikasi

Komunikasi pada hakikatnya adalah proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan. Menurut Effendy (1992) proses komunikasi dapat ditinjau dari dua perspektif.

2.3.2.1. Proses Komunikasi dalam Perspektif Psikologi

Proses komunikasi perspektif ini terjadi pada diri komunikator dan komunikan. Komunikator akan menyampaikan suatu isi pesan melalui proses *encoding* kepada komunikan. Ketika seorang komunikator berniat akan menyampaikan pesan kepada komunikan. Pesan yang diterima oleh komunikan akan diproses melalui proses *decoding*, sehingga isi pesan diterima. Sehingga terjadi komunikasi interpersonal antara komunikator dan komunikan.

2.3.2.2. Proses Komunikasi dalam Perspektif Mekanistik

Proses komunikasi ini terjadi melalui gerakan tubuh ataupun gerakan mulut dari komunikator dalam menyampaikan suatu isi pesan. Komunikan akan menangkap isi pesan tersebut dan menyimpulkan berdasarkan maksud dari komunikator.

2.3.3. Jenis proses komunikasi

2.3.3.1. Komunikasi fungsional

Pola komunikasi keluarga terjadi interaksi yang berkesinambungan dan menghasilkan arti dari transaksi antara anggota keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan efektif keluarga. Kemampuan anggota keluarga untuk mengenal dan merespon pesan non verbal merupakan aspek penting pada keluarga yang sehat Peters (1974 dalam Friedman, Bowden, Jones, 2003). Pola komunikasi dalam keluarga dikatakan fungsional apabila: berkomunikasi selaras, apa yang sedang diucapkan, sama dengan isi pesan, ekspresif, keterbukaan nilai, saling menghormati perasaan, pikiran dan kepedulian, mampu mengatasi konflik (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.3.3.2. Komunikasi disfungsional

Komunikasi disfungsional sebagai transmisi tidak jelas dan atau tidak langsung serta penerimaan dari salah satu atau keduanya, isi dan instruksi (maksud dari pesan dan atau ketidaksesuaian antara tingkat isi dan instruksi dari pesan. Transmisi tidak langsung dari suatu pesan berkenaan dengan pesan yang dibelokan dari sasaran yang seharusnya kepada orang lain dalam keluarga. Transmisi langsung dari suatu pesan berarti pesan mengenai sasaran yang sesuai (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Salah satu factor utama yang menimbulkan pola komunikasi disfungsional adalah terdapatnya rasa harga diri yang rendah pada anggota keluarga, memfokuskan pada kebutuhan diri, mempertahankan dan menghindari konflik, kurang empati terhadap perbedaan anggota keluarga yang lain, komunikasi tertutup, dan peraturan yang ada dalam keluarga tidak tertulis (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.3.4. Komunikasi dalam keluarga

Komunikasi yang efektif antara orang tua dan anak remaja merupakan faktor penting dalam interaksi, karena komunikasi menyebabkan adanya saling pengertian antar anggota keluarga. Komunikasi efektif terjadi apabila anak dapat mengungkapkan perasaan dan problem yang dihadapi sedangkan orang tua memahami dan membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi Balson (1999, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Komunikasi orang tua dengan remaja pada dasarnya harus terbuka, walaupun remaja lebih cenderung terbuka dengan teman sebaya. Hal tersebut karena remaja merupakan bagian dari keluarga. Komunikasi yang terbuka diharapkan dapat menghindari kesalahpahaman antara orang tua dengan remaja. Apabila remaja telah dapat berfikir secara baik, remaja telah dapat mempertimbangkan secara baik mengenai hal yang dihadapi. Dengan demikian akan menimbulkan saling pengertian di seluruh anggota keluarga, sehingga akan terbina dan tercipta tanggung jawab sebagai anggota keluarga.

Gunarsa (2004) mengemukakan bahwa komunikasi efektif antara orang tua dan remaja membentuk pola dasar kepribadian remaja secara normal dan perkembangan psikologis yang sehat bagi remaja, karena merupakan hakekat seorang remaja dalam pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan uluran tangan orang tua, orang tua lah

yang bertanggung jawab dalam mengembangkan keseluruhan eksistensi remaja termasuk kebutuhan fisik dan psikis sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang kearah kepribadian yang matang dan harmonis.

Kualitas komunikasi antara orang tua dan remaja dapat menghindari remaja dari perilaku seksual remaja, hal ini dikarenakan antara orang tua dan remaja terjalin hubungan atau komunikasi yang intensif sehingga kemungkinan terjadi sharing, dan pemecahan masalah (Laily & Matulesy, 2004; dalam Fauzi, 2010). Perilaku seksual remaja dapat dicegah dengan meyakinkan remaja bahwa mereka dicintai dan diinginkan oleh kedua orang tuanya. Remaja yang kurang kasih sayang dari orang tua lebih cenderung mencari keintiman di luar.

Hasil penelitian pada siswa-siswi kelas III SMK Surakarta, bahwa pengetahuan seksualitas dan kualitas komunikasi orang tua-anak mempunyai hubungan yang signifikan dengan perilaku seksual pada remaja (Amrilah, 2007).

2.4. Kekuatan (*Power*) Keluarga

2.4.1. Definisi Kekuatan Keluarga

Kekuatan keluarga merupakan kemampuan potensial atau aktual dari anggota keluarga untuk mempengaruhi dan memaksakan pandangannya terhadap anggota keluarga lainnya. Kekuatan keluarga mempunyai pengaruh dan sebagai tekanan formal dan non formal dalam pembuatan keputusan anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Sedangkan definisi lain menurut (Jory & Yodanis, 2010) kekuatan keluarga adalah kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi anggota keluarga yang lain untuk mencari solusi dan menghentikan dalam mencapai tujuan mereka. Kekuatan keluarga dapat dilihat didalam kontek interaksi keluarga

Universitas Indonesia

secara berkesinambungan. Pola komunikasi dapat menunjukkan peran dan kekuasaan keluarga yang dapat terlihat dalam proses keluarga berkisar dari kegiatan rutin harian sehingga negosiasi, isu, dan konflik yang rumit (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Kekuatan keluarga penting dalam membuat keputusan keluarga menghadapi dan mengatasi masalah perilaku remaja. Kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi remaja dalam mengambil suatu keputusan dibutuhkan suatu power keluarga, sehingga akan didapatkan solusi terhadap suatu masalah dan mampu membatasi aktivitas remaja yang tidak diinginkan berdasarkan aturan dalam keluarga dan masyarakat.

2.4.2 Pola Asuh keluarga

Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan dapat dilihat dari gaya orang tua dalam mengasuh remaja. Menurut Diana Baumrind (1971, dalam Jory & Yodanis, 2010). ada tiga macam pola asuh yaitu

2.4.2.1. Gaya Otoriter

Orang tua dengan gaya pengasuhan dengan mengandalkan penegasan kekuasaan, disiplin keras, kurang hangat, kurang mengasuh, kurang mengasihi, kurang simpatik pada remaja.

Orang tua menggunakan kontrol dan kekuasaan sepenuhnya, serta tidak mendorong remaja untuk mengemukakan ketidaksetujuan atas keputusan atau peraturan orang tua dan memberi sedikit kehangatan. Anak yang dibesarkan dengan gaya otoriter sering merasa ditolak karena ide-ide mereka tidak disambut dan mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas yang menuntut otonomi, kreatifitas dan refleksi. Anak harus patuh, tunduk dan tidak ada pilihan lain yang sesuai dengan kemauan atau pendapatnya sendiri. Orang tua dengan gaya otoriter tidak mempertimbangkan pandangan dan pendapat remaja.

Universitas Indonesia

Orang tua mengharuskan remaja untuk melakukan sesuatu, tanpa memberikan alasan yang jelas.

2.4.2.2. Gaya Otoritatif

Gaya pengasuhan otoritatif adalah kombinasi dari pengasuhan dengan kontrol yang tinggi dan pemberian dukungan yang positif bagi kemandirian remaja. Orang tua yang menerapkan gaya pengasuhan otoritatif membuat suasana yang kondusif bagi remaja untuk bertingkah laku yang mandiri. Orang tua juga memberikan informasi dan alasan tentang apa yang boleh dilakukan dan yang tidak boleh dilakukan. Gaya pengasuhan authoritative memiliki arti yang sama seperti pola pengasuhan demokratis. Pola asuh demokratis memberlakukan peraturan-peraturan yang dibuat bersama oleh anggota keluarga yang bersangkutan. Orang tua selalu memperhatikan keinginan dan pendapat remaja, kemudian mendiskusikannya untuk mengambil keputusan terakhir.

2.4.2.3. Gaya *Permissive*

Gaya pengasuhan orang tua yang memberikan kebebasan secara penuh kepada anak untuk membuat keputusan tanpa pertimbangan orang tua dan boleh berkelakuan menurut apa yang diinginkannya serta tanpa adanya kontrol dari orang tua. Orang tua dengan gaya pengasuhan *permissive* memberikan sedikit tuntutan dan menekankan sedikit disiplin sehingga tidak efektif dilakukan untuk mendisiplinkan remaja. Bentuk gaya dapat dinilai dari informasi hanya kecenderungannya karena gaya pengasuhan orang tua tidak mutlak menggunakan satu bentuk gaya.

Hasil penelitian di Bogor dengan 263 pasang responden remaja dan orang tua bahwa terdapat hubungan yang sangat nyata antara pola asuh : permisif, demokratis dan otoriter. Pola asuh otoriter 0,09 kali beresiko terjadi perilaku remaja yang tidak baik untuk seksual dibandingkan dengan pola asuh permisif. Sebaliknya pola asuh otoriter beresiko terjadi perilaku remaja yang tidak baik untuk seksual 2,2 kali dibandingkan pola asuh demokratis (Ariani, 2006).

2.4.3. Proses pembuatan keputusan

Kekuatan dalam membuat keputusan merupakan suatu proses untuk mencapai persetujuan dan komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan kesepakatan tindakan atau mempertahankan status quo. Dengan kata lain, yaitu "berarti membuat sesuatu tercapai" Scanzoni & Szinovacz (1980, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Ada tiga tipe proses pembuatan keputusan:

2.4.3.1. *Konsensus*

Pembuatan keputusan dengan *konsensus* ini, merupakan cara sehat dalam membuat keputusan, karena keputusan yang diambil disetujui oleh semua anggota keluarga yang terlibat dan mempunyai komitmen atas keputusan yang telah ditetapkan. Proses membuat keputusan dengan *konsensus* disetujui melalui diskusi dan negosiasi.

2.4.3.2. *Akomodasi*

Pembuatan keputusan atas dasar kesepakatan semua anggota keluarga yang terlibat tetapi keputusan dicapai tidak mencerminkan pilihan asli dari tiap anggota, namun memiliki elemen yang dapat diterima oleh mereka. Dalam mengambil keputusan terjadi tawar menawar satu atau lebih anggota keluarga dalam membuat kesepakatan dengan yang lain. Proses negosiasi terjadi pada anggota

keluarga yang tidak sepakat sehingga menghasilkan persetujuan yang tidak diinginkan oleh satu atau lebih anggota keluarga, dimana komitmen dipastikan hanya oleh kekuasaan memaksa. Adanya ancaman hukuman menunjukkan dominasi dari seseorang terhadap orang lain (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

2.4.3.3. *De facto*

Pembuatan keputusan *de facto* merupakan pembuatan keputusan terjadi apabila sesuatu yang dibolehkan terjadi begitu saja tanpa perencanaan. Proses pembuatan keputusan terjadi secara aktif, sukarela dan efektif. Keputusan *de facto* dapat dibuat ketika terjadi argumentasi yang tidak ada solusi atau jika permasalahan tidak diangkat dan didiskusikan. Sehingga keputusan tersebut kemudian diberlakukan

2.5 Konsep Perilaku Seksual

2.5.1. Definisi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2007), perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti meskipun stimulus sama dari beberapa orang, namun respon tiap orang berbeda-beda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: Faktor internal, yaitu karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya. Faktor eksternal, yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini yang dominan mempengaruhi

perilaku seseorang. Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktifitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor baik internal maupun eksternal.

2.5.2. Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908. dalam Notoatmojo. 2007), seorang ahli psikologi pendidikan, membagi perilaku dalam 3 domain yaitu :

2.5.2.1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan tersebut dapat terjadi melalui pancaindra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behavior).

Menurut Notoatmojo (2007) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu sebagai berikut :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai kemampuan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalamnya mengingat kembali pengetahuan spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Remaja yang pernah mempelajari tentang kesehatan reproduksi dan perilaku seksual dapat mengingat kembali dari seluruh bahan yang dipelajari. Contohnya dapat menyebutkan tentang pengertian resiko perilaku seksual.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Remaja yang sudah paham tentang kesehatan reproduksi dan perilaku seksual harus dapat menyimpulkan dan menjelaskan dengan benar. Misalnya remaja dapat menjelaskan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual berisiko dan tidak berisiko.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Remaja dapat menentukan pergaulan lawan jenis sesuai dengan perilaku seksual tidak berisiko.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lainnya. Misalnya remaja mampu menjelaskan salah satu perilaku seksual berisiko. Seperti hubungan seksual pada remaja.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk tertentu. Misalkan remaja mampu menghubungkan perilaku seksual berisiko dengan akibat kehamilan pada remaja.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan penilaian objek tertentu. Misalnya remaja mampu menentukan sikap dalam perilaku seksual.

2.5.2.2. Sikap (*attitude*)

Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsir terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu, yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcom, salah satu ahli psikologis sosial menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak terhadap stimulus di lingkungan, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan. Sikap remaja terhadap perilaku seksual dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian remaja terhadap penyuluhan tentang kesehatan reproduksi dan perilaku seksual.

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Misalnya: remaja menjawab pertanyaan dan menghindari perilaku seksual.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya: Seorang remaja mengajak teman sebaya untuk menghindari perilaku seksual remaja atau mendiskusikan tentang perilaku seksual remaja, adalah bukti bahwa remaja tersebut telah mempunyai sikap negatif terhadap perilaku seksual remaja.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya remaja : seorang remaja menolak ajakan berkencan dengan teman lawan jenis, meskipun mendapat tantangan tidak diterima oleh teman sebaya.

2.5.2.3. Perilaku

Suatu sikap belum dapat secara langsung terwujud dalam suatu tindakan. Untuk dapat mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata perlu faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Misalnya : tersedianya fasilitas untuk remaja yaitu sarana olah raga, karang taruna, dan PKPR di lingkungan tempat tinggal remaja. Selain faktor fasilitas, juga diperlukan faktor pendukung yaitu dukungan teman sebaya, orang tua dan guru BP disekolah. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan, yaitu:

- a. Persepsi, merupakan proses mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil. Misalnya: remaja dapat menolak ajakan teman lawan jenisnya berkencan.
- b. Respon terpimpin, dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

Misalnya : remaja dapat menolak ajakan teman lawan jenisnya berkencan dengan cara komunikasi asertif.

- c. Mekanisme terjadi apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu tersebut sudah merupakan kebiasaan. Misalnya: remaja sudah terbiasa melakukan komunikasi asertif dengan temannya.
- d. Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Misalnya, remaja dapat berkomunikasi secara asertif dengan temanya dengan menggunakan bahasa yang sederhana.

2.5.3. Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2007) menjabarkan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

2.5.3.1. Faktor-faktor predisposisi (disposing faktor)

Faktor predisposisi merupakan faktor faktor yang mempermudah dan mempredisposisi terjadinya perilaku seksual pada remaja. Remaja kurang mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan permasalahannya dari keluarga sehingga cenderung mencari informasi dari teman atau media yang kurang dapat dipertanggung jawabkan. Remaja yang tidak mampu mengelola dorongan perilaku seksual, dan tidak mampu mempertimbangkan resiko perilaku sebelum mengambil keputusan, cenderung dapat mencari dorongan seksualnya secara tidak sehat. Apabila remaja kurang mendapatkan bimbingan keagamaan dalam keluarga dan kelompok sebaya yang kurang menghargai

nilai-nilai agama, maka kondisi ini menjadi pemicu berkembangnya perilaku seksual. Pandangan masyarakat terhadap seks mempengaruhi perilaku seks remaja. Nilai tradisi remaja bahwa menyerahkan keperawanan sebagai bukti cinta terhadap pasangannya merupakan perilaku seksual yang tidak sehat.

2.5.3.2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*).

Faktor-faktor ini yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku dan tindakan. Pengaruh media informasi baik cetak maupun elektronik yang merangsang gairah seksual mendorong remaja untuk melakukan perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab.

2.5.3.3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Motivasi tertentu akan mendorong seseorang untuk melakukan perilaku tertentu. Pada seorang remaja, perilaku seks pranikah dapat dimotivasi oleh rasa sayang dan cinta dengan didominasi oleh perasaan kedekatan dan gairah yang tinggi terhadap pasangannya, tanpa disertai komitmen yang jelas. atau karena pengaruh kelompok, dimana remaja tersebut ingin menjadi bagian dari kelompoknya dengan mengikuti norma-norma yang telah dianut oleh kelompoknya, dalam hal ini kelompoknya telah melakukan perilaku seks pranikah. Faktor lain yang dapat mempengaruhi seorang remaja melakukan seks pranikah karena ia didorong oleh rasa ingin tahu yang besar untuk mencoba segala hal yang belum diketahui. Remaja ingin mengetahui banyak hal yang hanya dapat dipuaskan serta diwujudkan melalui pengalaman mereka sendiri,

Ketiga faktor tersebut diatas akan dapat menempatkan perilaku seksual remaja di masyarakat sebagai bagian populasi berisiko. Remaja dalam berperilaku seksual dalam kehidupannya akan sangat dipengaruhi oleh faktor predisposisi tertentu sehingga akan mengarahkan perilaku seksualnya berisiko ataupun tidak berisiko. Perilaku seksual remaja yang berisiko di masyarakat akan dipengaruhi juga oleh faktor pemungkin dan akan dikuatkan oleh faktor penguat sehingga menjadi suatu kebiasaan perilaku seksual yang tidak sehat pada remaja.

Perilaku seksual remaja yang tidak sehat dapat terjadi seiring dengan pertumbuhan primer dan sekunder pada remaja ke arah kematangan yang sempurna, muncul juga hasrat dan dorongan untuk menyalurkan keinginan seksualnya. Hal tersebut merupakan suatu yang wajar karena secara alamiah dorongan seksual ini memang harus terjadi untuk menyalurkan kasih sayang antara dua insan, sebagai fungsi pengembangbiakan dan mempertahankan keturunan sebagai bagian dari perilaku seksual remaja.

2.5.4. Perilaku seksual

2.5.4.1. Definisi perilaku seksual

Segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik hingga tingkah laku berkencan, bercumbu dan senggama. Obyek seksual dapat berupa orang, baik sejenis maupun lawan jenis, orang dalam khayalan atau diri sendiri Simkins (1984; dalam Sarwono, 2010).

2.5.4.2. Penyebab perilaku seksual

Penyebab perilaku seksual dipengaruhi oleh faktor internal (merupakan faktor yang berasal dari dalam individu yang berupa bekerjanya hormon alat reproduksi sehingga menimbulkan dorongan seksual yang menuntut untuk segera tersalurkan) dan faktor eksternal (merupakan faktor yang berasal dari luar individu yang menimbulkan dorongan seksual sehingga memunculkan perilaku seksual. Stimulus seksual di peroleh dari pengalaman kencan, pengalaman masturbasi, informasi seksualitas, diskusi dengan teman, jenis kelamin, pengaruh orang dewasa, membaca buku dan nonton film porno. Hurlock (1998).

2.5.4.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi seksualitas pada remaja

Berdasarkan hasil study menurut Sarwono (2010) yang dapat mengarahkan remaja ke perilaku seksual yang berisiko adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan-perubahan hormonal yang meningkatkan hasrat seksual (libido seksualitas) remaja. Peningkatan hormon ini menyebabkan remaja membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku tertentu
- b. Penyaluran tersebut tidak dapat segera dilakukan karena adanya penundaan usia perkawinan, baik secara hukum oleh karena adanya undang-undang tentang perkawinan, maupun karena norma sosial yang semakin lama semakin menuntut persyaratan yang terus meningkat untuk perkawinan (pendidikan, pekerjaan, persiapan mental dan lain-lain)
- c. Norma-norma agama yang berlaku, dimana seseorang dilarang untuk melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Untuk remaja yang tidak dapat menahan diri memiliki kecenderungan untuk melanggar hal-hal tersebut.

- d. Kecenderungan pelanggaran makin meningkat karena adanya penyebaran informasi dan rangsangan melalui media masa yang dengan teknologi yang canggih (contoh: VCD, buku stensilan, Photo, majalah, internet, dan lain-lain) menjadi tidak terbendung lagi. Remaja yang sedang dalam periode ingin tahu dan ingin mencoba, akan meniru apa dilihat atau didengar dari media massa, karena pada umumnya mereka belum pernah mengetahui masalah seksual secara lengkap dari orangtuanya.
- e. Orang tua sendiri, baik karena ketidaktahuannya maupun karena sikapnya yang masih mentabukan pembicaraan mengenai seks dengan anak, menjadikan mereka tidak terbuka pada anak, sehingga cenderung membuat jarak dengan anak dalam masalah ini.
- f. Adanya kecenderungan hubungan yang makin bebas antara pria dan wanita dalam masyarakat, sebagai akibat berkembangnya peran dan pendidikan wanita, sehingga kedudukan wanita semakin sejajar

2.5.4.4. Berbagai perilaku seksual remaja yang berisiko di Masyarakat menurut Sarwono (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Bersentuhan (*touching*), mulai dari berpegangan tangan sampai dengan berpelukan.
- b. Berciuman (*kissing*), mulai dari ciuman singkat hingga berciuman bibir dengan mempermainkan lidah (*deep kissing*).
- c. Bercumbu (*petting*), menyentuh bagian yang sensitif dari tubuh pasangan dan mengarah pada pembangkitan gairah seksual.
- d. Berhubungan kelamin (*seksual intercous*), perilaku seksual yang dilakukan sebelum waktunya

Universitas Indonesia

justru dapat memiliki dampak psikologis yang sangat serius, seperti rasa bersalah, depresi, marah, dan agresi (Simkins, 1984; dalam Sarwono, 2010). Dampak psikologis lainnya adalah ketegangan mental dan kebingungan akan peran sosial yang tiba-tiba berubah, jika seorang gadis hamil diluar nikah, akan terjadi cemoohan dan penolakan dari masyarakat sekitarnya. Akibat lainnya adalah terganggunya kesehatan dan resiko kehamilan serta kematian bayi yang tinggi, selain itu, juga ada akibat putus sekolah dan akibat-akibat ekonomis karena diperlukan ongkos perawatan dan lain-lain. (Sanderowitz & Paxman, 1985; dalam Sarwono, 2010).

2.5.4.5. Akibat perilaku seksual

Berdasarkan faktor-faktor resiko tersebut di atas akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan pada remaja sehingga akan semakin menempatkan remaja sebagai bagian dari populasi berisiko di masyarakat dari aspek kesehatan reproduksi remaja, antara lain:

a. Penyakit Akibat Hubungan Seksual atau *Sexual Transmitted Diseases (STDs)*

Hasil survey Nasional 2003-2004 menunjukkan 24 persen dari remaja perempuan berusia 14 sampai 19 tahun memiliki bukti laboratorium menderita salah satu dari STD berikut: human papillomavirus (HPV, 18 %), Chlamydia trachomatis (4 %), Trichomonas vaginalis (3 %), herpes simpleks virus tipe 2 (HSV-2, 2 %), atau Neisseria gonorrhoeae. Di antara gadis yang melaporkan pernah memiliki hubungan seks, 40 persen memiliki bukti laboratorium salah satu dari empat STD, sebagian besar

HPV (30 %) dan klamidia (7 %). Khusus gonore genital pada tahun 2008 meningkat dari 31 per 100.000 perempuan dari usia 10-14 tahun. Untuk 636,8 per 100.000 penduduk pada anak berusia 15-19 tahun. Klamidia Genital usia 15-19 tahun perempuan jauh lebih tinggi, di 3.275,8 per 100.000 pada tahun 2008 (Dennis, 2010).

b. Kehamilan remaja atau *teenage pregnancy*

Hasil penelitian di Selatan dan Tenggara Amerika Serikat melaporkan 4,3 juta kelahiran pada tahun 2006, sekitar 435.000 dari kelahiran adalah ibu usia 15-19 tahun, atau meningkat 21.000 remaja memiliki bayi dari tahun 2005. Sementara di Misisipi pada tahun 2006 melaporkan kehamilan remaja meningkat 60% dari rata-rata nasional dan di New Mexico, dan Texas kehamilan remaja meningkat 50% dari rata-rata nasional (Heather, 2009).

c. *Abortus*

Hasil penelitian di Amerika menunjukkan angka *abortus* di pada tahun 2006 sebanyak 19,3 % dari 1.000 remaja perempuan melakukan tindakan aborsi karena kehamilan. Kondisi ini 1% lebih tinggi bila dibandingkan tahun 2005 (Institute, G, 2010).

d. Status perkawinan/kawin muda

Hasil penelitian di Mumbai tahun 2006-2007 menunjukkan bahwa dari 142 remaja yang hamil, 134 (94%) pasien sudah menikah dan 8(5,63%) pasien belum menikah. Dari 134 yang sudah menikah 33% menikah dibawah usia 18 tahun. Pernikahan dini ini disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan dan kehamilan pada remaja (Dubhashi and Wani, 2008).

e. Putus Sekolah

Jumlah remaja putus sekolah usai 13-18 tahun atau setara dengan usia SMP dan SMU di kota Kediri di tahun 2006 telah mencapai 4087 remaja (Hapsari, 2009).

Remaja yang melakukan perilaku seksual berisiko berdasarkan konsep *at risk* di Komunitas merupakan populasi yang termasuk kedalam suatu kelompok berisiko. Suatu populasi di komunitas dapat diidentifikasi kedalam suatu kelompok berisiko melalui beberapa indikator tertentu, seperti: *biologic health risk*, *social health risk*, *economic health risk*, *life style health risk*, dan *live event health risk* (Sthanhope & Lancaster, 2004).

a. *Biologic health risk*

Risiko kesehatan dari aspek biologis dapat diidentifikasi melalui factor genetic dan fisik individu serta keluarga, sehingga akan dapat dilakukan pencegahan segera apabila factor-faktor tersebut diketahui lebih dini. Pencegahan yang dapat dilakukan adalah melalui upaya promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan individu dan keluarga tentang kesehatan fisik (Sthanhope & Lancaster, 2004). Perubahan hormonal akan meningkatkan hasrat seksual bagi remaja, merupakan factor resiko bagi remaja untuk berperilaku seksual dalam menyalurkan hasratnya.

b. *Social health risk*

Pada masyarakat yang berisiko secara social dengan membuat aturan, norma di populasi serta adanya struktur formal dan informal yang efektif berperan dalam mengatur populasi tersebut agar terhindar dari bahaya social (Sthanhope & Lancaster, 2004). Kelompok teman sebaya mempunyai aturan dan norma sendiri yang dapat mempengaruhi komunitasnya. Kuatnya pengaruh teman sebaya berisiko remaja melakukan perilaku yang melanggar norma yang

berlaku di masyarakat, misalnya sek bebas dilakukan karena pengaruh teman sebaya.

c. *Economic health risk*

Pada masyarakat yang berisiko dari segi ekonomi dengan mengatur pengeluaran seefisien mungkin serta meningkatkan usaha untuk menambah penghasilan dalam memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, perumahan, pendidikan, dan kesehatan (Sthanhope & Lancaster, 2004). Tidak seimbang antara kebutuhan remaja dan fasilitas yang disediakan orang tua karena tuntutan teman sebaya sehingga remaja mencari alternatif penghasilan untuk memenuhi kebutuhannya.

d. *Life-style health risk*

Pada masyarakat yang berisiko dari aspek *life-style* adalah dengan mengatur pola hidup dan membuat perencanaan aktifitas secara menyeluruh (Sthanhope & Lancaster, 2004). Gaya hidup remaja yang mengikuti trend lingkungan tempat tinggal atau teman sebaya, misalnya remaja menggunakan rok mini atau baju ketat dapat merangsang lawan jenis sehingga berisiko terjadinya perilaku seksual.

e. *Life-event health risk*

Pada populasi yang berisiko dari aspek *life-event* adalah dengan cara meningkatkan keyakinan dan ketahanan secara biopsikososiospiritual dan kultural dalam menghadapi perubahan yang terjadi baik yang dapat diprediksi maupun tidak (Sthanhope & Lancaster, 2004). Kejadian dalam kehidupan yang dapat berisiko terjadinya masalah kesehatan, seperti; tidak harmonisnya hubungan keluarga atau terputusnya komunikasi orang tua dengan anak remaja, pengalaman seksual yang dialami pada masa lalu berdampak pada perilaku seksual pada masa remaja.

2.6. Peran Perawat Komunitas Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perilaku Seksual Remaja.

Perawat komunitas dalam memberikan pelayanan keperawatan pada populasi *at risk* ditekankan pada mengkaji kebutuhan dan sumber-sumber serta mengidentifikasi nilai-nilai dalam populasi tersebut melalui kerja sama dengan komunitas (Nies & McEwen, 2001). Perawat komunitas dalam proses identifikasi kebutuhan, sumber dan nilai-nilai pada populasi membutuhkan pemahaman tentang konsep *at risk*.

Perawat komunitas menentukan kemungkinan seseorang atau kelompok untuk terkena suatu penyakit dengan menggunakan pendekatan epidemiologi sehingga akan terkaji faktor risiko yang menempatkan suatu kelompok atau populasi kedalam kondisi *at risk*. Konsep *at risk* secara umum digunakan oleh perawat komunitas pada praktek pencegahan penyakit, sehingga peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan populasi berisiko di komunitas dapat dilakukan melalui tindakan pencegahan. Tindakan pencegahan tersebut dapat berupa prevensi primer, sekunder, dan tersier (Hitchcock, Stuebeurt & Thomas, 1999).

2.6.1. Prevensi Primer

Pencegahan primer merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit, ketidakmampuan, dan cedera. Pencegahan primer melibatkan peningkatan kesehatan melalui penyuluhan kesehatan dengan penekanan pada pembentukan gaya hidup sehat guna meningkatkan tingkat fungsi optimal (seperti nutrisi, latihan, tidur, rekreasi, relaksasi, tidak menggunakan alkohol, tembakau, dan obat – obatan), pembentukan kepribadian yang sehat, konseling, dan pembentukan lingkungan sosial yang sehat (Hitchcock, Stuebeurt & Thomas, 1999). Remaja merupakan sasaran promosi kesehatan, karena remaja merupakan kelompok yang berisiko tinggi terhadap perilaku seksual. Misalnya remaja yang mempunyai pacar berisiko terjadinya perilaku seksual. Promosi kesehatan pada kelompok

remaja tersebut, merupakan upaya mencegah tidak melakukan seksual sebelum menikah.

2.6.2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah aktivitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan treatment. Fokus pencegahan ini adalah dengan melakukan skrining untuk mendeteksi penyakit pada fase awal. Perawat dapat melakukan pencegahan sekunder dengan mengobservasi individu atau kelompok yang termasuk ke dalam populasi berisiko serta mengidentifikasi faktor risikonya (Hitchcock, Stuebeurt & Thomas, 1999). Sasaran promosi kesehatan pada kelompok remaja yang aktif melakukan perilaku seksual. Misalnya pekerja seks pada kelompok remaja. Promosi kesehatan pada kelompok ini agar mampu mencegah terjadinya penyakit akibat perilaku seksual. Misalnya Penyakit menular seksual (PMS) pada remaja.

2.6.3. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier merupakan aktivitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit tidak bertambah parah (kronis) dan tidak menimbulkan ketidakmampuan pada individu. Pencegahan tersier dapat dilakukan dengan melakukan rehabilitasi kepada individu yang meliputi rehabilitasi fisik, psikis, dan spiritual (Hitchcock, Stuebeurt & Thomas, 1999). Sasaran promosi kesehatan pada remaja yang menderita penyakit akibat perilaku seksual atau remaja yang baru sembuh dari penyakit akibat perilaku seksual (recovery). Tujuan dari promosi kesehatan agar remaja ini segera pulih kembali kesehatannya dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya.

2.7. Model Health Promotion

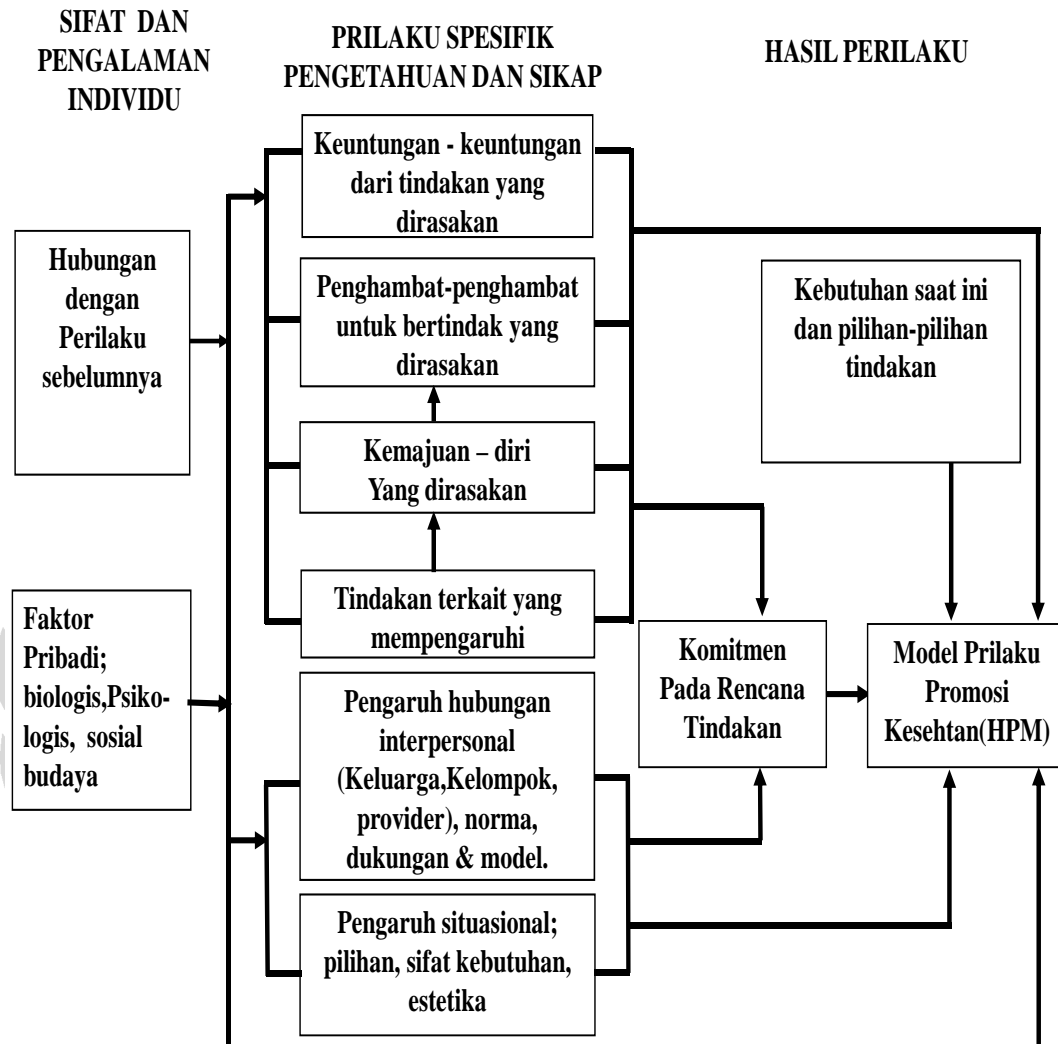
Promosi kesehatan merupakan aktifitas langsung menuju aktualisasi dari potensi yang diperoleh seseorang dalam mencapai tujuan kebiasaan langsung,

ketrampilan perawatan diri, dan kemampuan hubungan dengan yang lainnya, ketika persetujuan dibuat sebagaimana yang dibutuhkan guna keseimbangan integritas structural dan keselarasan dengan lingkungan yang relevan (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002).

Pender mengarahkan penggunaan promosi kesehatan pada berbagai tingkatan dan keadaan. Walaupun promosi kesehatan seringkali ditujukan pada individu, menyarankan intervensi langsung ditujukan pada keluarga dan komunitas dan akan lebih sukses dalam menggambarkan lingkup kesehatan. Promosi kesehatan digunakan pada berbagai keadaan, meliputi sekolah, tempat kerja, rumah tangga, dan pusat manajemen keperawatan komunitas. Pada pengertian luas promosi kesehatan meliputi pendidikan, keluarga, komunitas, lingkungan, dan kesehatan masyarakat.

Model promosi kesehatan Pender berdasarkan pada teori perilaku manusia. Teori tersebut cenderung fokus pada pencegahan primer dan promosi kesehatan. Model Pender terdiri dari karakteristik dan pengalaman individu, kognitif *behavior* spesifik dan sikap, dan factor yang mempengaruhi lainnya untuk menghasilkan perilaku. Pender mengidentifikasi perilaku spesifik kognitif dan sikap sebagai mekanisme motivasi utama untuk perilaku promosi kesehatan. Hal ini termasuk menerima manfaat tindakan, menerima hambatan tindakan, menerima efikasi diri, sikap yang berhubungan dengan aktifitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional. Karakteristik dan pengalaman individu dimasukkan kedalam model yang berhubungan dengan perilaku sebelumnya dan faktor personal. Konsep tambahan dari model ini adalah kebutuhan yang harus dipenuhi segera, komitmen untuk melaksanakan perencanaan dan perilaku promosi kesehatan revisi model (Pender, 1996; Pender, *et al*, 2002).

Skema 2.1 : Model Promosi Kesehatan



Model Promosi Kesehatan (Dari Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A (2002)

2.7.1 Aplikasi Model Health Promotion pada Resiko Perilaku Seksual

Berdasarkan model Pender yang akan dikaitkan dengan perilaku seksual berisiko remaja di masyarakat, maka HPM Pender's dapat dijelaskan sebagai berikut:

2.7.1.1. Faktor personal

Usia, perubahan fisik pada remaja mempengaruhi kematangan seksual. Di berbagai masyarakat, ada kecenderungan penurunan usia kematangan seksual. Pada gilirannya, penurunan usia kematangan ini akan diikuti oleh meningkatnya aktivitas seksual pada usai dini oleh K. Fury (1980; dalam Sarwono, 2010). Berdasarkan hasil penelitian tentang usia hubungan seks pertama pada tahun 1998 di Jakarta oleh Iskandar, usia 13-18 tahun dengan proporsi 18% sedangkan, di Manado oleh Utomo, usia di bawah 16 tahun dengan proporsi 90,1% (Sarwono, 2010).

Jenis kelamin, perubahan hormonal yang meningkatkan hasrat seksual remaja. Peningkatan hasrat ini membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku seksual. Sebagian besar tingkah laku seksual laki-laki diawali dengan agrevitas remaja laki-laki dan selanjutnya remaja putri yang menentukan sampai batas mana agrevitas laki-laki dapat dipenuhi (Goodchilds & Zelman, 1984; dalam Sarwono, 2010).

Pendidikan, pemberian informasi masalah seksual menjadi penting terlebih lagi mengingat remaja berada dalam potensi seksual yang aktif, karena berkaitan dengan dorongan seksual yang dipengaruhi hormon dan sering tidak memiliki informasi yang cukup mengenai aktivitas seksual mereka sendiri. (*Handbook of adolescent psychology*, 1980; dalam Mu'tadin, 2002). Pendidikan seksual perlu diberikan dari sejak dini oleh keluarga dan sekolah mempunyai peranan penting dalam memberikan pendidikan seksual bagi remaja.

Agama, remaja lebih merasa tertarik kepada agama dan keyakinan spiritual daripada anak-anak. Pemikiran abstrak mereka yang meningkat dan pencarian identitas yang mereka lakukan membawa mereka pada masalah-masalah agama dan spiritual. (Spilka, 1991; dalam Santrock, 2003). Remaja yang sering menghadiri ibadah keagamaan dapat mendengar pesan-pesan untuk menjauhkan diri dari seks. Keterlibatan remaja dalam organisasi keagamaan juga meningkatkan kemungkinan mereka berteman dengan remaja yang memiliki sikap yang tegas terhadap seks pranikah (Santrock, 2003).

Sosial budaya, remaja hidup pada lingkungan keluarga, sekolah dan teman sebaya. Lingkungan tempat tinggal mempunyai pedoman dan aturan dan norma tersendiri. Remaja pada lingkungan teman sebaya mempunyai aturan dan norma sendiri yang berbeda dengan kebudayaan masyarakat umumnya (Santrock, 2003).

2.7.1.2. Pengaruh Interpersonal

Pola komunikasi ; Kualitas komunikasi antara orang tua dan remaja dapat menghindari remaja dari perilaku seksual remaja, hal ini dikarenakan antara orang tua dan remaja terjalin hubungan atau komunikasi yang intensif sehingga kemungkinan terjadi *sharing*, dan pemecahan masalah. (Laily, N & Matulesy, 2004; dalam Fauzi, 2010). Perilaku seksual remaja dapat dicegah dengan meyakinkan remaja bahwa mereka dicintai dan diinginkan oleh kedua orang tuanya. Remaja yang kurang kasih sayang dari orang tua lebih cenderung mencari keintiman di luar.

Kekuatan keluarga: pembuatan keputusan berkenaan dengan suatu proses yang arahkan pada pencapaian persetujuan dan

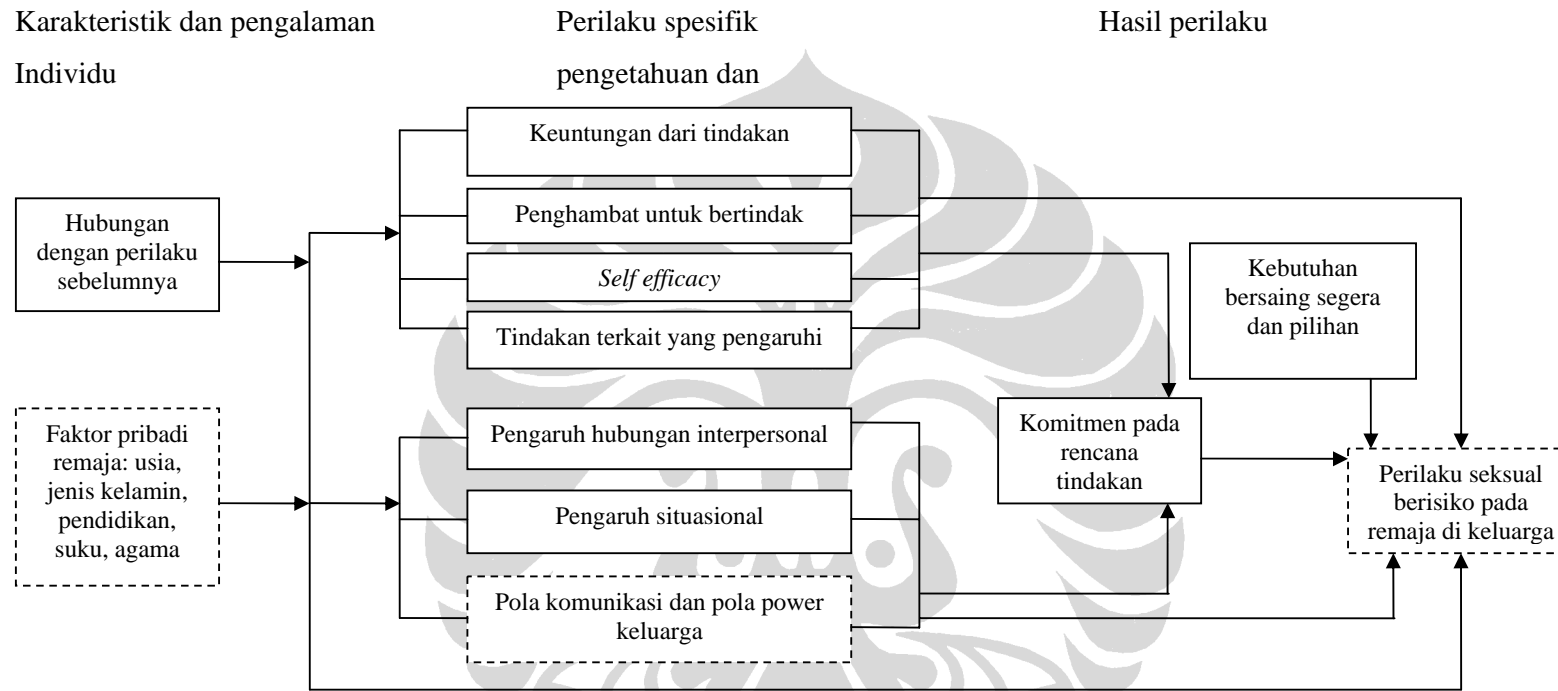
komitmen dari anggota keluarga untuk melaksanakan serangkaian tindakan atau mempertahankan status quo, dengan kata lain, yaitu berarti membuat sesuatu tercapai. (Scanzoni & Szinovacz, 1980; dalam Friedman, Bowden, Jones, 2003). Pembuatan keputusan dengan konsensus, ini merupakan cara sehat dalam membuat keputusan, serangkaian tindakan tertentu secara timbal balik disetujui oleh semua yang terlibat. Bentuk struktur keluarga yang stabil dan proses pencapaian persetujuan dengan cara yang halus sebagai mekanisme perlindungan dan mencegah terjadinya perilaku seksual tidak aman (Podhisita, *et al*, 2001).

2.7.1.3. Hasil promosi kesehatan perilaku seksual

Promosi kesehatan tentang perilaku seksual remaja dengan melibatkan remaja yang mempunyai yang memiliki pengetahuan, motivasi dan ketrampilan untuk meningkatkan kesehatan perilaku seksual dan menghindari masalah yang berhubungan dengan perilaku seksual (McKay, 2004). Menurut Papathanasiou dan Lahana bahwa profesional kesehatan mempunyai tanggung jawab pendidikan seksual remaja dalam rangka mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit seksual dan penyimpangan seksual.

Berdasarkan pengembangan konsep pola komunikasi dan kekuatan keluarga terkait dengan perilaku seksual remaja yang berisiko, maka kerangka konsep yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Skema 2.2 Kerangka Konsep



Sumber: Model Promosi Kesehatan dikutip dari Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A (2002) hal 60

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

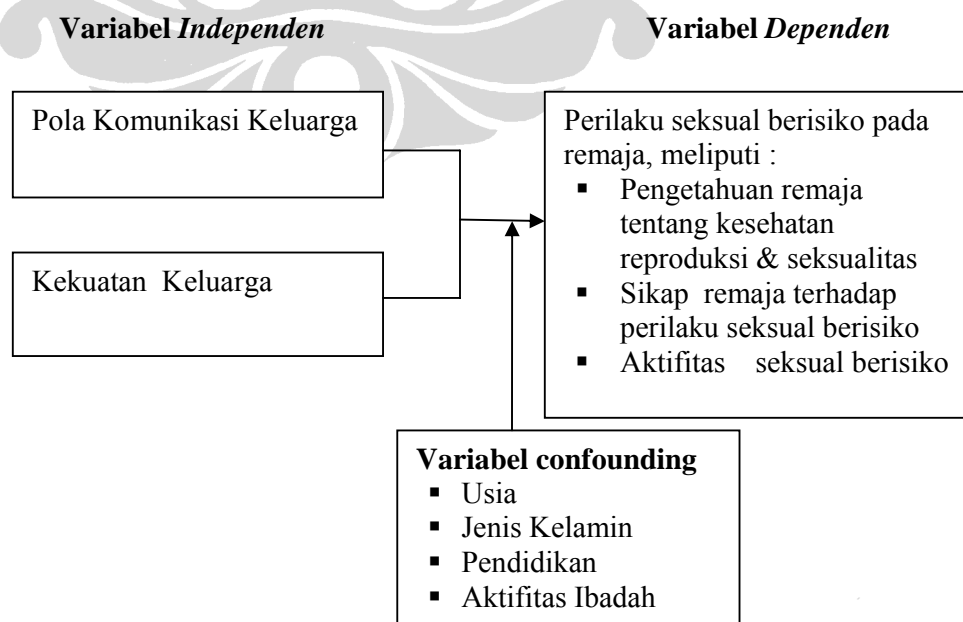
Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, *hipotesis* penelitian dan definisi operasional yang berkaitan dengan variabel *dependen* dan variabel *independen*

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang dikembangkan berdasarkan teori, dimana disusun berdasarkan berbagai variabel yang ada dalam penelitian (Nursalam, 2008). Kerangka konsep akan menggambarkan variable penelitian. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja.

Hubungan antara berbagai variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut ini

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Berdasarkan skema diatas dapat dijelaskan bahwa variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah perilaku seksual berisiko pada remaja dan variabel independen dalam penelitian ini adalah pola komunikasi dan kekuatan keluarga sedangkan variabel pengganggu (*confounding*) dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan dan aktifitas ibadah.

3.2. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban atau dugaan yang bersifat sementara terhadap pertanyaan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Dahlan, 2008). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- 3.2.1 Usia, jenis kelamin, pendidikan dan aktifitas ibadah berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja.
- 3.2.2 Pola komunikasi keluarga berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja.
- 3.2.3 Kekuatan keluarga berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja.

3.3 Definisi Operasional

Definisi berdasarkan karakteristik, peneliti dapat melakukan mengobservasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh peneliti lain (Nursalam, 2003). Berikut ini penjelasan definisi operasional dalam penelitian yaitu :

3.1 Tabel definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel <i>Confounding</i>				
Usia	Umur responden dalam tahun	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi dalam bentuk pertanyaan terbuka	0=Remaja awal memiliki nilai skor < dari median (11-16 tahun) 1=Remaja akhir memiliki nilai skor \geq median (17-19 tahun)	Ordinal
Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi yang menyediakan dua alternatif jawaban.	0 : Laki-laki 1 : Perempuan	Nominal
Aktifitas Ibadah	Pelaksanaan kegiatan ibadah yang dianut dalam menanamkan nilai dan moral.	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis berisikan pelaksanaan kegiatan keagamaan yang dianut dalam bentuk skala linkert dengan alternative jawaban selalu, kadang-kadang, tidak pernah.	0=Kurang memiliki nilai < median 1 =Baik, memiliki nilai skor \geq median	Ordinal
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh responden.	Kuesioner berupa pertanyaan ter-tulis yang terdapat dalam kuesioner demografi	0=Rendah (SD-SMP) 1=Tinggi (SMA-PT)	Ordinal
Variabel <i>Dependen</i>				

Perilaku seksual berisiko	Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas, sikap terhadap perilaku seksual dan aktifitas seksual	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis tentang pengetahuan, sikap dan aktifitas seksual	0= Berisiko tinggi memiliki nilai skor < dari median 1= Berisiko rendah memiliki skor \geq dari median.	Ordinal
Variabel <i>Independen</i>				
Pola komunikasi	Interaksi antara responden dengan orang tua tentang masalah remaja	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis berisikan pola komunikasi dengan menggunakan skala linkert dengan alternatif jawaban : TP(tidak pernah), J(jarang), SS(sangat sering), S(selalu).	0=Komunikasi <i>disfungsional</i> , memiliki nilai skor < dari median 1=Komunikasi <i>fungsional</i> , memiliki nilai skor \geq dari median	Ordinal
Kekuatan keluarga	Proses pengambilan keputusan anggota keluarga dan melaksanakan hasil keputusan	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis tentang kekuatan keluarga dengan menggunakan skala linkert dengan alternatif jawaban : TP(tidak pernah), J(jarang), SS(sangat sering), S(selalu).	0=Kurang baik, memiliki nilai skor < dari median 1=Baik, memiliki nilai skor \geq dari median	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini berisikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, uji instrumen dan pengolahan serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi yaitu penelitian yang dilakukan untuk melihat hubungan antara gejala satu dengan gejala yang lain, atau hubungan antar variabel. Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*, yaitu berbagai variabel yang termasuk faktor risiko dan berbagai variabel yang termasuk efek dengan melakukan pengukuran sesaat (Consuelo, *et al.* 2006).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiono, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai remaja di wilayah Desa Tridaya Sakti. Keluarga yang mempunyai remaja pada wilayah ini sebanyak 1853 keluarga.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiono, 2010). Sampel dihitung dengan rumus menurut Lemeshow dan kawan-kawan (1997; dalam Dahlan,

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 Pq}{d^2} \text{ atau } n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan

n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan

α = Derajat kepercayaan, Jika ditetapkan $\alpha = 0,05$ atau $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$
atau $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96^2$

p = Proporsi responden, hasil penelitian Mohanis tahun 2003 pada 200 siswa SMA. Proporsi responden 27% perilaku seksual berisiko berat dan 73% perilaku seksual berisiko ringan, peneliti menggunakan batas tengah dari proporsi tersebut, sehingga proporsi responden 50% (0,5).

q = $1-p$ (proporsi remaja yang tidak berperilaku seksual (0,5))

d = Limit dari error atau presisi absolute (0,1)

Dengan menggunakan rumus diatas maka jumlah sampel 96. Untuk mengantisipasi kejadian drop out sampel ditambah 10% dari nilai n yang didapatkan sehingga jumlah sampel secara keseluruhan yang dibutuhkan 106 responden. Proses pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling* suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Alasan peneliti menggunakan tehnik *purposive sampling* dengan metode *nonprobability sampling* karena remaja yang mempunyai pacar/ pernah pacaran beresiko terjadinya perilaku seksual. Sampel yang akan digunakan untuk penelitian sesuai dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

4.2.2.1 Bersedia menjadi responden

4.2.2.2 Remaja yang mempunyai pacar atau pernah pacaran

4.2.2.3 Usia remaja 10-19 tahun

4.2.2.4 Tinggal bersama orang tua

4.2.2.5 Belum menikah

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. Alasan peneliti melakukan penelitian di desa ini karena desa urban dan berdasarkan fenomena yang peneliti temui perilaku berpacaran yang semakin bebas dan menjurus ke aktivitas seksual sebelum menikah.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini terdiri dari tiga tahap yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan tahap penyusunan laporan. Tahap persiapan dilakukan mulai pada Bulan Januari 2010 sampai Mei 2011. Tahap pelaksanaan penelitian hingga presentasi hasil penelitian (sidang tesis), yaitu Bulan Juni sampai minggu kedua Bulan Juli 2011 (Jadwal penelitian terlampir dalam lampiran 4).

4.5 Etika Penelitian

Peneliti dalam melakukan penelitian sebaiknya melindungi responden dengan memperhatikan aspek etika dan berpegang teguh pada prinsip-prinsip penelitian (Polit & Beck, 2004). Prinsip etika yang diterapkan dalam penelitian ini adalah: *Self determination, anonymity and confidentiality, privacy, protection from discomfort and harm.*

4.5.1 *Self determination*

Memberikan kebebasan responden menentukan berpartisipasi pada penelitian atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu ia boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Pada penelitian ini responden diberikan haknya secara bebas kesediaan sebagai responden atau tidak. Untuk mencegah terjadinya penolakan responden pada penelitian ini sebelum diberikan kuesioner maka peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan atau membina hubungan saling percaya dengan responden

serta menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian sehingga diharapkan klien bersedia sebagai responden.

4.5.2 *Anonymity and confidentiality*

Penelitian ini menjaga kerahasiaan atas informasi-informasi data yang dikumpulkan dari kuesioner yang dibagikan kepada responden sebagai implemmentasi prinsip *anonymity*. Peneliti tidak mencantumkan nama lengkap responden namun hanya mencantumkan inisial dan *confidentiality* diartikan bahwa peneliti tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan identitas responden, sehingga dalam analisis dan penyajian data hanya menggambarkan karakteristik responden.

4.5.3 *Privacy*

Peneliti menjamin *privacy* responden dan menjunjung tinggi harga diri responden serta mengedepankan rasa hormat. Peneliti dalam berkomunikasi dengan responden hanya menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian, tidak menanyakan yang berkaitan *privacy* responden melalui persetujuan responden. Pada penelitian ini, peneliti menanyakan, hal yang berhubungan dengan pola komunikasi, kekuatan keluarga dan resiko perilaku seksual dengan menjaga kerahasiaan isi kuesioner, oleh karena itu pengisian kuesioner dilakukan di luar atau tanpa pengawasan orang tua.

4.5.4 *Protection from discomfort and harm*

Penelitian dilakukan dengan tidak menimbulkan penderitaan baik fisik maupun psikis bagi responden. Pada penelitian ini, peneliti memberikan kesempatan bagi responden untuk menyampaikan ketidaknyamanan jika merasa tidak dapat melanjutkan pengisian kuesioner.

4.5.5 *Informed consent*

Responden mendapat informasi yang adekuat terkait penelitian yang akan dilakukan sehingga mampu memahami informasi, mempunyai kebebasan memilih, memberikan persetujuan secara sukarela dan berpartisipasi dalam penelitian atau menolak berpartisipasi dalam penelitian. Pada penelitian ini, peneliti menjelaskan dan memberikan kesempatan kepada calon responden untuk bertanya dan memahami unsur yang akan diteliti. Responden menyetujui untuk berpartisipasi maka responden menandatangani lembar persetujuan.

4.6 **Alat Pengumpulan Data**

4.6.1 Pengumpul data

Pengumpulan data penelitian ini dilakukan langsung oleh peneliti dan dibantu asisten penelitian mengumpulkan data. Asisten penelitian ini adalah remaja karang taruna Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. Peneliti melakukan sosialisasi dengan karang taruna tentang rencana penelitian, tujuan penelitian dan strategi mengumpulkan responden untuk mengisi kuesioner. Mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria *inklusi* melalui kerja sama karang taruna, RW dan RT. Jumlah keluarga yang mempunyai remaja dan sudah pernah punya pacar atau sekarang punya pacar di setiap RW ditentukan sesuai dengan proporsinya. Remaja yang menjadi responden mewakili RT yang ada di wilayah tersebut. Dalam menentukan remaja yang menjadi responden memenuhi kriteria *inklusi* dan ada pada saat peneliti dan teamnya melakukan penelitian.

4.6.2 Instrumen penelitian

Instrumen yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang disusun sesuai dengan variabel-variabel pada penelitian ini yaitu : Kuesioner terdiri dari 4 bagian yaitu data demografi yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan dan

aktifitas ibadah (bagian A), kuesioner perilaku seksual berisiko (bagian B), pola komunikasi (bagian C), kekuatan keluarga (bagian D). variabel kuesioner yaitu :

4.6.2.1 Bagian A

Kuesioner data demografi untuk remaja terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, dan aktifitas ibadah. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan.

4.6.2.2 Bagian B

Kuesioner perilaku seksual berisiko terdiri pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas, sikap terhadap perilaku seksual dan aktifitas seksual. Kuesioner ini peneliti susun dengan merujuk dari hasil penelitian Mohanis (2003) yang telah dimodifikasi. Hasil uji kuesioner diketahui bahwa pertanyaan telah memenuhi syarat validitas dengan angka kritik nilai $r_{\text{hasil}} > r_{\text{tabel}}$ dan syarat reabilitas dengan angka kritik $r_{\alpha} > r_{\text{tabel}}$. Instrumen perilaku seksual berisiko ini meliputi : pengetahuan, sikap dan aktifitas seksual. Bentuk pernyataan yang digunakan dengan menggunakan dengan menggunakan skala Likert dengan alternatif jawaban : Sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS). Hasil ukur ditetapkan sebagai berikut: 0 = berisiko tinggi jika memiliki nilai skor $<$ dari median. 1= berisiko rendah memiliki skor \geq dari median. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan

4.6.2.3. Bagian C

Kuesioner bagian ini terdiri dari pola komunikasi. Kuesioner yang peneliti gunakan pada penelitian ini adalah kuesioner penelitian Hutabarat (2009) yang sudah peneliti modifikasi. Uji realibilitas instrumen menghasilkan nilai Cronbach Alpha 0.865, sehingga dikatakan instrument tersebut *reliabel* atau terandalkan. Bentuk pernyataan yang digunakan dengan menggunakan dengan menggunakan skala Likert dengan alternatif jawaban : TP (tidak pernah), J (jarang), SS (sangat sering), S(selalu). Hasil ukur ditetapkan sebagai berikut: 0 = pola komunikasi disfungsional memiliki skor nilai < median. 1= pola komunikasi fungsional memiliki skor nilai \geq median. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan.

4.6.2.4 Bagian D

Kuesioner pada bagian ini terdiri dari kekuatan keluarga. Peneliti membuat kuesioner sendiri dengan mengembangkan teori kekuatan keluarga oleh Scanzoni & Szinovacz, (1980, dalam Frieman, 2003). Bentuk pernyataan yang digunakan dengan menggunakan dengan menggunakan skala *Linkert* dengan alternatif jawaban :TP (tidak pernah),J (jarang), SS (sangat sering), S (selalu). Hasil ukur ditetapkan sebagai berikut: 0 = kurang baik, memiliki skor < median dan 1=baik, memiliki skor \geq median). Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Prosedur administratif penelitian

- 4.7.1.1 Mengajukan surat lolos kaji etik dari komite etik FIK UI.
- 4.7.1.2 Meminta izin kepada Ka. Kelurahan Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi.
- 4.7.1.3 Meminta izin kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi.
- 4.7.1.4 Meminta izin kepada Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- 4.7.1.5 Melakukan sosialisasi penelitian kepada pihak kelurahan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi

4.7.2 Prosedur (teknis penelitian)

- 4.7.2.1 Melakukan pendekatan dengan remaja karang taruna
- 4.7.2.2 Peneliti bersama remaja karang taruna memilih responden yang memenuhi kriteria *inklusi* untuk dijadikan responden.
- 4.7.2.3 Menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan, dan manfaat penelitian yang akan dilakukan.
- 4.7.2.4 Meminta calon responden yang telah terpilih untuk bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar *informed consent*.
- 4.7.2.5 Responden diberikan penjelasan cara mengisi kuesioner dan waktu yang diperlukan dalam mengisi kuesioner \pm 30–45 menit, kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner yang berisikan data demografi, resiko perilaku seksual (pengetahuan kesehatan reproduksi dan permasalahannya, sikap terhadap perilaku seksual dan aktifitas seksual), pola komunikasi dan kekuatan keluarga. Peneliti mendampingi responden selama pengisian kuesioner.

4.7.2.4 Peneliti mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner, apabila belum lengkap maka responden melengkapi terlebih dahulu kuesioner yang belum diisi.

4.7.2.5 Peneliti mengolah data dari kuesioner yang dikumpulkan.

4.8 *Validitas dan Reliabilitas*

Instrumen terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reabilitas sebelum digunakan. Menurut Sugiono (2010) bahwa uji instrumen bertujuan agar instrumen penelitian dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (valid) dan jika instrumen digunakan beberapa kali dengan obyek yang sama menghasilkan data yang sama (reliabel). Uji instrumen pada penelitian ini, dilakukan pada 30 responden remaja di Kelurahan Mangun Jaya. Alasan peneliti melakukan uji instrumen di tempat ini karena desa ini mempunyai karakteristik yang sama. Uji Instrumen dilakukan dua kali. Pada uji instrumen pertama hasil uji validitas, dari pernyataan yang ada yang valid kurang dari

50%. Setelah dilakukan perbaikan tata bahasa dan dilakukan uji instrumen kembali maka hasil uji validitas dan reabilitas sebagai berikut :

4.8.1 *Validitas instrumen*

Validitas instrumen alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data (mengukur) dapat digunakan untuk mengukur apa yang hendak diukur. (Sugiono, 2010).

Menurut Hastono (2007) uji validitas suatu instrumen (dalam hal ini kuesiner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Tehnik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment*.

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Keterangan :

r =koefisien validitas

N =jumlah item

X =skor suatu item

Y =skor total

Keputusan uji : bila r hitung lebih besar dari r tabel = H_0 ditolak, artinya variabel valid dan bila r hitung lebih kecil dari r tabel = H_0 gagal ditolak, artinya variabel tidak valid.

4.8.2 Pengujian reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan (Nursalam, 2008).

Alat ukur dikatakan reliabilitas apabila dengan kuesioner yang sama digunakan untuk mengukur dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan hasil pengukuran tetap konsisten. Pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Pengukuran reliabilitas dapat dilakukan dengan dua cara :

4.8.2.1 *Repeated Measure* atau ukur ulang. Pertanyaan ditanyakan pada responden berulang pada waktu yang berbeda, dan kemudian dilihat apakah ia tetap konsisten dengan jawaban.

4.8.2.2 *One shot* atau ukur sekali saja. Pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain.

Pengujian reabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Untuk mengetahui reliabilitas yakni dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Nilai r hasil adalah nilai α . Pertanyaan dikatakan reliabel jika $r \alpha > r$ tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel (Hastono, 2007). Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan uji instrumen

dengan menggunakan kuesioner yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, aktifitas ibadah, pola komunikasi, kekuatan keluarga dan perilaku seksual berisiko.

Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan terhadap 30 responden diluar sampel, yaitu di Desa Mangun Jaya, yang memiliki karakteristik sama dengan populasi yang akan diteliti. Dari hasil uji validitas dan reliabilitas didapatkan hasil sebagai berikut :

a. Validitas dan reliabilitas instrumen perilaku seksual berisiko.

Untuk mengetahui validitas kuesioner dilakukan melalui membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Adapun untuk menentukan nilai r tabel digunakan bantuan r tabel dengan menggunakan $df = n - 2$, yaitu $30 - 2 = 28$. Pada tingkat kemaknaan 5%, didapatkan angka r tabel = 0,361. Sementara untuk menentukan nilai r hasil digunakan nilai yang tercantum pada kolom *Corrected Item-Total Correlation*. Masing-masing pernyataan dibandingkan antara r tabel dengan r hasil, dengan ketentuan bahwa bila r hasil lebih besar dari r tabel, maka pernyataan tersebut adalah valid. Sebaliknya bila r hasil lebih kecil dari r tabel maka pernyataan tersebut adalah tidak valid.

Berdasarkan ketentuan tersebut, dalam uji pertama peneliti melakukan uji validitas dan realibitas untuk perilaku seksual berisiko. 30 pernyataan perilaku seksual berisiko terdiri dari 15 pernyataan pengetahuan, 14 pernyataan sikap dan 7 pernyataan aktifitas seksual. Langkah pertama melakukan uji validitas pengetahuan dari 15 pernyataan, pernyataan no 2, 4, 9, 11 dan 15 r hasil diatas r table (0,361).

Langkah selanjutnya mengurangi pernyataan yang kurang dari r tabel satu persatu dari yang terkecil sehingga nilai r hasil di atas 0,361. Hasil uji validitas ada 7 yang dinyatakan valid. Langkah kedua melakukan uji validitas sikap, dari 15 pernyataan, pernyataan no 16,17, 21 dan 26 r hasilnya lebih dari r table. Langkah selanjutnya mengurangi pernyataan satu persatu dari yang terkecil sehingga r hasil lebih dari r tabel. Dari 15 pernyataan hanya 5 pernyataan dinyatakan valid. Langkah ketiga melakukan uji validitas aktifitas seksual. Dari 7 pernyataan dilakukan uji validitas hasilnya semua valid, artinya r hasil dari 7 pernyataan di atas r tabel.

Hasil uji reliabilitas, 19 pernyataan perilaku seksual berisiko yang valid adalah $r \alpha = 0,900$. Maka $r \alpha$ lebih dari r tabel ($0,900 > 0,361$).

b. Uji validitas dan reabilitas instrumen pola komunikasi keluarga.

Berdasarkan hasil uji validitas 10 pertanyaan , instrumen pola komunikasi semua pernyataan valid, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Dari hasil uji yang telah dilakukan, didapatkan nilai $r \alpha = 0,892$ atau lebih besar dari r tabel ($0,892 > 0,361$).

c. Uji validitas dan reabilitas instrumen kekuatan keluarga.

Berdasarkan hasil uji validitas pertama terdapat beberapa pertanyaan yang nilai r hasilnya masih lebih kecil dari r tabel, yaitu untuk pernyataan 6,7 dan 10. Artinya pernyataan-pernyataan tersebut tidak valid, dan

oleh karenanya pernyataan tersebut di keluarkan satu per satu dari nilai yang terkecil sehingga r hasil semua > dari 0,361, sehingga dari 14 pernyataan, hanya 10 yang valid. Analisis dilanjutkanga dengan uji reliabilitas, dari hasil uji yang telah dilakukan, didapatkan nilai $r = 0,894$ atau lebih besar dari r tabel ($0,894 > 0,361$).

4.9 Pengolahan Data

Hastono (2007) mengemukakan bahwa berdasarkan data yang terkumpul di lapangan maka dilakukan analisis terhadap hasil pengisian kuesioner.

Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka dilakukan 4 tahapan pengolahan data lebih dahulu, yakni sebagai berikut:

4.9.1 *Editing* (memeriksa data)

Pada tahap ini, peneliti melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner dari responden apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah memenuhi syarat, seperti

4.9.1.1 Responden telah melengkapi kuesioner dengan menjawab semua pertanyaan di kuesioner

4.9.1.2 Jawaban responden cukup jelas terbaca pada lembar jawaban responden

4.9.1.3 Jawaban responden relevan antara jawaban tertulis dengan pertanyaan yang diajukan

4.9.1.4 Jawaban responden konsistensi antara beberapa pertanyaan yang relevan

4.9.2 *Coding* (pemberian kode pada data)

Pada penelitian ini, peneliti mengkoding data sebagai berikut; untuk variabel usia : rentang usia remaja, Variable agama : 1 =Baik, 0=Kurang. Variabel jenis kelamin : 0=laki-laki, 1=perempuan. Variabel pendidikan : 0=Rendah (SD-SMP), 1=Tinggi (SMA-PT). Variabel pola komunikasi : 0=disfungsional dan 1= fungsional,.

Variabel kekuatan keluarga : 0=kurang baik, 1=baik. Variabel perilaku : 0=beresiko tinggi, 1=beresiko rendah.

4.9.3 *Processing* (memasukan data)

Pemrosesan data dilakukan oleh peneliti dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program computer. Pada penelitian ini, peneliti meng-*entri* data dengan menggunakan Program SPSS for window versi 17.

4.9.4 *Cleaning* (pembersihan data)

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* terhadap kesalahan pemasukan atau pemindahan ke komputer yang dilakukan dengan 3 tahapan, yaitu

4.9.4.1 Mengetahui *missing* data

Peneliti mendeteksi adanya *missing* data dengan melakukan list (distribusi frekuensi) dari variabel yang ada.

4.9.4.2 Mengetahui variasi data

Peneliti melakukan pengecekan terhadap data yang di-*entry* benar atau salah dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel yang salah atau tidak sesuai.

4.9.4.3 Mengetahui konsistensi data

Peneliti menghubungkan dua variabel independen dan dependen untuk mengetahui konsistensi data yang diolah.

Setelah data diolah, maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan 3 tahapan analisis data yang meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Untuk lebih jelasnya, rencana analisis pada penelitian ini sebagai berikut :

5.1 Analisa Data

5.1.1 Analisis univariat

Hastono (2007) mengemukakan bahwa tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Untuk data numerik dengan menghitung nilai *mean* (rata-rata), *median*, *standar deviasi*, nilai minimum dan nilai maksimum. Sedangkan data kategorik dengan menghitung frekuensi dan presentasi masing-masing kelompok. Penelitian ini data numerik meliputi usia responden. Sedang data kategorik meliputi jenis kelamin, pendidikan, agama, pola komunikasi dan kekuatan keluarga serta perilaku seksual. Selanjutnya, data disajikan pada tabel dan diinterpretasi berdasarkan hasil yang diperoleh.

5.1.2 Analisis bivariat

Hastono (2007) mengemukakan bahwa analisis ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua kelompok atau lebih. Pada penelitian ini, untuk mengetahui hubungan variabel independen kategorik dan dependen kategorik maka uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* yaitu: hubungan pola komunikasi dengan perilaku seksual berisiko pada remaja, hubungan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual risiko pada remaja, hubungan (usia, jenis kelamin, pendidikan dan agama) dengan perilaku seksual risiko pada remaja.

5.1.3 Analisis multivariat

Tujuan analisis ini untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen) (Hastono, 2007). Terdapat dua analisis multivariat yang sering digunakan dalam penelitian, yaitu analisis *regresi logistic* dan

analisis *regresi linier*. Bila variable terikatnya berupa variabel kategorik, maka *regresi* yang digunakan analisis *regresi logistic*. Bila variabel terikatnya berupa variabel numerik, maka regresi yang digunakan analisis *regresi linier* (Dahlan, 2008). Tujuan dari penelitian ini, menganalisis variabel yang paling mempengaruhi *variabel dependen* (perilaku seksual berisiko pada remaja) Analisis statistik yang akan digunakan adalah analisis *regresi logistik*.

Tabel 4.1 Analisis Data

Variabel penelitian			Metode analisis data		
<i>Dependen</i>	<i>Independen</i>	<i>Confounding</i>	Univariat	Bivariat	Multivariat
Perilaku seksual berisiko		Usia kelamin Pendidikan Agama	Proporsi: Presentasi frekuensi	Uji Kai kuadrat (<i>Chi Square</i>)	<i>Regresi logistic</i>
	Pola komunikasi Kekuatan keluarga		Proporsi: Presentasi frekuensi	Uji Kai kuadrat (<i>Chi Square</i>)	<i>Regresi logistic</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini memaparkan hasil penelitian hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. setelah. Hasil penelitian meliputi distribusi frekuensi *variabel dependen* dan *independen*, hubungan *variabel dependen* dengan *independen*, dan faktor yang paling dominan terhadap risiko perilaku seksual pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. Gambaran hasil penelitian yang dilaksanakan adalah sebagai berikut:

A. Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan distribusi responden menurut *variabel dependen* dan *variabel independen*. *Variabel dependen* yaitu perilaku seksual berisiko pada remaja, sedangkan *variabel independennya* yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan aktifitas ibadah dan perilaku seksual remaja, pola komunikasi dan kekuatan keluarga. Secara rinci uraian hasil analisis univariatnya adalah sebagai berikut:

1. Distribusi responden menurut usia, jenis kelamin, pendidikan, dan aktifitas ibadah

Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, dan aktifitas ibadah dapat dilihat pada tabel 5.1

Tabel 5. 1
Distribusi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, dan pendidikan dan aktifitas ibadah di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

NO.	KARAKTERISTIK RESPONDEN	JUMLAH	%
1.	Usia		
	Remaja awal (11-15 tahun)	49	46.2
	Remaja akhir (16-19 tahun)	57	53.8
2.	Jenis kelamin		
	Perempuan	54	52.9
	Laki-laki	52	49.1
3	Pendidikan		
	Rendah (SD-SMP)	38	35.8
	Tinggi (SMA-PT)	68	64.2
4	Aktifitas ibadah		
	Kurang	73	68.9
	Baik	33	31.1

Hasil analisis distribusi responden berdasarkan karakteristik remaja menunjukkan bahwa perilaku seksual berisiko remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi sebagian besar adalah remaja akhir yaitu usia 16 tahun sampai dengan 19 tahun sebesar 53.8%, dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan 52.9%, serta didapatkan sebagian besar tingkat pendidikan tinggi (SMA dan PT) yaitu sebesar 64.2%. Sebagian besar kurang rutin dalam menjalankan ibadah yaitu 68.9 %.

2. Distribusi responden berdasarkan pola komunikasi dan kekuatan keluarga

Distribusi responden berdasarkan pola komunikasi dan kekuatan dalam keluarga dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5. 2
Distribusi responden berdasarkan pola komunikasi dan kekuatan keluarga di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

NO.	VARIABEL	JUMLAH	%
1.	Pola komunikasi keluarga		
	Disfungsional	56	52.8
	Fungsional	50	47.2
2.	Kekuatan keluarga		
	Kurang	55	51.9
	Baik	51	48.1

Distribusi responden berdasarkan pola komunikasi dalam keluarga menunjukkan bahwa yang mengalami pola komunikasi *disfungsional* yaitu sebesar 52.8%. Sedangkan pelaksanaan kekuatan dalam keluarga menunjukkan bahwa sebagian besar adalah kurang yaitu 51.9%.

3. Distribusi responden menurut perilaku seksual remaja

Distribusi responden berdasarkan perilaku seksual remaja dapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5. 3
Distribusi responden berdasarkan perilaku seksual remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

NO.	VARIABEL	JUMLAH	%
1.	Perilaku seksual remaja		
	Berisiko tinggi	48	45.3
	Berisiko rendah	58	54.7

Distribusi responden berdasarkan perilaku seksual remaja dalam penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku seksual remaja sebagian besar berisiko rendah yaitu sebesar 54.7%.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat didalam penelitian ini, digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan atau bermakna, antara *variabel dependen* yaitu perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan

Tambun Selatan Kabupaten Bekasi dengan *variabel independen*, adapun hasil analisisnya secara lengkap dapat dilihat sebagai berikut:

1. Hubungan usia dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Usia remaja dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Usia	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	n	%				
Remaja Akhir	18	31.6	39	68.4	57	100	0,292	0,004
Remaja awal	30	38.8	19	61,2	49	100	(0.131- 0.651)	
Jumlah	48	45.3	58	54,7	106	100		

Tabel 5.4 menggambarkan bahwa remaja awal memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi dari remaja akhir yaitu 38,8%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,004 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja awal dengan remaja akhir. Nilai *OR* juga menunjukkan bahwa remaja awal mempunyai peluang 0,292 kali melakukan perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan remaja akhir. Berdasarkan analisis maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara umur dengan perilaku seksual berisiko remaja.

2. Hubungan jenis kelamin dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut jenis kelamin remaja dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Jenis kelamin	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	N	%				
Laki-laki	18	34,6	34	65,4	52	100	0,424 (0,193 0,928)	0,049
Perempuan	30	55,6	24	44,4	54	100		
	48	45,3	48	45,3	106	100		

Tabel 5.5 menggambarkan bahwa remaja perempuan memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi dari remaja laki-laki yaitu 55,6%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,049 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja perempuan dengan remaja laki-laki. Nilai *OR* juga menunjukkan bahwa remaja perempuan mempunyai peluang 0,424 kali melakukan perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki. Berdasarkan analisis maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku seksual berisiko remaja.

3. Hubungan pendidikan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut pendidikan remaja dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Pendidikan	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	N	%			n	%
Rendah	20	52,6	18	47,4	38	100	1.587 (0.714-3.530)	0,351
Tinggi	28	41,2	40	58,8	68	100		
	48	45,3	58	54,7	106	100		

Tabel 5.6 menggambarkan bahwa remaja yang berpendidikan rendah memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi dari remaja yang berpendidikan tinggi yaitu 52,6%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,351 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja berpendidikan rendah dengan remaja yang berpendidikan tinggi.

4. Hubungan aktifitas ibadah dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut rutinitas ibadah keagamaan remaja dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Ibadah	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Kurang	30	41,1	43	54,5	73	100	0.581 (0.254-1.3332)	0,281
Baik	18	54,5	15	41,1	33	100		
	48	45,3	58	57,3	106	100		

Tabel 5.7 menggambarkan bahwa remaja yang beribadah baik memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi dari remaja yang beribadah kurang

yaitu 54,5%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,281 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja yang beribadah baik dengan remaja yang beribadah kurang.

5. Hubungan pola komunikasi dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut pola komunikasi keluarga dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Pola Komunikasi	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	N	%				
Disfungsional	38	67.9	18	32.1	56	100	3.753 (1.678-8.394)	0.002
Fungsional	18	36	32	64	50	100		
Jumlah	56	52.8	50	47.2	106	100		

Tabel 5.8 menggambarkan bahwa pola komunikasi keluarga yang disfungsional memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi pada remaja dari pola komunikasi keluarga yang fungsional yaitu 67,9%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,002 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja untuk pola komunikasi keluarga yang disfungsional dengan pola komunikasi keluarga yang fungsional. Nilai *OR* juga menunjukkan bahwa pola komunikasi keluarga yang disfungsional mempunyai peluang 3,753 kali melakukan perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan pola komunikasi keluarga yang fungsional. Berdasarkan analisis maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja.

6. Hubungan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut kekuatan keluarga dan Perilaku Seksual Berisiko di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi, Juni 2011 (n=106)

Kekuatan keluarga	Perilaku Seksual				Total		OR (95% CI)	P Value
	Risiko tinggi		Risiko rendah		n	%		
	n	%	N	%				
Kurang	40	72.7	15	27.3	55	100	5.333 (2.323- 12.247)	0,000
Baik	17	33.3	34	66.7	51	100		
Jumlah	57	53.8	49	46.2	106	100		

Tabel 5.9 menggambarkan bahwa pelaksanaan kekuatan keluarga yang kurang baik memiliki perilaku seksual berisiko yang lebih tinggi pada remaja dari pelaksanaan kekuatan keluarga yang baik yaitu 72,7%. Pengujian statistik yang memperoleh nilai *p value* sebesar 0,000 pada *alpha* 5%. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara perilaku seksual berisiko remaja untuk pelaksanaan kekuatan keluarga yang kurang baik dengan pelaksanaan kekuatan keluarga yang baik. Nilai *OR* juga menunjukkan bahwa pelaksanaan kekuatan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 5,333 kali melakukan perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan pelaksanaan kekuatan keluarga yang baik. Berdasarkan analisis maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pelaksanaan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja.

C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah *regresi logistik* ganda dengan model prediksi. Tujuan penggunaan analisis ini adalah untuk mengetahui variabel *independen* yang paling dominan berhubungan dengan variabel *dependen*. Menurut Hastono (2007), untuk mendapatkan faktor yang

paling dominan terhadap perilaku seksual berisiko remaja, dilakukan tahap sebagai berikut :

1. Pemilihan variabel kandidat multivariat

Setiap variabel *independen* dilakukan analisis bivariat dengan variabel *dependen* dengan menggunakan *uji regresi logistic* sederhana, bila menghasilkan *p value* < 0.25 maka variabel tersebut dapat masuk dalam tahap pemodelan multivariat, tetapi jika dihasilkan *p value* > 0.25 namun secara substansi penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Hasil pemilihan variabel kandidat multivariat dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.10
Variabel kandidat multivariat

NO.	VARIABEL	P VALUE
1.	Jenis kelamin	0,030
2.	Usia	0,002
3	Pendidikan	0,260
4.	Aktifitas ibadah	0,201
5	Pola komunikasi keluarga	0,673
6	Kekuatan keluarga	0,890

Berdasarkan tabel diatas, variabel pendidikan, pola komunikasi, dan kekuatan keluarga memiliki nilai *p value* > dari 0.25, tetapi variabel pendidikan, pola komunikasi, dan kekuatan keluarga tetap dimasukkan dalam model multivariat karena secara substansi penting untuk menilai perilaku seksual berisiko remaja. Perilaku seksual berisiko remaja dipengaruhi oleh pendidikan, pola komunikasi dan kekuatan keluarga, dimana pendidikan remaja yang kurang atau rendah, pola komunikasi keluarga yang *disfungsional* dan kekuatan keluarga yang kurang baik lebih berisiko tinggi terhadap perilaku seksual berisiko remaja.

2. Pembuatan model multivariat.

Pembuatan pemodelan ini semua variabel kandidat diujicobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji *regresi logistic* ganda. Penyusunan model semua variabel dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.11

Hasil analisis multivariat regresi logistik sederhana antara variabel Jenis kelamin, usia, aktivitas ibadah, pendidikan, pola komunikasi, dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja

NO.	VARIABEL	B	P VALUE
1.	Pendidikan	-0.141	0.164
2	Jenis kelamin	-0.186	0.003
3.	Usia	-0.382	0.155
4.	Aktifitas ibadah	-0.099	0.358
5	Pola komunikasi	-0.080	0.433
6	Kekuatan keluarga	-0.025	0.809

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa terlihat bahwa hanya satu variabel yang p *valu*nya kurang dari 0.05 yaitu jenis kelamin. Langkah selanjutnya adalah melakukan eliminasi variabel pendidikan, usia, aktifitas ibadah, pola komunikasi keluarga, dan kekuatan keluarga.

3. Melakukan eliminasi variabel

Lima variabel yang diteliti menunjukkan p *value* yang lebih besar dari 0.05 yaitu jenis kelamin, usia, aktifitas ibadah, pola komunikasi keluarga, dan kekuatan keluarga. Proses analisis multivariat yang diikuti selanjutnya adalah dengan mengeluarkan satu persatu variabel dari variabel yang nilai p *valu*nya paling besar, dalam hal ini variabel kekuatan keluarga yang paling besar. Setelah dikeluarkan satu persatu maka dilihat perubahan nilai *OR* untuk variabel yang lain, jika terdapat perubahan nilai *OR* > 10 % maka variabel tersebut tidak jadi dikeluarkan dalam model tetapi menjadi variabel *confounding*. Demikian seterusnya sehingga yang tinggal di dalam model

hanya variabel yang penting saja (signifikan dan *confounding*). Hasil eliminasi keseluruhan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.12
Perubahan nilai *OR*

NO.	VARIABEL	BESAR PERUBAHAN <i>OR</i> (%) MENURUT URUTAN ELIMINASI VARIABEL			
1.	Pendidikan	0.03	0.02	0.10	Ke-4
2	Usia	0.03	0.03	0.04	0.04
3.	Aktifitas ibadah	0.01	0.1	Ke-3	-
4.	Pola komunikasi	0.09	Ke-2	-	-
5.	Kekuatan	Ke-1	-	-	-
6	Jenis kelamin	0.04	0.09	0.10	0.147

Dari hasil analisis terlihat variabel dengan *p value* terbesar yaitu kekuatan keluarga dikeluarkan dan diperoleh perubahan nilai *OR* kurang dari 10 % pada semua variabel, maka variabel kekuatan keluarga dikeluarkan dari model multivariat, kemudian dikeluarkan *p value* terbesar kedua yaitu variabel pola komunikasi dan diperoleh perubahan nilai *OR* kurang dari 10% pada semua variabel, maka variabel pola komunikasi dikeluarkan dari model multivariat. kemudian dikeluarkan *p value* terbesar ketiga yaitu variabel aktifitas ibadah dan diperoleh perubahan nilai *OR* kurang dari 10% pada semua variabel, maka variabel aktifitas ibadah dikeluarkan dari model multivariat. Kemudian dikeluarkan *p value* terbesar keempat yaitu variabel pendidikan dan diperoleh perubahan nilai *OR* kurang dari 10% pada umur dan diperoleh perubahan nilai *OR* lebih dari 10% pada variabel jenis kelamin, maka variabel pendidikan tidak dikeluarkan dari model multivariat dan menjadi variabel *confounding*. Pemodelan terakhir pada multivariat terlihat pada tabel 5.13

Tabel 5. 13
 Hasil analisis multivariat regresi logistik antara variabel jenis kelamin,
 usia dan pendidikan

NO.	VARIABEL	B	PWALD	SIG.	OR	95% CI
1.	Jenis kelamin	-0.156	0.097	0.018	1.620	0.569 – 1.756
2	Usia	-0.362	0.123	0.004	2.950	0.915 – 1.092
3.	Pendidikan	-0.172	0.127	0.018	1.351	0.571 – 1.751

Tabel 5.13 merupakan model terakhir dari analisis multivariat, dimana variabel yang berhubungan dengan risiko perilaku seksual remaja adalah jenis kelamin dan usia, sedangkan variabel pendidikan dengan risiko perilaku seksual remaja merupakan variabel *confounding*. Setelah dilakukan uji interaksi antara pendidikan dengan perilaku seksual berisiko remaja didapatkan nilai *p value* tidak signifikan yaitu 0.108 artinya tidak ada interaksi antara pendidikan dengan perilaku seksual berisiko remaja. Dari hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan risiko perilaku seksual remaja adalah usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Adapun rincian model akhir variabel yang mempengaruhi perilaku seksual remaja berisiko tersebut adalah sebagai berikut:

Perilaku seksual berisiko = $-0.363 - 0.156$ (jenis kelamin) $- 0.362$ (usia) $- 0.172$ (pendidikan). Hal ini dapat disimpulkan bahwa perilaku seksual berisiko berpeluang terjadi pada penurunan usia 0.4 kali dan penurunan tingkat pendidikan 0,2 kali dan terjadi pada remaja perempuan 0.2 kali.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil. Kegiatan yang dilakukan dalam pembahasan adalah membandingkan antara hasil penelitian dan konsep teoritis dan hasil penelitian sebelumnya. Pada bab ini juga akan dijelaskan tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan dan implikasi penelitian dalam keperawatan.

6.1 Intepretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Pada bagian ini diuraikan mengenai perbedaan karakteristik remaja terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja yang meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan dan aktifitas ibadah remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

6.1.1.1 Hubungan Usia dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis menunjukkan proporsi kelompok usia remaja awal (11-16 tahun) akan mengalami perilaku seksual berisiko tinggi sebesar 38.8 % sedangkan usia remaja akhir (17-19 tahun) akan mengalami perilaku seksual berisiko rendah sebesar 31.6 %. Hal ini sejalan dengan hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) yang didanai oleh USAID, BPS, BKKBN, DEPKES SKRRI pada tahun 2007 menunjukkan hasil bahwa usia pertama kali pacaran adalah 15-17 tahun,

proporsi wanita 43% dan pria 40%. Usia mulai pacaran sebelum usia 15 tahun pada wanita 24% dan pria 19%. Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 yang menyatakan bahwa dari 63.048 remaja usia 10 – 24 tahun yang belum menikah adalah 86,7%. Remaja yang melakukan hubungan seksual pertama kali pada usia lebih dari 17 tahun adalah 76,4% sedangkan remaja yang melakukan hubungan seksual pertama kali pada usia dibawah 17 tahun adalah 10,3%. Hasil Riskesdas tersebut juga mengidentifikasi bahwa umur pertama berhubungan seksual sudah terjadi pada usia yang sangat muda, yaitu 8 tahun, dengan data 0,5% perempuan telah melakukan hubungan seksual pertama kali pada usia 8 tahun dan 0,1% pada laki-laki.

Kelompok remaja awal mengalami perkembangan seks primer yang memerlukan adaptasi remaja secara fisik, psikologis, dan sosial. Menurut McMurray (2003), remaja masuk pada kelompok berisiko di masyarakat apabila tidak dapat beradaptasi dengan baik. Pendapat ini mendukung hasil penelitian RISKESDAS 2010. Kondisi yang hampir sama juga ditemukan pada penelitian ini. Remaja awal sebesar 38,8% melakukan perilaku seksual berisiko. Hal ini diakibatkan karena remaja mengalami masa transisi pubertas di kehidupannya untuk mencapai perkembangan remaja yang optimal tidak terfasilitasi dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 38,8% remaja awal yang berusia antara 11 – 16 tahun akan berperilaku seksual berisiko tinggi. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Belgia, Republik Ceko, Estonia dan Portugal pada tahun 2005 sampai 2006 yang menggunakan metode *cross sectional* dengan besar sampel 1557 yang mengidentifikasikan bahwa rata-rata usia yang melakukan *coitus* bervariasi antara 15,2 tahun di Belgia dan 16,4 tahun di Republik Ceko (Ine's Fronteira, *et al*, 2009). Hal ini dikarenakan rata-rata remaja di

Indonesia mengalami pubertas pada usia 13–15 tahun (Mulyadi, 2009) sehingga kecenderungan untuk melakukan perilaku seksual berisiko seperti hubungan seksual akan dilakukan selama masa pubertas. Hal ini juga dikarenakan pada masa pubertas terjadi ketidakseimbangan hormonal seksual pada remaja yang akan memacu perilaku remaja pada perilaku seksual yang berisiko di masyarakat (Allender dan Spradley, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara usia dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi perilaku seksual berisiko pada remaja di USA dalam kurun waktu tahun 1999 sampai dengan tahun 2006 yang menunjukkan hasil bahwa 358 gadis remaja usia 14-17 tahun telah melakukan salah satu dari delapan perilaku seksual yaitu ciuman, menyentuh payudara, menyentuh alat kelamin, menyentuh sekitar genital, melakukan *oral seks*, *anal seks* atau *vaginal seks* (Fortenberry, *et al*, 2011). Hal ini dikarenakan pubertas yang dialami oleh remaja berkaitan dengan faktor usia, semakin bertambah usia remaja maka akan masa pubertas akan terlewati melalui kemunculan tanda seks baik primer maupun sekunder (McMurray, 2004), sehingga akan mendorong remaja pada perilaku seksual berisiko dalam mencoba hubungan seksual.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kelompok remaja usia awal mempunyai peluang 0,292 kali terjadi perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan usia remaja akhir. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) yang didanai oleh USAID, BPS, BKKBN, DEPKES SKRRI pada tahun 2007 menunjukkan hasil bahwa usia pertama kali pacaran adalah 15-17 tahun, proporsi wanita 43% dan pria 40%. Usia mulai pacaran sebelum usia 15 tahun pada wanita 24% dan

pria 19%. Hurlock (1998) menyatakan remaja adalah seorang individu yang mengalami peralihan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Remaja pada tahap tersebut mengalami perubahan baik emosi, tubuh, minat, pola perilaku, dan juga penuh dengan masalah-masalah pada masa remaja, sedangkan Thera (2005) menyatakan bahwa remaja adalah masa peralihan dari kanak-kanak ke dewasa. McMurray (2003) selama masa peralihan tersebut remaja akan mencoba dan beradaptasi dengan gaya hidup dan perilaku baru sehingga memungkinkan remaja akan mencoba perilaku seksual berisiko dengan bertambahnya usia remaja. Hal tersebut akan mendorong gaya hidup dan perilaku remaja yang tidak sehat. Gaya hidup ataupun perilaku *maladaptif* remaja sejalan dengan bertambahnya usia remaja maka secara kumulatif akan mengakibatkan perilaku seksual berisiko remaja yang dimulai saat usia awal remaja selama masa transisi pubertas remaja.

6.1.1.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin remaja dengan perilaku seksual berisiko remaja adalah berisiko tinggi pada remaja perempuan sebesar 55,6% dibandingkan dengan remaja laki-laki sebesar 34,6%. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil RISKESDAS tahun 2010 yaitu pada kelompok remaja dengan status belum kawin, pada laki-laki 3% dan perempuan 1,1% menjawab pernah berhubungan seksual. Hasil studi penelitian di Texas pada 100 responden anak laki-laki dan perempuan berusia lebih dari 7 tahun bahwa pertumbuhan dan perubahan fisik laki-laki maupun perempuan pada masa remaja sama (*American Psychological Association, 2011*). Hal ini dikarenakan dengan perubahan fisik yang dialami oleh remaja laki-laki maupun perempuan selama mengalami masa pubertas, sehingga akan mempengaruhi emosional

remaja. Hal ini juga dikarenakan remaja perempuan selama masa pubertas akan mengalami permasalahan yang cukup kompleks terkait dengan perubahan fisik yang dialaminya dan permasalahan seputar menstruasi.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hal ini dikarenakan jenis kelamin akan menentukan respon remaja dalam memasuki masa pubertas baik secara fisik, emosional, dan sosial (APA, 2002). Hal ini sesuai dengan konsep yang kemukakan oleh Parson (1955, dalam Sprinthall dan Collins, 1995) dan Archer (1991, dalam Humphreys dan Campbell, 2004) bahwa anak laki-laki akan mengalami perilaku agresif dan dominan. Perilaku agresif dan dominan diperlihatkan dalam bentuk mudah marah dan kesal terhadap orang lain. Hal ini akan mendorong remaja laki-laki untuk berperilaku yang berisiko dalam kehidupannya. Sedangkan remaja perempuan secara emosional juga akan mengalami reaksi stress adaptasi yang membutuhkan dukungan selama mengalami menstruasi pada masa pubertasnya.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa remaja perempuan mempunyai peluang 0.424 kali terjadi perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki. Hogan (1980) menyatakan bahwa anak laki-laki saat memasuki masa pubertas mengalami peningkatan tinggi badan yang cepat sesuai pertumbuhannya, tumbuhnya jerawat, pembesaran *penis*, *ereksi* spontan (Anonym, 2008). Tnibodeu dan Patton (2007) menyatakan bahwa peningkatan hormon *androgen* remaja yang memasuki masa pubertas akan meningkatkan pertumbuhan seks sekunder, sehingga hal ini mengakibatkan anak yang mengalami masa pubertas mudah terangsang oleh perempuan (Astuti, 2007). Remaja perempuan dalam masa pubertasnya secara emosional mudah tertarik dengan lawan jenis dan mulai menunjukkan perilaku seperti sering bercermin dan berdandan serta

mencari perhatian dari orang lain. Hal ini akan mengakibatkan remaja perempuan berpeluang terhadap perilaku seksual berisiko di kehidupannya.

6.1.1.3 Hubungan Pendidikan dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis menunjukkan pendidikan remaja dengan perilaku seksual berisiko remaja adalah berisiko tinggi pada pendidikan rendah sebesar 52,6% dibandingkan dengan remaja dengan pendidikan tinggi sebesar 41,2%. Hal ini sejalan dengan pendapat Mephram (2001) yang menyatakan pendidikan yang rendah mengakibatkan kelompok remaja sebagai kelompok berisiko di masyarakat. Hal ini sejalan dengan penelitian Situmorang (2002) bahwa dengan keterbatasan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi akan mengakibatkan perilaku seksual berisiko pada diri remaja di keluarga dan masyarakat. Penelitian ini mengidentifikasi tingkat pendidikan formal remaja sebesar 64,2% berpendidikan tinggi (SMA dan PT) sehingga perilaku seksual remaja berisiko tinggi terjadi pada kelompok dengan pendidikan rendah. Hal ini dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi atau banyak pula pengetahuan yang didupakannya terkait dengan tumbuh kembang dan perilaku reproduksi remaja.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tinggi tidak otomatis menentukan pengetahuan remaja baik dalam melakukan suatu perilaku dalam kehidupannya. Perilaku seseorang dihubungkan dengan pengetahuan yang didapatkan sehingga akan membentuk suatu perilaku (Pender, Murdaugh, dan Parson, 2002). Pengetahuan keluarga terutama mengetahui dan

memahami tugas dan tanggung jawab keluarga terhadap perkembangan remaja (Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi juga didapatkan dengan adanya ketersediaan media informasi yang ada seputar kesehatan reproduksi yang akan mempengaruhi perilaku seksual remaja. Kemajuan dan modernisasi teknologi membawa pengaruh bagi keluarga, termasuk remaja dalam keluarga. Sarana komunikasi yang semakin canggih akibat kemajuan teknologi menyebabkan meningkatnya arus informasi dari luar. Remaja akan mengadopsinya tanpa memilah-milah yang selanjutnya dipraktekkan dalam hidup kesehariannya (Santrock, 2003). Hasil studi penelitian di Medan dengan 107 responden menunjukkan bahwa media cetak mempunyai proporsi lebih sedikit (19,5%) dibandingkan dengan dengan media elektronik (33,3%) dalam meningkatkan perilaku kesehatan reproduksi yang beresiko pada remaja (Indarsita, 2002).

Penyampaian materi pendidikan seksual seharusnya diberikan oleh orang tua sejak dini, mengingat yang paling tahu keadaan anaknya adalah orang tua sendiri. Keluarga di Indonesia pada kenyataannya tidak semua orang tua mau terbuka terhadap anak didalam membicarakan masalah seksual, dapat juga karena faktor ketidaktahuan. Hal ini mengakibatkan remaja mencari sumber informasi yang salah terkait dengan permasalahannya (Gunarsa, 2004). Hal ini dapat diasumsikan dalam penelitian ini yang diukur dalam variabel pendidikan adalah pendidikan formal remaja (sekolah) seperti tingkat SD, SMP, SMA, dan PT. penelitian ini mendapatkan pendidikan tidak berhubungan dengan perilaku seksual berisiko remaja, tetapi hal ini dapat diasumsikan karena remaja mencari sumber informasi dari luar media formal pendidikan (sekolah) ke sumber non formal seperti media cetak dan elektronik sehingga akan

mengakibatkan perilaku seksual berisiko pada remaja apabila sumber informasi tersebut tidak tepat.

6.1.1.4 Hubungan Aktifitas Ibadah dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis menunjukkan aktifitas ibadah remaja dengan perilaku seksual berisiko remaja adalah berisiko tinggi pada aktivitas ibadah baik sebesar 54.5% dibandingkan dengan remaja dengan aktivitas ibadah kurang sebesar 41.1%. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Situmorang (2002) bahwa nilai dan keyakinan remaja akan dapat mempengaruhi kehidupan pubertas dan perilaku seksual yang berisiko di masyarakat. Hal ini dikarenakan nilai dan keyakinan remaja di Indonesia yang masih menganggap tabu terhadap pendidikan sosial dari segi agama dan norma budaya sehingga akan mengakibatkan perilaku seksual berisiko pada remaja (Iskandar, 1996).

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara aktivitas keagamaan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hal ini berbeda dengan penelitian Amirudin (1997) bahwa perlu adanya penanaman nilai agama dan norma pada remaja dalam mengatasi masalah kecenderungan perilaku seks bebas pada remaja perkotaan di Indonesia. Sedangkan dalam kehidupannya remaja sangat dipengaruhi oleh kelompoknya sehingga akan berperilaku sesuai dengan perilaku remaja dalam kelompok sebayanya tanpa memperhitungkan beberapa aspek nilai norma dan keyakinan dalam kehidupannya (Stanhope dan Lancaster, 2004). Hal ini dapat diasumsikan karena dalam penelitian ini yang diukur dalam aktifitas ibadah kurang spesifik untuk mengukur ketaatan beribadah. Ketaatan beribadah sebaiknya diukur berdasarkan agama responden masing-masing sejauh mana kedalaman dalam rutinitas kedalaman

agama, seperti jika seorang beragama Islam maka dapat dinilai dari ketaatan mengerjakan sholat lima waktu setiap harinya. Hal ini akan mempengaruhi nilai moral dan nilai keyakinan remaja dalam kehidupannya.

6.1.2 Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan Keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Pada bagian ini diuraikan mengenai perbedaan pola komunikasi dan kekuatan keluarga terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

6.1.2.1 Hubungan Pola Komunikasi Keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis bahwa pola komunikasi keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja adalah berisiko tinggi pada pola komunikasi keluarga disfungsi sebesar 67.9% dibandingkan dengan pola komunikasi keluarga fungsional sebesar 36%. Hal ini sejalan dengan penelitian Laily, N dan Matulesy (2004; dalam Fauzi, 2010) bahwa kualitas komunikasi antara orang tua dan remaja dapat menghindari remaja dari perilaku seksual remaja, hal ini dikarenakan antara orang tua dan remaja terjalin hubungan atau komunikasi yang intensif sehingga kemungkinan terjadi *sharing*, dan penyelesaian masalah.

Perilaku seksual remaja dapat dicegah dengan meyakinkan remaja bahwa mereka dicintai dan diinginkan oleh kedua orang tuanya. Remaja yang kurang kasih sayang dari orang tua lebih cenderung mencari keintiman di luar melalui komunikasi yang berfungsi didalam keluarga. Gunarsa (2004) mengemukakan bahwa komunikasi efektif antara orang tua dan

remaja membentuk pola dasar kepribadian remaja secara normal dan perkembangan psikologis yang sehat bagi remaja, karena merupakan hakekat seorang remaja dalam pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan uluran tangan orang tua, orang tua lah yang bertanggung jawab dalam mengembangkan keseluruhan eksistensi remaja termasuk kebutuhan fisik dan psikis sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang kearah kepribadian yang matang dan harmonis.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pola komunikasi keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Amrilah (2007) pada siswa-siswi kelas III SMK Surakarta, bahwa pengetahuan seksualitas dan kualitas komunikasi orang tua-anak mempunyai hubungan yang signifikan dengan perilaku seksual pada remaja (Amrilah, 2007). Hal ini dikarenakan terjadi komunikasi yang efektif diantara keluarga dan remaja. Komunikasi efektif terjadi apabila anak dapat mengungkapkan perasaan dan problem yang dihadapi sedangkan orang tua memahami dan membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi Balson (1999, dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003).

Hasil penelitian juga menunjukkan remaja dengan pola komunikasi keluarga yang *disfungsional* mempunyai peluang 3.753 kali terjadi perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan remaja dengan pola komunikasi keluarga yang *fungsional*. Hal ini sejalan dengan penelitian Mu'tadin (2002) keengganan orang tua dalam keluarga untuk membicarakan masalah reproduksi menyebabkan remaja mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa. Remaja mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber-sumber yang tidak bisa dipertanggungjawabkan karena tidak adanya layanan dan informasi bagi remaja serta kurangnya komunikasi antara anak remaja dan orang tua dalam keluarga. Hasil studi penelitian di

Sidney menunjukkan bahwa komunikasi terbuka dan kebebasan dalam menyelesaikan masalah akan mempengaruhi dalam pengambilan keputusan secara lebih baik dibandingkan dengan orang tua yang tidak melakukan hal tersebut (Fiona, 2008). Hal ini diasumsikan bahwa dengan adanya diskusi yang terbuka antara orang tua dan anak remaja dalam keluarga melalui komunikasi yang efektif akan meningkatkan pemahaman remaja tentang kesehatan reproduksi remaja. Hasil diskusi tersebut akan mampu mengontrol perilaku remaja kedalam perilaku seksual berisiko tinggi selama masa remaja tersebut.

6.1.2.2 Hubungan Kekuatan Keluarga dengan Perilaku Seksual Berisiko Remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil analisis menunjukkan kekuatan keluarga yang kurang baik akan lebih besar menyebabkan perilaku seksual berisiko tinggi pada remaja sebesar 72.7 % sedangkan kekuatan keluarga yang baik menyebabkan lebih besar terjadinya perilaku seksual berisiko rendah pada remaja sebesar 33.3 %. Friedman, Bowden dan Jones (2003) kekuatan keluarga penting dalam membuat keputusan keluarga menghadapi dan mengatasi masalah perilaku remaja melalui pola asuh keluarga. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Bogor dengan 263 pasang responden remaja dan orang tua bahwa terdapat hubungan yang sangat nyata antara pola asuh: permisif, demokratis dan otoriter. Pola asuh otoriter 0,09 kali berisiko terjadi perilaku remaja yang tidak baik untuk seksual dibandingkan dengan pola asuh permisif. Sebaliknya pola asuh otoriter berisiko terjadi perilaku remaja yang tidak baik untuk seksual 2,2 kali dibandingkan pola asuh demokratis (Ariani, 2006).

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja. Hal ini sejalan dengan

penelitian Purbani (2001) bahwa perasaan dan harapan remaja pria saat memasuki pubertas adalah mendapatkan orientasi dirinya dari teman dan keluarga melalui dukungan dan pengontrolan keluarga selama masa transisi remaja. Mulyadi (2009) remaja laki-laki anak jalanan selama pubertas menginginkan peran orang tua dalam mengontrol diri remaja supaya tidak berperilaku kehidupan seksual berisiko.

Hasil penelitian juga menunjukkan remaja dengan kekuatan keluarga yang kurang baik mempunyai peluang 5,333 kali terjadi perilaku seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan remaja dengan kekuatan keluarga yang baik. Permasalahan kesehatan reproduksi remaja juga muncul karena keterbatasan monitoring dari keluarga dalam mengatur remaja dalam kehidupannya. Pola pengaturan keluarga dapat diciptakan melalui tata aturan keluarga. Pola asuh yang otoriter dalam keluarga, keluarga *single parents*, konflik dalam keluarga, dan orang tua yang menikah muda akan menimbulkan suatu perilaku seksual berisiko pada anak remaja dalam keluarga (Rosenthal, 2001, Sieving, 2000, Feldman, 2002; dalam Dietrich, 2006). Hal ini diasumsikan bahwa remaja yang kurang mendapatkan control atau pengaturan melalui penggunaan kekuatan keluarga seperti pola asuh yang baik akan meningkatkan risiko remaja dalam perilaku seksual remaja yang berisiko selama masa pubertasnya.

6.1.3 Faktor Yang Paling Dominan Perilaku Seksual Remaja Berisiko di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Penelitian ini menghasilkan factor yang paling dominan terhadap perilaku seksual berisiko remaja adalah factor umur dan jenis kelamin serta pendidikan. Perilaku seksual berisiko remaja pada mulanya bisa dipengaruhi oleh usia remaja yang merupakan masa transisi atau peralihan remaja untuk perubahan baik secara fisik, emosional, dan social

(McMurray, 2003). *International Planned Parenthood Federation (IPPF/PKBI)* mendefinisikan remaja dengan rentang usia 10-24 tahun. Batasan ini mengacu pada rentang usia di mana perubahan-perubahan psikis dan fisik manusia mulai muncul. Hurlock (1998) menyatakan remaja adalah seorang individu yang mengalami peralihan dari satu tahap ke tahap berikutnya. Remaja pada tahap tersebut mengalami perubahan baik emosi, tubuh, minat, pola perilaku, dan juga penuh dengan masalah-masalah pada masa remaja.

Permasalahan kesehatan yang dialami remaja sangat kompleks seiring dengan masa transisi yang dialami remaja. Masalah yang menonjol dikalangan remaja misalnya masalah seksualitas (kehamilan tak diinginkan dan *aborsi*), terinfeksi Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV dan AIDS, penyalahgunaan Napza dan sebagainya (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN, 2008). Permasalahan tersebut akan menempatkan remaja sebagai populasi berisiko di masyarakat. Salah satu permasalahan kesehatan yang dialami oleh remaja adalah perilaku seksual dan kesehatan reproduksi remaja (Sthanhope dan Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999). Permasalahan perilaku seksual remaja yang berisiko berkembang seiring dengan perubahan masa transisi atau pubertas remaja sesuai dengan tahap usianya berdasarkan pada perubahan aspek biologis, emosional, dan social (McMurray, 2003).

Perkembangan biologis pada remaja sangat berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggung-jawab atas munculnya dorongan seks (Santrock, 2010). Hasil studi penelitian di Texas pada 100 responden anak laki-laki dan perempuan berusia lebih dari 7 tahun bahwa pertumbuhan dan perubahan fisik laki-laki maupun perempuan pada masa remaja sama (*American*

Psychological Association, 2011). Perubahan biologis yang terjadi berpengaruh pada perubahan emosional remaja.

Remaja dalam mencapai kematangan emosi, remaja perlu belajar memperoleh gambaran tentang situasi yang dapat menimbulkan reaksi emosional dengan cara terbuka dengan keluarga atau teman (Hurlock, 1998). Remaja lebih terbuka dengan kelompok sebaya dibandingkan dengan keluarga dan kelompok sebaya membawa pengaruh besar pada remaja. Hasil penelitian di Malaysia pada 403 responden terdiri dari laki-laki dan perempuan berusia 16-17 tahun, menunjukkan remaja mengalami tekanan emosi yang mayoritas menunjukkan gejala psikologis dan faktor yang menyebabkan tekanan adalah faktor keluarga dan lingkungan sekitar remaja (Sham, 2005).

Pengaruh teman sebaya tersebut lebih besar pengaruhnya dari pada pengaruh keluarga (Hurlock, 1998). Hasil penelitian di Pontianak pada 348 responden siswa SMA bahwa, yang paling dominan mempengaruhi perilaku seksual remaja adalah perilaku seksual teman sebaya sebesar 34,4% (Suwarni dan Linda, 2008). Perubahan sosial yang terjadi pada masa remaja dapat berdampak perilaku seksual berisiko pada remaja apabila tidak dapat beradaptasi selama berada pada kelompok teman sebaya.

Kehidupan remaja aspek psikososial berlangsung secara seimbang untuk mencapai perkembangan remaja yang sehat dan optimal. Pengaruh dari luar remaja akan mampu mengubah remaja menjadi manusia yang lebih baik, karena dengan kondisi ini diharapkan terjadi interaksi psikologis dan sosial menjadi positif yang pada akhirnya dapat berdampak positif pada pembentukan identitas diri remaja (Firdaus, 2010). Pencarian identitas diri pada remaja akan dikembangkan melalui perasaan remaja

dalam usaha mengikatkan diri dalam kehidupan lingkungan dan kelompok remaja di komunitas selama masa transisi. Beberapa remaja mengalami kendala dalam upaya menyeimbangkan antara perubahan dengan mempertahankan hubungan keluarga dan teman. Beberapa remaja merasa asing dengan perubahan dan mengalami stress secara emosional. Hal ini dikarenakan kurang adanya dukungan dari keluarga dan sekolah selama perkembangan remaja (Bronfenbrenner, 1996; dalam McMurray, 2003).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa jenis kelamin dan pendidikan sangat menentukan perilaku seksual berisiko pada remaja. Sikap dan aktivitas seksual remaja berkaitan dengan kesehatan reproduksi sangat dipengaruhi pemahaman remaja terkait dengan identitas gender remaja. Remaja perempuan akan mengalami pertumbuhan secara fisik selama masa pubertas mulai usia 10-14 tahun dan berakhir usia 17-19 tahun. Sedangkan pertumbuhan fisik remaja laki-laki dimulai usia 12-14 tahun dan berakhir pada umur 20 tahun (Hofmann dan Greydanus, 1997; dalam APA, 2002). Pubertas pada remaja perempuan ditandai dengan pertumbuhan buah dada yang dan menstruasi yang biasanya terjadi pada umur 12 atau 13 tahun. Pubertas remaja laki-laki ditandai dengan pembesaran testis pada dan mimpi basah terjadi pada umur 12-14 tahun (Allender dan Spradley, 2001). Pubertas remaja yang tidak terfasilitasi dengan baik akan mengarahkan remaja pada perilaku berisiko seksual dalam kehidupannya.

Remaja perempuan yang tidak difasilitasi oleh keluarga selama pubertas terkait dengan perubahan fisik dan emosional maka akan mengalami permasalahan menstruasi (Koff dan Rierdan, 1995; Stubbs, Rierdan, dan Koff, 1989; dalam APA, 2002). Hasil penelitian juga menunjukkan remaja laki-laki yang tidak difasilitasi selama masa pubertas akan mengalami

perasaan cemas dan takut saat mengalami mimpi basah atau masturbasi atau onani (Stein dan Reiser, 1994; dalam APA, 2002). Remaja yang tidak mampu mengelola dorongan perilaku seksual, dan tidak mampu mempertimbangkan resiko perilaku sebelum mengambil keputusan, cenderung dapat mencari dorongan seksualnya secara tidak sehat. Apabila remaja kurang mendapatkan bimbingan keagamaan dalam keluarga dan kelompok sebaya yang kurang menghargai nilai-nilai agama, maka kondisi ini menjadi pemicu berkembangnya perilaku seksual. Pandangan masyarakat terhadap seks mempengaruhi perilaku seks remaja. Nilai tradisi remaja bahwa menyerahkan keperawanan sebagai bukti cinta terhadap pasangannya merupakan perilaku seksual yang tidak sehat (Green, 1980, dalam Notoatmodjo, 2007).

Perilaku seksual remaja yang tidak sehat dapat terjadi seiring dengan pertumbuhan primer dan sekunder pada remaja ke arah kematangan yang sempurna, muncul juga hasrat dan dorongan untuk menyalurkan keinginan seksualnya (MvMurray, 2003). Hal tersebut merupakan suatu yang wajar karena secara alamiah dorongan seksual ini memang harus terjadi untuk menyalurkan kasih sayang antara dua insan, sebagai fungsi pengembangbiakan dan mempertahankan keturunan sebagai bagian dari perilaku seksual remaja.

Penelitian ini juga mengidentifikasi pendidikan remaja berkaitan dengan aktivitas seksual remaja berpengaruh pada perilaku seksual berisiko remaja. Penelitian Suwandono (2002) hasil penelitian pada 900 remaja, 180 orang tua remaja, 180 guru sekolah, 90 tokoh masyarakat dan 90 petugas kesehatan menunjukkan bahwa 60% petugas kesehatan, 65% orang tua remaja, 83,3% guru sekolah dan 77,3% remaja kurang pengetahuannya tentang perkembangan reproduksi remaja, perubahan psikologis dan emosional remaja, penyakit menular seksual dan bahaya

kehamilah remaja serta abortus. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2007). Hal ini diasumsikan akan mengakibatkan remaja mencari sumber informasi lain terkait dengan masa pubertasnya untuk meningkatkan pengetahuannya, sehingga akan mengakibatkan remaja berisiko terhadap perilaku seksualnya.

Depkes RI (2004) faktor penyebab lain dari perilaku seksual berisiko remaja adalah kurangnya pengetahuan remaja terhadap kesehatan, kurang kepedulian orang tua dan masyarakat terhadap kesehatan dan kesejahteraan remaja serta belum optimalnya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja. Penyakit menular seksual dan bahaya kehamilah remaja serta abortus. Akibatnya remaja sangat sedikit memperoleh informasi dari sumber yang berkompeten tentang hal-hal tersebut. Sebagian besar remaja 45% mendapat informasi dari teman sekolah, 16,3% dari guru, 12,8% dari petugas kesehatan, 8,7% dari orang tua dan 6,8% dari tokoh agama (Suwandono, 2002). UNICEF (2002) kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi, akses pelayanan kesehatan reproduksi yang tidak tersedia, kemiskinan, dan pendidikan yang rendah mengakibatkan remaja mengalami perilaku seksual berisiko. Hal ini dikarenakan dalam penelitian ini sebesar 36,8% remaja memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang kurang baik, sehingga diasumsikan remaja akan berperilaku seksual yang berisiko tinggi dalam kehidupannya.

McMurray (2003) bahwa perkembangan psikologis remaja akan mendorong remaja untuk bersikap untuk berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang, sehingga akan menempatkan remaja pada kelompok berisiko terhadap kesehatan di masyarakat. Sikap remaja dalam penelitian ini sebesar 44,3% bersikap

kurang baik dalam kesehatan reproduksi. Hal ini diasumsikan karena kurangnya pemahaman remaja berkaitan dengan kesehatan reproduksi selama masa pubertasnya sehingga akan mengakibatkan perilaku berisiko pada remaja tersebut. Suwandono (2002) upaya yang perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya perilaku seksual berisiko pada remaja merujuk pada perlunya pemberian informasi masalah seksual sehingga remaja akan dapat bersikap secara baik dalam perkembangan pubertas selama masa transisinya. Hal ini diasumsikan bahwa remaja selama masa pubertas tersebut membutuhkan perhatian dalam pengenalan perubahan diri sehingga remaja akan dapat bersikap dan berperan sesuai dengan identitas seksual dan gendernya.

Berbagai perilaku seksual remaja yang berisiko di masyarakat menurut Sarwono (2010) adalah: bersentuhan (*touching*), berciuman (*kissing*), mulai dari ciuman singkat hingga berciuman bibir (*deep kissing*); bercumbu (*petting*); dan berhubungan kelamin (*seksual intercou*). Perilaku seksual yang dilakukan sebelum waktunya justru dapat memiliki dampak psikologis yang sangat serius, seperti rasa bersalah, depresi, marah, dan agresi (Simkins, 1984; dalam Sarwono, 2010). Dampak psikologis lainnya adalah ketegangan mental dan kebingungan akan peran sosial yang tiba-tiba berubah, jika seorang gadis hamil diluar nikah, akan terjadi cemoohan dan penolakan dari masyarakat sekitarnya. Akibat lainnya adalah terganggunya kesehatan dan resiko kehamilan serta kematian bayi yang tinggi, selain itu, juga ada akibat putus sekolah dan akibat-akibat ekonomis karena diperlukan ongkos perawatan dan lain-lain (Sanderowitz dan Paxman, 1985; dalam Sarwono, 2010).

Allender dan Spradley (2005) perilaku seksual merupakan perilaku yang bertujuan untuk menarik perhatian lawan jenis dan terkait dengan aktivitas hubungan seksual. Aktivitas seksual merupakan kegiatan yang

dilakukan dalam upaya memenuhi dorongan seksual. Hal ini diasumsikan akan mendorong aktivitas seksual remaja dalam perilaku pacaran remaja yang tidak sehat. Remaja dalam melakukan aktivitas seksual umumnya sering dipengaruhi oleh kelompok sebayanya (Hitchcock, Thomas dan Strubert, 1999).

Remaja mulai mencoba mengambil keputusan melalui pertimbangan moral dan nilai melalui kelompoknya (Bishop dan Inderbitzen, 1995; dalam APA, 2002). Remaja dalam kelompok sebaya juga mulai menganalisis perbedaan nilai dan norma didalam keluarga (Micucci, 1998; dalam APA, 2002). Kelompok sebaya dapat memberikan dampak negative apabila keluarga tidak dapat menentukan kelompok remaja dengan baik, sedangkan kelompok sebaya juga dapat dijadikan sebagai sumber informasi tentang kehidupan diluar keluarga bagi remaja (Santrock, 2005). Kelompok sebaya dapat memberikan dukungan selama remaja membutuhkan sumber popularitas, status, prestise, dan penerimaan dalam kelompoknya (Sthanhope dan Lancaster, 2004). Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) yang didanai oleh USAID, BPS, BKKBN, DEPKES SKRRI pada tahun 2007 yang menunjukkan hasil perilaku pacaran pada wanita meliputi berpegangan tangan 62%, cium bibir 23,2%, dan meraba atau merangsang 6,5% dari besar sampel 5.912. Perilaku pacaran pada pria meliputi berpegangan tangan 60,1%, cium bibir 30,9%, dan meraba atau merangsang 19,2 % dari besar sampel 6.578. hal ini diasumsikan aktivitas seksual remaja dalam berpacaran tersebut secara kumulatif akan mendorong remaja pada perilaku seksual berisiko tinggi dalam masa remaja.

6.2 Keterbatasan

Penelitian ini dalam pelaksanaannya memiliki beberapa keterbatasan yang diakibatkan oleh beberapa hal, antara lain:

6.2.1 Belum adanya instrumen penelitian terkait masalah pola komunikasi dan kekuatan keluarga yang sudah baku, sehingga peneliti mengembangkan sendiri dari studi literatur. Namun peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen yang mendapatkan hasil yang kurang memuaskan. Salah satu hal yang menurut peneliti menjadi penyebab rendahnya validitas dan reliabilitas instrumen adalah kesulitan responden dalam memahami pertanyaan secara jujur karena pertanyaan tentang perilaku seksual remaja merupakan pertanyaan yang sensitif sehingga perlu keterbukaan dari responden untuk mau menjawab dengan benar. Peneliti juga telah melakukan perubahan pada pertanyaan-pertanyaan yang tidak valid untuk diubah redaksi bahasanya, kemudian dilakukan uji ulang sehingga diperoleh pertanyaan yang valid yang digunakan untuk penelitian ini.

6.2.2 Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti hanya dengan kuesioner dan tidak dilakukan *cross cek* data untuk menilai keabsahan data yang terkumpul, sehingga data yang didapatkan dirasakan belum optimal. Hal ini dikarenakan responden dalam memberikan jawaban hanya terfokus pada alat kuesioner saja, sedangkan menurut persepsi peneliti responden bisa saja memberikan jawaban tidak sesuai dengan kenyataan kehidupan sehari-hari yang sebenarnya, walaupun peneliti sudah menjelaskan bahwa data yang dihasilkan tidak akan di publikasikan, dan nama responden pun diganti dengan kode-kode supaya kerahasiaan responden terjaga.

- 6.2.3** Literatur terkait penerapan struktur keluarga berupa pola komunikasi dan kekuatan keluarga yang berkaitan dengan perilaku seksual berisiko remaja relative terbatas.

6.3 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan beberapa implikasi kepada pelayanan keperawatan komunitas dan perkembangan ilmu keperawatan komunitas.

6.3.1 Implikasi terhadap pembuat kebijakan kesehatan

Permasalahan kesehatan reproduksi dan seksual remaja di keluarga dan masyarakat bukan cuma masalah Dinas Kesehatan saja, tetapi permasalahan bersama yang membutuhkan penanganan yang optimal dan komprehensif melalui kerja sama lintas program dan lintas sektoral melalui kemitraan program kesehatan remaja yang terintegrasi dan terencana.

Program kesehatan reproduksi dan seksual remaja yang dapat diaplikasikan secara baik di masyarakat diharapkan dapat disusun oleh Dinas Kesehatan. Program-program remaja sebaiknya melibatkan remaja dan kelompok remaja dalam implementasinya. Hal ini dikarenakan remaja dalam perkembangan sosial lebih banyak dipengaruhi oleh kelompok remaja daripada keluarga, sehingga program kesehatan remaja dalam mencegah perilaku seksual remaja berisiko dapat diintegrasikan dalam kegiatan remaja yang ada di masyarakat seperti karang taruna remaja, pusat kajian remaja, dan kegiatan remaja lainnya di masyarakat.

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang telah diprogramkan oleh Dinas Kesehatan dapat diaplikasikan melalui pembentukan kelompok (peer group) remaja sehat di tatanan masyarakat untuk mendiskusikan masalah perilaku seksual dan permasalahan remaja pada umumnya. Kegiatan tersebut dapat difasilitasi melalui penggunaan

suatu panduan praktis remaja yang difasilitasi oleh pendidik kelompok sebaya yang telah diberikan pelatihan oleh dinas kesehatan ataupun puskesmas sebagai peer edukator.

Dinas kesehatan juga dapat menjalin kerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tingkat pusat ataupun Badan Pemberdayaan Perempuan Keluarga Berencana (BPPKB) di tingkat Kabupaten atau Kota dalam merencanakan program kesehatan reproduksi dan seksual pada remaja. Kedua lembaga tersebut memiliki program Ceria Remaja melalui Pusat Informasi Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) yang melayani permasalahan reproduksi dan seksual remaja di masyarakat. Sebaiknya program PKPR Dinas Kesehatan dan Ceria Remaja PIK-KRR BKKBN diaplikasikan secara bersama-sama melalui suatu kegiatan remaja yang baik di masyarakat sehingga akan terjadi suatu bentuk kerja sama yang baik dalam menyelesaikan masalah kesehatan reproduksi dan seksual remaja di keluarga dan masyarakat.

Dinas kesehatan juga perlu kerja sama dengan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan dalam mengatasi masalah perilaku seksual berisiko remaja. Hal ini dikarenakan waktu remaja dalam kesehariannya dihabiskan di sekolah. Dinas pendidikan dan kebudayaan dalam hal ini sekolah dapat memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual di sekolah yang disesuaikan dengan usia perkembangan anak dan diintegrasikan sebagai muatan pada beberapa mata pelajaran yang ada di sekolah. Bagaian kurikulum sekolah dan dinas kesehatan dapat bersiskus bersama dalam mengidentifikasi mata pelajaran yang dapat diberikan muatan tentang masalah kesehatan seksual remaja seperti agama, pendidikan kesegaran jasmani, dan biologi.

6.3.2 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan komunitas

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa usia remaja mempengaruhi perilaku seksual berisiko karena berkaitan dengan masa transisi perkembangan reproduksi remaja baik terhadap aspek biologis, emosional, dan sosial remaja. Selama masa transisi tersebut remaja mengembangkan dan mengadaptasi pola perilaku baru dalam kehidupannya, seperti perilaku seksual akibat kematangan organ dan hormonal yang akan menimbulkan dorongan seksual remaja selama tahap perkembangan remaja.

Perawat komunitas dapat melakukan tindakan preventif untuk memfasilitasi perkembangan remaja selama masa transisi pubertas remaja. Perawat komunitas dapat melakukan tindakan preventif dalam upaya untuk menekan faktor risiko tersebut melalui preventif primer yaitu melalui promosi kesehatan. Promosi kesehatan tersebut dilakukan untuk meningkatkan kesadaran keluarga, remaja, dan masyarakat tentang akibat perilaku seksual berisiko pada remaja. Bentuk promosi kesehatan tersebut dapat dilakukan melalui berbagai cara, berbagai media dan pendekatan yang lebih menyentuh kepada keluarga dan masyarakat, sehingga dapat mencapai tujuan dan sasaran yang diharapkan seefektif dan seefisien mungkin.

Intervensi promosi kesehatan tersebut dapat difokuskan pada faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya perilaku seksual berisiko remaja. Dengan demikian remaja diharapkan mampu menolak perilaku seksual berisiko atau seks bebas secara asertif. Hal ini membutuhkan dukungan baik dari diri remaja sendiri, dukungan sosial maupun kebijakan yang ada. Hal ini tidak lepas dari peran serta dan kerjasama dari semua pihak, termasuk dengan melibatkan remaja pada kegiatan kelompok remaja dan membentuk kelompok remaja sehat atau peer group remaja dalam

perkembangan kesehatan reproduksi dan seksual remaja di keluarga dan masyarakat.

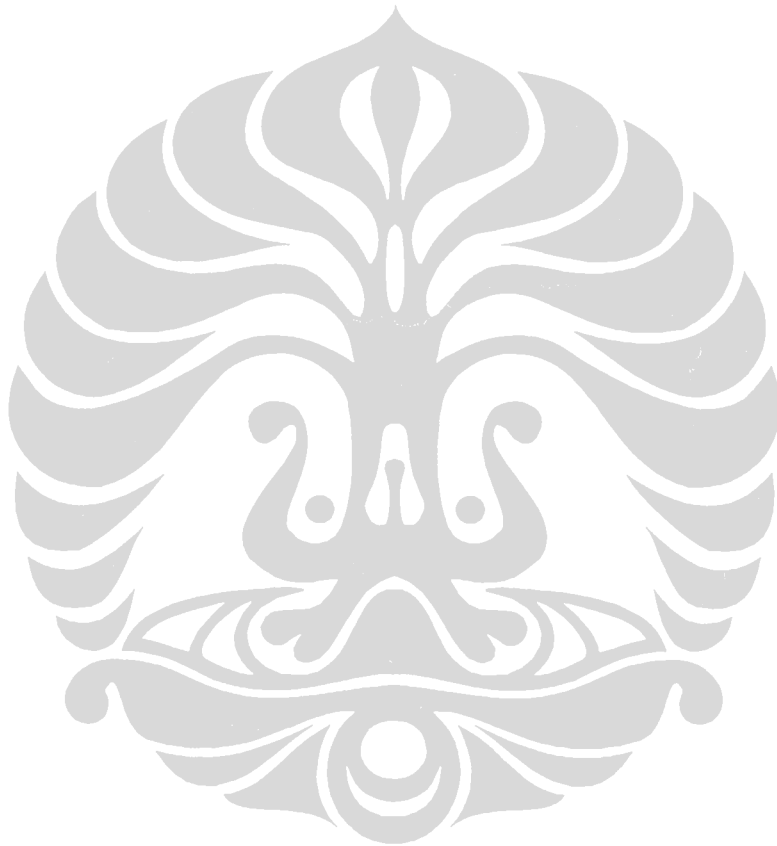
6.3.3 Implikasi terhadap pengembangan ilmu keperawatan

Permasalahan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual remaja merupakan masalah kesehatan yang sangat kompleks pada populasi remaja di masyarakat. Hal ini dikarenakan permasalahan tersebut muncul seiring dengan masa transisi perkembangan remaja selama masa pubertas dialami oleh remaja. Hal ini memerlukan dukungan dan peran aktif keluarga dalam memfasilitasi setiap tahap perkembangan remaja tersebut melalui pelaksanaan pola komunikasi dan kekuatan keluarga secara optimal.

Hasil penelitian ini teridentifikasi pola komunikasi dan kekuatan keluarga secara substantif mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja. Sedangkan dalam pelaksanaan kehidupan sehari-hari keluarga di Indonesia secara tata nilai dan norma keluarga masih sangat tabu atau malu untuk membicarakan ataupun melakukan pendidikan seksual di keluarga. Hal ini memerlukan suatu perubahan secara kehidupan budaya dan tata nilai norma keluarga dan masyarakat tentang perlunya pendidikan seksual remaja sesuai dengan perkembangan jaman dan perkembangan teknologi informasi serta sumber kesehatan reproduksi serta seksual remaja.

Pendekatan yang dapat dikembangkan adalah melalui penelitian yang menekankan pada budaya (*transcultural nursing*) untuk mengidentifikasi pelaksanaan nilai, norma, dan budaya keluarga dalam mencegah perilaku seksual berisiko remaja melalui pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual remaja. Penelitian tersebut dapat dilakukan melalui pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam usaha keluarga dalam mempertahankan

budaya keluarga, mengakomodasi budaya, ataupun merekonstruksi budaya yang akan memengaruhi perilaku seksual remaja berisiko di keluarga dan masyarakat.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan dijelaskan tentang simpulan dan saran dari uraian bab sebelumnya terhadap hasil dan pembahasan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi adalah sebagai berikut:

- 7.1.1 Ada hubungan antara usia dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.
- 7.1.2 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.
- 7.1.3 Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.
- 7.1.4 Tidak ada hubungan antara aktifitas ibadah dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.
- 7.1.5 Ada hubungan pola komunikasi dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

- 7.1.6 Ada hubungan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.
- 7.1.7 Variabel umur dan jenis kelamin remaja paling berhubungan dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi. Sedangkan variabel pendidikan merupakan variabel confounding dalam perilaku seksual berisiko remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi.

7.2 Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan permasalahan kesehatan reproduksi remaja di masyarakat yaitu:

7.2.1 Pengambil Kebijakan

7.2.1.1 Dinas Kesehatan

Dinas kesehatan mengadakan kerja sama secara lintas program dan sektoral dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja. Program pelayanan kesehatan reproduksi remaja dapat diaplikasikan dalam tatatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Dinas kesehatan dapat mengembangkan Pelayanan Kesehatan peduli Remaja (PKPR) yang sudah berjalan dengan bekerja sama dengan program Pelayanan Informasi Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) melalui Remaja Ceria yang dimiliki oleh BKKBN ataupun melalui program Bina Keluarga Remaja (BKR) yang dimiliki oleh BPPKB dan melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP) yang dimiliki oleh dinas agama.

Program-program tersebut dapat diintegrasikan menjadi satu program yang lebih dapat diterima dan dijangkau oleh remaja

dalam tatanan masyarakat seperti melalui pembelajaran aktif remaja di kelompok karang taruna ataupun pengajian remaja sehingga remaja dapat merasakan langsung manfaatnya dan program dapat terevaluasi dan termonitoring dengan baik melalui pengelolaan program yang optimal dan berkesinambungan antara kelima lembaga tersebut. Program seperti diskusi kelompok sebaya remaja di masyarakat yang dapat direncanakan bersama antara remaja dengan kader kesehatan dan tokoh masyarakat. Kegiatan tersebut dilakukan oleh kelompok remaja dan akan dievaluasi bersama antara kader kesehatan dan masyarakat melalui supervisi aktif dari puskesmas.

7.2.1.2 Dinas Pendidikan

Sekolah sebagai lembaga institusi pendidikan dapat dioptimalkan perannya dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sekolah. Sekolah dapat memberikan muatan materi kesehatan reproduksi remaja pada beberapa mata pelajaran setingkat SMP dan SMA seperti IPA, IPS, Pendidikan Kesegaran Jasmani, dan Agama. Pengintegrasian tersebut membutuhkan kerja sama yang baik antara bagian kurikulum sekolah dan dinas pendidikan serta dinas kesehatan terkait dengan pengembangan model pembinaan kesehatan reproduksi untuk masalah perilaku seksual berisiko pada remaja. Pengembangan pendidikan kesehatan reproduksi remaja tersebut sebaiknya memperhatikan kultur budaya Indonesia karena secara tata nilai dan norma keluarga masih sangat tabu atau malu untuk membicarakan ataupun melakukan pendidikan seksual di keluarga, masyarakat, dan sekolah.

7.2.2 Perawat Komunitas

Perawat komunitas dapat melakukan tindakan prevensi dalam upaya untuk menekan faktor risiko yang mempengaruhi perilaku seksual berisiko remaja seperti umur, pengetahuan, sikap, dan aktivitas seksual remaja. Perawat komunitas perlu memberikan fasilitasi perawatan tumbuh kembang remaja sesuai dengan tahap usia remaja dalam masa transisi pubertas remaja. Perawat komunitas juga perlu memberikan pendidikan kesehatan berkaitan dengan kebutuhan tumbuh kembang kesehatan reproduksi remaja untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku seksual remaja yang sehat. Perawat komunitas dapat promosi kesehatan reproduksi remaja pada tatanan keluarga melalui kunjungan rumah pada remaja dengan berisiko tinggi perilaku seksual, pembinaan sekolah melalui program UKS tentang kesehatan reproduksi remaja, dan pembentukan serta pembinaan kelompok pendidik sebaya di masyarakat untuk meningkatkan kesadaran keluarga, remaja, dan masyarakat tentang kesehatan reproduksi dalam pencegahan perilaku seksual berisiko pada remaja.

7.2.3 Keluarga

Keluarga lebih mengoptimalkan dalam memfasiliasi tugas perkembangan keluarga seperti menjaga komunikasi yang terbuka antara orang tua dengan remaja, memberikan kebebasan yang bertanggung jawab pada remaja untuk aktifitas sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Memberikan kebebasan berpendapat pada remaja dan adanya tata aturan yang jelas dalam keluarga berdasarkan kesepakatan bersama antara masing-masing anggota keluarga.

7.2.4 Remaja

Peran remaja di masyarakat dapat dioptimalkan melalui pembentukan kader remaja sebagai peer edukator dalam memfasilitasi kegiatan pendidikan kelompok sebaya di masyarakat melalui pelatihan secara terstruktur yang bekerja sama antara masyarakat, puskesmas, dan dinas kesehatan. Perawat komunitas juga dapat mengoptimalkan peran kader kesehatan di masyarakat dalam melakukan pembinaan remaja di keluarga melalui pengoptimalan kembali fungsi dari BKR (Bina Keluarga Remaja) di masyarakat. Hal ini semua membutuhkan monitoring dan evaluasi kegiatan secara seksama dari perawat komunitas dan puskesmas selaku pengampu pelayanan kesehatan di daerah setempat.

7.2.5 Penelitian

Pola komunikasi dan kekuatan keluarga merupakan salah satu aspek yang berperan dalam perilaku seksual berisiko remaja sehingga memerlukan riset lebih lanjut dalam mengidentifikasi peranan faktor tersebut baik melalui studi kuantitatif maupun studi kualitatif.

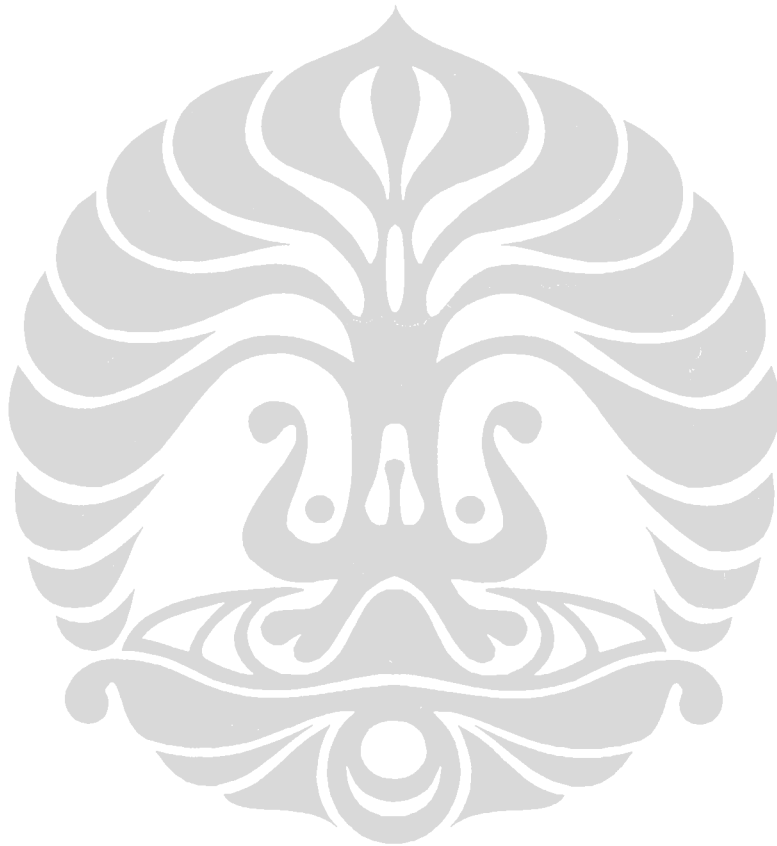
7.2.5.1 Penelitian Kuantitatif

- a. Pengaruh terapi komunikasi efektif remaja terhadap pembentukan komunikasi fungsional keluarga
- b. Pengaruh latihan asertif remaja terhadap perilaku seksual berisiko remaja
- c. Perbedaan pola asuh keluarga dalam pengontrolan perilaku remaja dalam keluarga

7.2.5.2 Penelitian Kualitatif

- a. Pengalaman keluarga dalam penerapan komunikasi fungsional dan kekuatan keluarga untuk mencegah perilaku seksual berisiko remaja

- b. Pengalaman penerapan pendidikan seksual remaja berdasarkan pendekatan budaya keluarga
- c. Rekonstruksi budaya dalam pemenuhan kebutuhan reproduksi remaja di keluarga dan masyarakat



DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association. (2011). *Physical growth and development*. Ft Worth, TX. US : Dryden Press, <http://psycnet.apa.org>, diakses tanggal 24 April 2011.
- Amrillah. (2007). Hubungan antara pengetahuan dan kualitas komunikasi orang tua dan anak dengan perilaku seksual pranikah. *Artikel Indegeneous*, 7(4). PP.45-50. Artikel. <http://eprints.ums.ac.id>, diakses tanggal 15 Maret 2011.
- Anjarwati. (2009). *Hubungan status sosial ekonomi dengan perilaku seksual remaja pada siswa SMA negeri di Kabupaten Gunung Kidul*. Tesis. UGM. <http://etd.ugm.ac.id>, diakses tanggal 20 April 2011.
- Ariani. (2006). *Hubungan karakteristik remaja, keluarga, dan pola asuh keluarga dengan perilaku remaja : merokok, agresif dan seksual pada siswa SMA dan SMK di Kecamatan Bogor Barat*. Tesis. Depok. <http://www.digilib.ui.ac.id>, diakses tanggal 20 April.
- Astuti, S.(2007). *Pendidikan Seks Anak dalam Keluarga*.Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial. Edisi 189.Th 31 Januari-Maret 2007. Yogyakarta:Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesejahteraan Sosial.
- Amirudin, Mudjahirin T, Friedha NRK, Hedi PS. (1997). *Kecenderungan Perilaku Seks Bebas Remaja Perkotaan*. Diakses dari Puslit Sosial Budaya/LPN-Universitas Diponegoro Semarang.
- Anonym. (2008), *Pubertas*, ¶ 1 <http://www.wikipedia.org> diakses tanggal 2 Desember 2010.
- APA (American Psychological Assosiations). (2002). *Developing Adolescents: A References For Professionals*. APA Washington, DC. www.apa.org/pi/pii/develop.pdf, di akses tanggal 20 Maret 2011.
- Bao Yeqing (2001). *Effects of parental style and power on adolescent's influence in family consumption decision*. Dissertation submitted to the fa virginia polytechnic institute and state university in partial fulfillment of the requirement for the degree off doctor of pholosophy. Blacksburg. virginia. <http://scholar.lib.vt.edu>, diakses tanggal 2 Januari 2011.
- BKKBN. (2009). *Pusat informasi dan konseling remaja (PIK Remaja)*. Direktorat remaja dan perlindungan hak-hak reproduksi jakarta.
- BPS Kabupaten Bekasi. (2010). *Kecamatan Tambun Selatan dalam angka*.

- Cumsille et al, (2009). *Heterogeneity and change in patterning of adolescents, perceptions of the legitimacy of parental authority : a latent transition model*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, diakses tanggal 29 Desember 2010.
- Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., & Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive community health nursing: family, aggregate, & community practice* (6rd ed). St. Louis: Mosby, Inc.
- Consuelo, et al. (2006). *Pengantar metode penelitian*. Jakarta. UI.Press
- Dahlan. (2006). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta. ARKANS.
- Dahlan. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta. Sagung Seto.
- Data Statistik Indonesia. (2000-2025). *Proyeksi penduduk 2000-2025*, <http://www.datastatistik-indonesia.com>, diakses tanggal 21 Maret 2010).
- Dennis (2010). *Sexually transmitted diseases in adolescents*, <http://www.uptodate.com>, diakses tanggal 2 Februari 2010.
- Depkes.(2005). *Strategi nasional kesehatan remaja*.
- Depkes. (2009). *Pedoman pelayanan kessehatan peduli remaja di puskesmas*.
- Dubhashi & Wani. (2008). Teenage pregnancy. *Bombay Hospital Journal*, Vol. 50, No. 2, 2008, <http://www.bhj.org>, diakses tanggal 2 Januari 2010.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Ketrampilan Hidup (Life Skills) Dalam Program Kesehatan Reproduksi Remaja*. BKKBN Pusat.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2008). *Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-Hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia*. BBKN Pusat.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. (2009). *Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja)*. BKKBN Pusat.
- Effendy. (1992). *Spektrum komunikasi*. Bandung. Mandar Maju.
- Fauzi. (2010). *Relefansn pengetahuan seks dan komunikasi orang tua dan anak dengan perilaku seksual pranikah remaja*, <http://webcache.googleusercontent.com>, diakses tanggal 21 Desember 2010.

- Firdaus. (2010). *Remaja aspek psikososial*, www.bunghatta.ac.id, diakses tanggal 2 Januari 2010.
- Fiona. (2008). Parent adolescent communication and adolescent decision-making. *Journal of family studiets*. P41-56. Vol 2, <http://jfs.e-contentmanagement.com>, diakses tanggal 3 Januari 2011.
- Fortenberry.et.al. (2011). Variation in sexual behavior in cohort of adolescent females : the role of person, perceived peer, and perceived family attitudes. *Journal of Adolescent health*, Januari : 48 (1) : 87-93, <http://jahonline.org>, diakses tanggal 21 Desember 2010.
- Friedman, Bowden, Jones. (2003). *Family nursing : research, theory, & practice*. 4th ed. Printice hall.
- Gunarsa. (2004). *Psikologi praktis: Anak, remaja dan keluarga*. Jakarta. Gunung Mulia
- Gusmiarni, (2000). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual remaja siswa kelas 2 SMU negeri. *Artikel Ceria BKKBN*, <http://ceria.bkkbn.go.id>, diakses tanggal 29 Desember 2010.
- Hapsari (2009). *Pola distribusi pendidikan non formal untuk remaja putus sekolah*, <http://digilib.its.ac.id>, diakses tanggal 1 Januari 2011).
- Hastono (2007). *Analisis data dasar*. Jakarta. FKM UI
- Heryana, R. (2011). *Banyak gadis tidak perawan*. Radar Cikarang.
- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Albani : Delmas Publisher.
- Hurlock, E.B (1998). *Developmental Psychology : a life span approach* (5th ed), London : McGraw Hill Inc
- Hutabarat. (2009). *Pola komunikasi keluarga dengan orang tua tunggal*. Skripsi. <http://repository.usu.ac.id>, diakses tanggal 23 Februari 2011.
- Husni, F. (2005). *Isu Kespro dalam Pilkada*, www.suamerdeka.com, diakses pada tanggal 25 Oktober 2007.
- Heather. (2009). *Teen Pregnancy*, <http://www.healthnews.com>, diakses Januari 2011
- Humphreys & Campbell, (2004). *Family Violence and Nursing Practice*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.

- Indarsita. D. (2002). *Hubungan faktor eksternal dengan perilaku remaja dalam hal kesehatan reproduksi di SLTP Medan*. Skripsi, <http://repository.usu.ac.id>, diakses tanggal 24 Desember 2010.
- Ines Fronteira et al. (2009). Sexual and reproductive health of adolescents in Belgium, the Czech republic, Estonia dan Portugal. *Ter European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. June 2009;14(3):215–220, <http://scholar.google.co.id>, diakses tanggal 24 Desember 2010.
- Institute. G. (2010). Teenage Pregnancies, births and abortions: national and state trends and trends by race and ethnicity. *Journal guttmacher institute*, P1-5. <http://www.Guttmacher.org>, diakses 2 Februari 2011.
- Iskandar, Sudardjat A, 2002, *Hak Remaja Atas Kesehatan Reproduksi*. Online. <http://www.situs.kesrepro.info.com>. diakses 12 Januari 2007.
- Jennifer. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Journal Perspectives on sexual and reproductive health*. June, 2008, 40(2) :105-117, <http://onlinelibrary.weley.com>, diakses tanggal 23 Desember 2010.
- Jory & Yodanis.(2010). Power family relationships, marital relationships. . *Marriage and family encycloedia*, <http://family.jrank.org>, diakses tanggal 24 Desember 2010.
- Kozier, et al. (2004). *Fundamentals of nursing : Concept, process and practice*. Ner Jersey : Pearson education,Inc.
- Metka. (2010). Parental authority styles in adolescent- parent relationships. *Journal allgemeiner teil aufsatze*. hal 321-336, <http://www.jugmdforschung.de>, diakses tanggal 23 Desember 2010.
- Mc. Murray, A, (2003), *Community Health and Wellness: Sosio, Ekological, Approach Australia*; Harvourt, Mosbi.
- McKay. (2004). Sexual adolescent and health promotion in Canada. *The Canadian Journal of Human Sexuality, Vol. 13 (2) Summer 2004* www.sieccan.org, diakses tanggal 2 februari 2011.
- Mu'tadin, Z. (2002). *Pendidikan seksual pada remaja*, <http://ilmu psikologi.com>. Diakses tanggal 10 Januari 2011.
- Mubarok, et al. (2009). *Komunikasi dalam keperawatan : teori dan aplikasi*. Jakarta. Salemba Medika
- Mohanis (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual siswa SLTA negeri (SMU,SMK,MA) dikota padang 2003*. Skripsi (Tidak dipublikasikan).

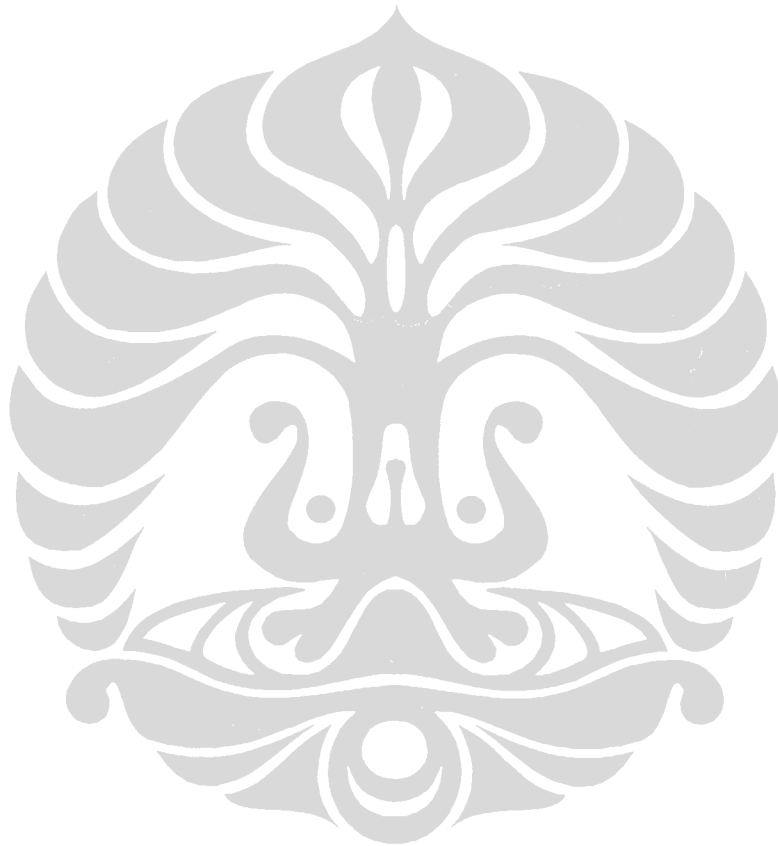
- Mephan, I. (2001). A Review of NGO Adolescent Reproductive Health Programs in Indonesia, <http://pdf.usaid.gov>. Diakses tanggal 24 Februari 2011
- Mc.Murray, A. (2003). *Community Health and Wellness : a Sociological approach*. Toronto : Mosby
- Mulyadi, B. (2009). Pengalaman Anak Jalanan laki-Laki Dalam Menjalani Masa Puber Di Kecamatan PancoranMas Kota Depok: Studi Fenomenologi. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Nies, M.A., and McEwan, M. (2001). *Community health nursing: promoting the health of population. (3rd Ed.)*, Philadelphia: Davis Company.
- Notoatmojo. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta. Salemba medika.
- Pender, Murdaugh, & Parson. (2002). *Health promotion in nursing practice*.USA. Prentice Hall.
- Priyonggo, (2002). *Penting, komunikasi dalam keluarga*, <http://www.suara merdeka.com>, diakses tanggal 2 Januari 2011.
- Podhisita, et al. (2001). The risk of premarital Sex. *East-west center working papers*. Oktober No. 108-5, <http://www.eastwestcenter.org>, diakses tanggal 21 Februari 2011.
- Polit & Beck. (2004). *Nursing research principles and methods*. Lippincort William & Wilks
- Papathanasiou. (.....). Adolescent, sexuality dan cexual education. *Health science Journal*, Edisi 1 P 1-8, <http://www.hsj.gr>, diakses tanggal 3 Maret 2011.
- Pender, N.J., Carolyn, L.M., Mary, A.P. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4rd edition. Stamford: Appleton & Lange.
- Rakhmat.J.(2003). *Psikologi komunikasi*. Bandung. Remaja Rosdakarya
- Riswandi. (2009). *Ilmu komunikasi*. Yogyakarta. Graha Ilmu
- Santrock. (2003). *Adolescence perkembangan remaja*.Jakarta. Erlangga.
- Sannisto.T dan Kosunen. E. (2009). Promotion of adolescent sexual health in primary care: survey in finnish health centres. *The European journal of contraception and reproductive health care*. February 2009. ; 14(1): 27-38, <http://www.ncbi.nlm.gov>, diakses tanggal 15 Desember 2010.

- Sarwono.S.W. (2010). *Psikologi remaja*. Jakarta : Rajawali Press
- Sastroasmoro & Ismael. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta. Sagung Seto
- Sham. (2005). Tekanan emosi remaja Islam. *Journal Islamiyyat* 27(1) (2005): 3-24, <http://pkukmweb.ukm.my>, diakses tanggal 23 April 2011.
- Stanhope, Lancaster. (2004). *Community Health Nursing*, .(4th Ed), St Louis Missouri; Mosby Co.
- Stone, C.Eigsti,McG. (2002). *Community comprehensive health nursing : family aggregate & community*. Philadelphia : Mosby
- Suwarni & Linda (2008). *Pengaruh monitoring parental dan perilaku teman sebaya terhadap Perilaku seksual remaja SMA di Kota Pontianak*. Master Tesis, UNDIP, <http://enprint.undip.ac.id>, diakses tanggal 20 April 2011.
- Sugiono.(2010). *Statistik untuk penelitian*.Bandung.Alfabeta
- Suryani. (2005). *Komunikasi terapeutik, teori dan praktek*. Jakarta. EGC
- Suwandono. (2002). *Pengembangan model pelayanan kesehatan reproduksi remaja*. <http://digilib.itb.ac.id/gdl.php>, diakses tanggal 29 November 2010.
- Santrock. (2005). *Adolescent*. Tenth edition. New York; The McGraw Hill.Co.Inc.
- Situmorang, A. (2003). *Adolescent Reproductive Health in Indonesia*. A Report Prepared for STARH Program, Johns Hopkins University/Center for Communication Program Jakarta, Indonesia.
- Sprinthall,N,A & Collins,W,A.(1995). *Adolescent Psychology, A Developmental View.Third edition*. USA; McGraw Hill.Inc.
- Thera, Y.M.U. (2005). *Kiat Mengatasi Kenakalan Remaja*, www.buddhistonline.com, diakses tanggal 12 Desember 2010
- Tyas. (2002). *Untuk remaja Indonesia*, <http://www.gratis45.com>, diakses tanggal 25 Desember 2010.
- Trihaningsih. (2001).*Gambaran permasalahan kesehatan reproduksi remaja di centra mitra muda (CMM) PKBI DKI Jakarta tahun 1999-2000*, file:///F:/bahantesis2, diakses tanggal 2 28 Desember 2010.
- Tribodeu & Patton, (2007). *Anatomy & Physiology, Sixth Edition*. Philadelphia : Mosby Elsevier.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010.

USAID, et al. (2008). *Survai kesehatan reproduksi remaja indonesia 2007*.

Wong, Dona L et al. (2008). *Wong's Essentials of pediatric nursing*, 6th Ed. By Mosby, Inc.

Wright & Leahey. (1994). *Nursing and families ; a guide to family assessment and intervension*. Phyladelphia. Davis Company



LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Perihal : Permohonan Pengisian Responden

Lampiran : Satu berkas

Kepada Yth :

di.....

Dengan hormat,

Saya, Nurhayati, mahasiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia, akan mengadakan penelitian tentang” Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Hasil penelitian akan dipakai sebagai bahan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas pada keluarga yang mempunyai anak remaja dan remaja. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi remaja dan keluarga yang mempunyai anak remaja serta masyarakat.

Peneliti menghormati pendapat dan pandangan saudara, akan menjaga dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan data dan penyajian data, serta tetap menjunjung tinggi dan menghargai keinginan saudara untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi saudara pada penelitian ini setelah penjelasan ini diberikan. Peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kesedian saudara untuk menjadi responden penelitian.

Tambun, Juni 2011

Nurhayati

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Judul penelitian : Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Saya telah diminta dan member ijin untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual risiko pada remaja di di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Saya berhak untuk menghentikan penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak bila ada perlakuan yang merugikan bagi saya.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian

Jakarta , Juni 2011

Nama Responden

Peneliti

()

Nurhayati

KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk pengisian kuesioner

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap item pertanyaan/pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Pilihlah jawaban dengan memberi tanda Cek list(√) pada kotak pilihan yang tersedia

A. Data Demografi

1. Umur saudara :tahun
2. Jenis kelamin : () Laki-laki , () Perempuan
3. Pendidikan : () SD, () SMP, () SMA, () PT
4. Aktifitas menjalankan ibadah: ()Selalu, () Kadang-kadang,()Tidak pernah

B. Perilaku seksual berisiko

Jawablah pertanyaan, ungkapkan pendapat saudara pada <i>salah satu jawaban</i> dengan memberikan tanda Cek list (√) pada kolom yang tersedia					
No	Pertanyaan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Perubahan fisik pada remaja laki-laki saat memasuki masa puber adalah suara membesar				
2	“Mimpi basah” biasa terjadi pada laki-laki disertai dengan keluarnya cairan sperma				
3	Melakukan hubungan seksual pada masa subur menyebabkan kehamilan				
4	Tanda-tanda kehamilan pada remaja adalah tidak datang haid lagi disertai mual-mual				
5	Seorang remaja yang menderita HIV/AIDS tidak dapat disembuhkan				
6	Seorang remaja yang menderita HIV/AIDS akan mudah terserang penyakit.				
7	Penyakit menular seksual (PMS) adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan				

	seksual				
8	Hak seorang remaja untuk berciuman dengan pacar				
9	Saling bergandengan tangan dengan pacar merupakan sesuatu yang wajar				
10	Hubungan kelamin sebaiknya dilakukan setelah menikah				
11	Ciuman dengan pacar dapat memberikan kepuasan				
12	Laki-laki wajar mencium pipi pacar terlebih dahulu sebelum percintaan				
13	Saling berpegangan tangan				
14	Saling berpelukan dengan pacar saat kangen				
15	Saling berciuman bibir				
16	Saling menyentuh bagian payudara				
17	Saling menyentuh bagian alat kelamin				
18	Melakukan hubungan badan bersama pacar atau tunangan				
19	Merangsang alat kelamin sendiri sehingga mendatangkan suatu kenikmatan.				

C. Pola Komunikasi

Jawablah pertanyaan, ungkapkan pendapat saudara pada <i>salah satu jawaban</i> dengan memberikan tanda Cek list (√)					
No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sangat Sering	Selalu
1	Saya menceritakan tentang masalah pribadi kepada orang tua				
2	Saya memahami setiap keinginan orang tua				
3	Saya mendiskusikan masalah dalam keluarga				
4	Orang tua saya tidak menghargai perbedaan pendapat dalam berdiskusi				
5	Diskusi atau musyawarah dalam keluarga				

	dapat menyelesaikan masalah yang ada.				
6	Ketika diadakan diskusi atau musyawarah orang tua menghargai lawan bicara				
7	Orang tua saya cenderung tidak menyalahkan pada saat berkomunikasi dalam keluarga				
8	Perhatian saya kurang, saat orang tua bicara				
9	Saya sering membicarakan tentang perasaan saya kepada orang tua.				
10	Orang tua melampiaskan kemarahannya pada keluarga				

D. Kekuatan Keluarga

Jawablah pertanyaan, ungkapkan pendapat saudara pada <i>salah satu jawaban</i> dengan memberikan tanda Cek list (√) pada kolom yang tersedia.					
No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Sangat sering	Selalu
1	Orang tua menyelesaikan konflik yang terjadi pada anak-anak secara musyawarah				
2	Semua anggota keluarga menyetujui keputusan musyawarah atau diskusi				
3	Anak-anak bebas menyampaikan pendapatnya dalam musyawarah atau diskusi				
4	Anggota keluarga melaksanakan hasil musyawarah atau diskusi.				
5	Keputusan yang di tetapkan orang tua tidak perlu disetujui melalui musyawarah atau diskusi.				
6	Orang tua memperbolehkan anak-anak yang kurang setuju untuk tawar menawar dalam pengambilan keputusan				
7	Orang tua membuat keputusan yang harus disetujui oleh semua anak-anak.				
8	Orang tua menyampaikan pendapatnya secara aktif ke anak-anak sebelum keputusan yang ditetapkan				
9	Orang tua segera mengambil keputusan apabila ada masalah pada anak				
10	Orang tua harus tegas dalam menetapkan kesepakatan dengan anak remaja yang bermasalah				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nurhayati

Tempat & Tgl Lahir : Sidokaton, 1 April 1971

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf pengajar Program DIII Keperawatan FKK UMJ

Alamat Rumah : Perum Grand Wisata, Cluster Water Garden BH 5/2
Lambang Sari-Tambun Selatan- Kabupaten Bekasi

Alamat Institusi : Cempaka Putih Tengah I/I . Jakarta Pusat.

Riwayat Pendidikan :

1. Program Pasca Sarjana FIK UI (2009-sekarang)
2. Sarjana Keperawatan Universitas Indonesia (2002-2004)
3. Diploma III Keperawatan AKPER RSIJ (1991-1994)
4. SMAN I Brebes (1989-1991)
5. SMP II Brebes (1986-1989)
6. SD Sidokaton (-1986-1989)

Riwayat Pekerjaan

1. Staf pengajar AKPER RSIJ FKK UMJ 1995- Sekarang
2. Staf keperawatan RS Islam Jakarta 1994-1995

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU
SEMESTER GENAP 2011

NO	KEGIATAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
1	Penyelesaian BAB I s/d 4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X														
2	Ujian proposal																	X													
3	Pengumpulan data																		X	X	X	X									
4	Analisis dan penafsiran data																						X								
5	Penulisan laporan																						X	X							
6	Ujian hasil penelitian																											X			
7	Perbaikan tesis																										X	X			
8	Sidang tesis																														X
9	Perbaikan tesis																														X
10	Penjilidan teis																														X
11	Pengumpulan laporan																														X

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Nurhayati
NPM : 0906594583
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan, Peminatan Keperawatan
Komunitas
Judul Tesis : Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan keluarga
dengan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja di Desa
Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten
Bekasi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.


DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN



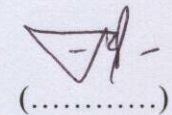
(.....)

Pembimbing : Etty Rekawati, SKp.,MKM



(.....)

Penguji : Ns. Widyatuti, SKp., M.Kes., Sp.Kom



(.....)

Penguji : Ns. Ati Nuraeni, SKp., M.Kes., Sp.Kom



(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 15 Juli 2011



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan pola komunikasi dan kekuatan keluarga dengan perilaku seksual berisiko pada remaja di Desa Tridaya Sakti, Kecamatan Tambun Selatan, Kabupaten Bekasi.

Nama peneliti utama : **Nurhayati**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 26 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Komplek Perkantoran Pemda Kabupaten Bekasi
Desa Sukamahi Kecamatan Cikarang Pusat
Telp. 021-89970065, 021-89970129 Fax. 89970064

BEKASI

Cikarang Pusat, 09 Mei 2011

Nomor : 070/379 /Kesbangpol Linmas
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Mohon Izin Penelitian

Kepada
Yth. **Kepala Desa Tridaya Sakti**
Kecamatan Tambun Selatan
di-
Bekasi

Dengan hormat,

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor 1517/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tanggal 2 Mei 2011 perihal Surat Keterangan Penelitian, dengan ini menerangkan bahwa :[^]

N a m a : **NURHAYATI**
Pekerjaan : **Mahasiswa**
Nomor Pokok : **0906594583**
Fakultas : **Ilmu Keperawatan**
Perguruan Tinggi/Universitas : **Universitas Indonesia Depok**
Agama : **Islam**
Alamat Rumah : **Grand Wisata Blok BH 5 No 2 Tambun Selatan**

Bermaksud akan mengadakan kegiatan penelitian ke Dinas/Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pengumpulan data dan keterangan guna memenuhi tugas akhir Pembuatan Tesis/Program Magister/(S-2) Program Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, dengan Judul "**Hubungan Pola Komunikasi dan Kekuatan Keluarga dengan Perilaku Seksual Beresiko pada Remaja di Desa Tridaya Sakti Kecamatan Tambun Selatan Kabupaten Bekasi**" yang akan dilaksanakan dari tanggal **10 Mei s/d 10 Juni 2011**.

Memperhatikan maksud dan tujuan, apabila situasi dan kondisi memungkinkan mohon kiranya kepada yang bersangkutan untuk dapat diberikan kemudahan dalam pelaksanaan kegiatan dimaksud.

Demikian agar maklum atas kerjasamanya kami haturkan terimakasih.

**KEPALA KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS
KABUPATEN BEKASI**



Drs. H. RAHMATULLAH, MM.
Pembina Tingkat I
NIP. 19590528 198503 1 004

Tembusan : disampaikan kepada :

1. Yth. Bupati Bekasi (sebagai laporan);
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bekasi;
3. Yth. Camat Tambun Selatan Kab. Bekasi;
4. Yth. Yang bersangkutan.

Hubungan pola..., Nurhayati, FIK UI, 2011



PEMERINTAH KABUPATEN BEKASI
KECAMATAN TAMBUN SELATAN
KEPALA DESA TRIDAYA SAKTI

Jl. Tridaya 1

Kode Pos 17518

Tridayasakti, 18 Mei 2011.

Nomor : 27 / TDS/ V /2011
Sipat : Biasa.
Lamp : -
Perihal : Mohon Izin Penelitian

Kepada,

Yth, Para Ketua RT dan RW sedesa-
Tridayasakti.

Di,-

Tempat.

Menindak lanjuti surat dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat, Kabupaten Bekasi Nomor : 070/379/Kesbangpol Linmas,
tanggal 09 Mei 2011, perihal Mohon Izin Penelitian, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama lengkap : NURHAYATI.
Pekerjaan : Mahasiswi.
Perguruan tinggi /Unipersitas : Universitas Indonesia Depok.
Agama : Islam.
Alamat : Grand Wisata Blok BH 5 no 2 Tambun selatan.

Bermaksud akan mengadakan kegiatan penelitian ke wilayah RT dan
RW di Desa Tridayasakti Kecamatan tambun selatan dalam rangka mengumpulkan
data dan keterangan guna memenuhi tugas akhir Pembuatan Tesis/Program Magister
(S-2) Program Ilmu Keperawatan dengan judul " Hubungan Pola Komunikasi dan
kekuatan keluarga dengan prilaku seksual berisiko pada remaja didesa " yang akan
dilaksanakan dari tanggal 10 mei s/d 10 Juni 2011.

Memperhatikan Maksud dan tujuan tersebut, kepada ketua RT dan Rw
di desa Tridayasakti agar memberi kemudahan dan membantu dalam pelaksanaan
kegiatan tersebut.

Demikian agar maklum.



SUWARDI WADA

- Tembusan disampaikan kepada ;
Yth. 1. Camat Tambun selatan (sebagai laporan)
2. BPD Tridayasakti.
3. Babinsa tridayasakti.