



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISTRIBUSI NIAT BER-KB (KELUARGA BERENCANA)
PADA REMAJA DI JAWA BARAT TAHUN 2007**

SKRIPSI

**RIZKA PANJI HIDAYATY
0806336936**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DISTRIBUSI NIAT BER-KB (KELUARGA BERENCANA)
PADA REMAJA DI JAWA BARAT TAHUN 2007**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

RIZKA PANJI HIDAYATY

0806336936

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
DEPOK**

JANUARI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rizka Panji Hidayaty

NPM : 0806336936

Tanda tangan :



Tanggal : 19 Januari 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Rizka Panji Hidayaty
NPM : 0806336936
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Distribusi Niat ber-KB (Keluarga Berencana) pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Dr. Sudarto Ronoatmodjo, SKM, MSc (.....)

Penguji 1 : dr. Yovsyah M.Kes

Penguji 2 : Dra. Flourisa Juliaan Sudrajat, Apt., MKM

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : RIZKA PANJI HIDAYATY

NPM : 0806336936

Mahasiswa Program : S1 Reguler Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008

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

DISTRIBUSI NIAT BER-KB (KELUARGA BERENCANA) PADA REMAJA DI JAWA BARAT TAHUN 2007

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 24 Januari 2012



(Rizka Panji Hidayaty)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbilalamin. Segala puji serta syukur saya haturkan kehadiran Allah SWT karena berkat berkah dan anugerahNya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini diajukan untuk memenuhi syarat memperoleh gelar Sarjana. Saya mengucapkan terima kasih kepada

1. Prof. Dr. Dr. Sudarto Ronoatmodjo, SKM, MSc. sebagai dosen yang membimbing sampai saya menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih banyak untuk waktu dan tenaga yang diberikan kepada saya demi kelancaran proses pembuatan skripsi ini
2. dr. Yovsyah M.Kes yang bersedia menjadi penguji. Terima kasih atas waktunya karena bersedia menjadi penguji saya dan untuk masukan untuk perbaikan skripsi saya yang sangat bermanfaat.
3. Dra. Flourisa Juliaan Sudrajat, Apt., MKM yang bersedia menjadi penguji, terimakasih banyak atas waktunya di tengah kesibukan bekerja dapat meluangkan waktu untuk hadir. Selain itu terimakasih atas masukan untuk perbaikan skripsi saya.
4. BKKBN khususnya Bapak Mudjiyanto yang telah mengizinkan saya untuk mengambil data SKRRI 2007.
5. Seluruh staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia khususnya departemen epidemiologi yang telah memberikan kemudahan pada kami dalam perolehan informasi yang kami butuhkan dalam menyelesaikan tugas ini.
6. Papah dan Mamah tersayang, terimakasih untuk semua dukungan dalam berbagai upaya, karena cinta kalian teteh bisa menjalani semua ini ☺.
7. Gita dan Hilda, adik berprestasi dan luar biasa yang selalu memberi semangat dan menginspirasi ☺
8. Ibu yang selalu berdoa di tiap sujudnya untuk kelancaran skripsi cucunya.
9. Anak-anak CAT, a away, bang fray, bang julen, suryana, ka dian, ka putri, selalu menyenangkan ngegunung bersama kalian.
10. Duo jomblo Hani dan Ayu gak tau lagi harus ngomong apa sama kalian. Gw akan selalu berdoa biar kalian dapet jodoh secepatnya dan lulus di semester

8. Makasih juga untuk Cahya dan Dhorkas yang sudah membantu kelancaran sidang.
11. Teman seperjuangan epid 2008 tika, alin, zaki, imin, titi, sisil, amah, yang bikin saya jadi semangat ngerjain skripsi, nf yang udah bantuin, juga untuk luri, erni, uci, setia, fe, esti, azmi, oka dan megie. Terimakasih atas dukungannya dan doanya.
12. Anak epid 07 ka rizka, ka hajar, ka tami,ka putri, ka septi, terimakasih atas bantuannya, doa, dan support, terimakasih karena telah berbagi pengalaman.
13. Anak- anak biostat Dita , Rahma, Alicia yang mau meluangkan waktu membalas sms dan email, makasih banyak. Semoga kalian cepat nyusul ya!
14. Ka ania dan ka rifa yang telah meluangkan waktunya membaca curhatan via ym, untuk semangatnya, dan segala upaya untuk membantu saya. Terimakasih ka .

Saya berharap Allah SWT akan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu saya. Aamiin YRA

Depok, Januari 2012

Penulis

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Rizka Panji Hidayaty
NPM : 080636936
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

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

Distribusi Niat ber-KB (Keluarga Berencana) pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada tanggal 19 Januari 2012
Yang menyatakan



(Rizka Panji Hidayaty)

ABSTRAK

Nama : Rizka Panji Hidayaty
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Distribusi Niat ber-KB (Keluarga Berencana) pada Remaja di
Jawa Barat
Tahun 2007

Angka kelahiran total di Jawa Barat tahun 2007 masih tinggi yaitu 2,6 sehingga perlu diketahui niat ber-KB pada remaja saat ini untuk menggambarkan kesuksesan pengendalian penduduk di masa depan. Penelitian ini dengan desain potong lintang bertujuan untuk mengetahui distribusi niat ber-KB remaja berusia 15-24 tahun yang belum menikah di Jawa Barat dari data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007. Hasil penelitian sebagian besar remaja niat KB (52,7%). Terdapat perbedaan distribusi niat KB berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, pengetahuan, paparan media, pertemuan masyarakat, dan peran sekolah dengan nilai $p \geq 0,05$.

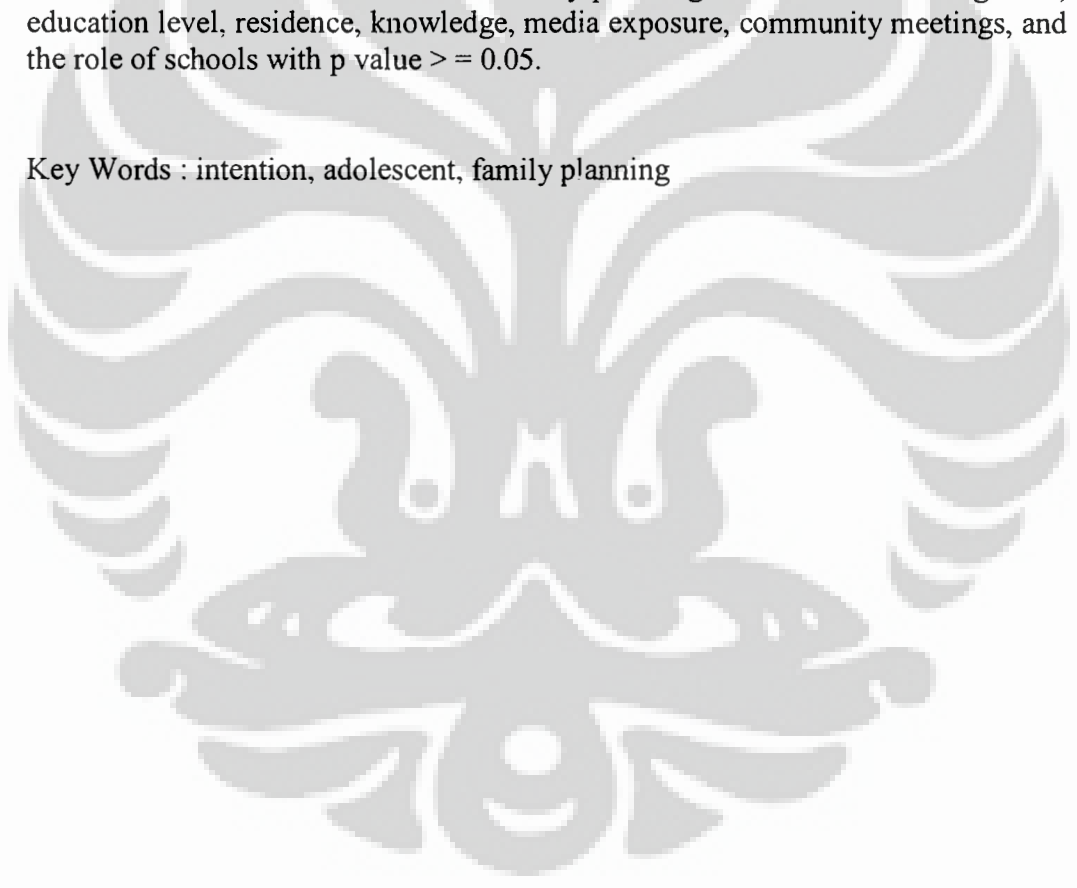
Kata Kunci : remaja, niat, keluarga berencana

ABSTRACT

Name : Rizka Panji Hidayaty
Study Program : Bachelor of Public Health, Majoring in Epidemiology
Title : Distribution of Intention from Adolescent to do Family Planning
in West Java by 2007

Total Fertility Rate in West Java in 2007 was still high at 2.6 so it is need to be known the intention of family planning in today's youth to illustrate the success of population control in the future. This study with a cross-sectional design aims to determine the distribution of family planning intentions of adolescents aged 15-24 years who were not married in West Java from data of Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey of Indonesia in 2007. The results show that adolescent has intention to do family planning (52.7%). There are differences in the distribution of family planning intentions based on gender, education level, residence, knowledge, media exposure, community meetings, and the role of schools with p value ≥ 0.05 .

Key Words : intention, adolescent, family planning



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Bagi Pemerintah.....	6
1.5.2 Bagi Mahasiswa.....	7
1.6 Ruang Lingkup.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Keluarga Berencana.....	8
2.1.1 Pengertian Keluarga Berencana.....	8
2.1.2 Tujuan Keluarga Berencana.....	11
2.1.3 Manfaat Keluarga Berencana.....	12
2.2 Proses Pembuahan.....	13
2.3 Kontrasepsi.....	13
2.3.1 Metode Sederhana.....	14

2.3.1.1 Coitus Interruptus / Senggama Terputus	14
2.3.1.2 Metode Pantang Berkala.....	15
2.3.1.3 Metode Amenorhea Laktasi.....	16
2.3.1.4 Kondom	17
2.3.1.5 Diafragma/Cap.....	18
2.3.1.6 Spermisida	18
2.3.2 Metode Modern.....	19
2.3.2.1 Pil KB	19
2.3.2.2 AKDR / IUD.....	21
2.3.2.3 Kontrasepsi Suntik.....	21
2.3.2.4 Kontrasepsi Susuk / Norplant	22
2.3.3 Metode Mantap	23
2.3.3.1 Kontrasepsi Mantap Pada Wanita (Tubektomi).....	24
2.3.3.2 Kontrasepsi Mantap Pada Pria (Vasektomi).....	24
2.4 Pengertian Remaja.....	25
2.4.1 Batasan Remaja.....	26
2.4.2 Aspek-aspek Kepribadian Remaja.....	28
2.4.3 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja	29
2.5 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Niat KB	29
2.5.1 Faktor Predisposisi.....	29
2.5.1.1 Umur	30
2.5.1.2 Jenis Kelamin.....	30
2.5.1.3 Tingkat Pendidikan.....	31
2.5.1.4 Tempat Tinggal.....	31
2.5.1.5 Jumlah Saudara Kandung	32
2.5.1.6 Pengetahuan	32
2.5.1.7 Sikap	33
2.5.2 Faktor Pemungkin (Enabling factors).....	33
2.5.2.1 Peran Media	33
2.5.2.2 Peran Organisasi Remaja di Bidang Kesehatan Reproduksi	34
2.5.2.3 Peran Pertemuan Masyarakat.....	35
2.5.2.4 Peran Sekolah	35
2.5.3 Faktor Pendorong (Reinforcing factors).....	36
2.5.3.1 Partisipasi Orangtua Dalam KB.....	36
2.5 Perilaku	36

BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	38
3.1 Kerangka Teori.....	38
3.2 Kerangka Konsep.....	41
3.3 Definisi Operasional.....	42
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	49
4.1 Desain Penelitian.....	49
4.2 Sumber Data.....	49
4.2.1 SKRRI 2007.....	49
4.2.2 Prosedur Sampling SKRRI 2007.....	50
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	51
4.4 Analisis Data.....	53
4.4.1 Analisis Univariat.....	53
4.4.2 Analisis Bivariat.....	53
BAB 5 HASIL PENELITIAN	55
5.1 Distribusi Berdasarkan Niat KB.....	55
5.1.1 Niat Menggunakan Suatu Metode KB.....	55
5.1.2 Metode KB.....	56
5.2 Distribusi Remaja Berdasarkan Faktor Predisposisi.....	56
5.2.1 Umur.....	57
5.2.2 Jenis Kelamin.....	57
5.2.3 Tingkat Pendidikan.....	58
5.2.4 Tempat Tinggal.....	58
5.2.5 Pengetahuan tentang KB dan Kehamilan.....	58
5.2.5.1 Pengetahuan Tentang Adanya Masa Subur.....	59
5.2.5.2 Pengetahuan Wanita Dapat Hamil Hanya Dengan Sekali Berhubungan Seksual.....	59
5.2.5.3 Pengetahuan mengenai Metode Kontrasepsi.....	60
5.2.5.4 Pengetahuan Mengenai Umur Menikah Pertama pada Perempuan.....	61
5.2.5.5 Pengetahuan Mengenai Umur Menikah Pertama Kali pada Pria.....	61
5.2.5.6 Pengetahuan Mengenai Umur Mempunyai Anak Pertama Kali Pada Perempuan.....	62
5.2.5.7 Pengetahuan Mengenai Pihak yang Menentukan Banyaknya Anak.....	62

5.2.5.8	Pengetahuan Remaja Mengenai Jarak Antara Dua Kelahiran	63
5.2.5.9	Tingkat Pengetahuan Remaja Mengenai Keluarga Berencana dan Kehamilan	63
5.3	Distribusi Remaja Berdasarkan Faktor Pemungkin (<i>Enabling factors</i>)	63
5.3.1	Akses Terhadap Media Cetak dan Elektronik	64
5.3.1.1	Akses terhadap Media Cetak	64
5.3.1.2	Akses terhadap Radio	65
5.3.1.2	Akses terhadap Televisi	65
5.3.2	Keikutsertaan terhadap Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja	66
5.3.3	Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat	67
5.3.4	Informasi dari Sekolah	67
5.3.4.1	Informasi Mengenai Kesehatan Reproduksi dari Sekolah	68
5.3.4.2	Tingkat Keterpaparan Remaja terhadap Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah	68
5.4	Distribusi Niat KB berdasarkan Faktor Predisposisi	68
5.4.1	Umur	69
5.4.2	Jenis Kelamin	69
5.4.3	Tingkat Pendidikan	70
5.4.4	Tempat Tinggal	71
5.4.5	Pengetahuan tentang KB dan Kehamilan	71
5.5	Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor- Faktor Pemungkin (<i>Enabling Factors</i>)	72
5.5.1	Keterpaparan Terhadap Media Cetak dan Elektronik	72
5.5.2	Kunjungan ke Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja	73
5.5.3	Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat	74
5.5.4	Keterpaparan terhadap Informasi Dari Sekolah	75
BAB 6	PEMBAHASAN	76
6.1	Pembahasan Hasil Penelitian	76
6.1.1	Distribusi Niat KB pada Remaja	76
6.1.2	Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor Predisposisi	77
6.1.2.1	Distribusi Niat KB Berdasarkan Umur	77
6.1.2.2	Distribusi Niat KB Berdasarkan Jenis Kelamin	78
6.1.2.3	Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pendidikan	79
6.1.2.4	Distribusi Niat KB Berdasarkan Tempat Tinggal	80
6.1.2.5	Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pengetahuan	81

6.1.3	Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor Enabling	82
6.1.3.1	Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi dari Media Cetak dan Elektronik	82
6.1.3.2	Distribusi Niat KB Berdasarkan Pernah Mengunjungi Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)	83
6.1.3.3	Distribusi Niat KB Berdasarkan Keikutsertaan dalam Pertemuan Masyarakat	85
6.1.3.4	Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi dari Sekolah	85
6.2	Keterbatasan Penelitian	87
6.2.1	Desain Penelitian	87
6.2.2	Variabel Penelitian	87
6.2.3	Kualitas Data	88
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	89
7.1	Kesimpulan	89
7.2	Saran	90
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Tabel Besar Sampel Penelitian	52
Tabel 5.1 Distribusi Remaja Berdasarkan Niat Menggunakan Suatu Metode KB di Masa Depan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	55
Tabel 5.2 Distribusi Remaja Berdasarkan Metode KB yang Akan Digunakan Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	56
Tabel 5.3 Distribusi Remaja Berdasarkan Kelompok Umur pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	57
Tabel 5.4 Distribusi Remaja Berdasarkan Jenis Kelamin pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	57
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Remaja berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	58
Tabel 5.6 Distribusi Remaja Berdasarkan Tempat Tinggal pada Remaja di Jawa Barat 2007	59
Tabel 5.7 Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Adanya Masa Subur pada Wanita Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	59
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Wanita Dapat Hamil Hanya Dengan Sekali Berhubungan Seksual pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	59
Tabel 5.9 Distribusi Remaja Berdasarkan Mengenai Metode Kontrasepsi yang Pernah Didengar pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	60
Tabel 5.10 Distribusi Remaja Menurut Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Menikah Pertama pada Perempuan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	61
Tabel 5.11 Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Menikah Pertama pada Pria pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	61
Tabel 5.12 Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Mempunyai Anak Pertama Kali pada Perempuan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	62
Tabel 5.13 Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Pihak yang Menentukan Banyaknya Anak pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	62
Tabel 5.14 Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Jarak Antara Dua Kelahiran pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	63

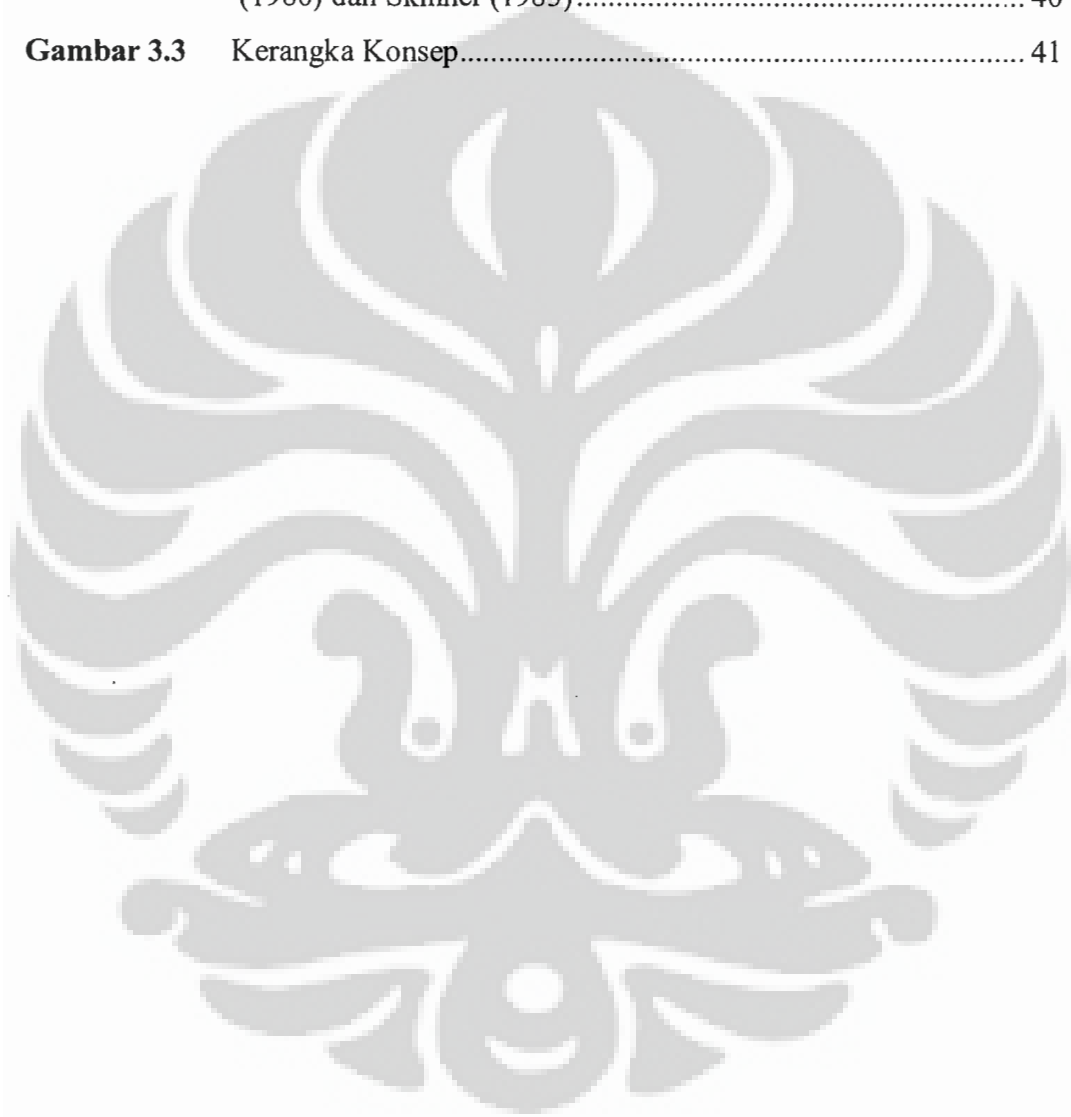
Tabel 5.15 Distribusi Remaja Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Mengenai Keluarga Berencana dan Kehamilan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	63
Tabel 5.16 Distribusi Remaja Berdasarkan Akses Informasi Dari Media Cetak pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	64
Tabel 5.17 Distribusi Remaja Berdasarkan Akses Informasi Dari Radio pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	65
Tabel 5.18 Distribusi Berdasarkan Akses Informasi dari Televisi pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	65
Tabel 5.19 Distribusi Keterpaparan Terhadap Informasi dari Media Cetak dan Elektronik pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	66
Tabel 5.20 Distribusi Berdasarkan Kunjungan ke Organisasi Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	66
Tabel 5.21 Distribusi Berdasarkan Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat yang Membahas Kesehatan Reproduksi Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	67
Tabel 5.22 Distribusi Remaja Berdasarkan Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	68
Tabel 5.23 Distribusi Remaja Berdasarkan Tingkat Keterpaparan terhadap Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	68
Tabel 5.24 Distribusi Niat KB Berdasarkan Umur pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007	69
Tabel 5.25 Distribusi Niat KB Berdasarkan Jenis Kelamin pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	69
Tabel 5.26 Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	70
Tabel 5.27 Distribusi Niat KB Berdasarkan Tempat Tinggal Remaja pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007.....	71
Tabel 5.28 Distribusi Niat KB Berdasarkan Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi dan KB pada Remaja di Jawa Barat 2007	71
Tabel 5.29 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Remaja oleh Media Cetak dan Elektronik pada Remaja di Jawa Barat 2007	72


Tabel 5.30 Distribusi Niat KB Berdasarkan Kunjungan Remaja ke Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) pada Remaja di Jawa Barat 2007	73
Tabel 5.31 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keikutsertaan Remaja Dalam Pertemuan Masyarakat yang Membahas Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Jawa Barat 2007.....	74
Tabel 5.32 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi Kesehatan Reproduksi Dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat 2007.....	75



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Proses terbentuknya Perilaku	36
Gambar 3.1	Teori Skinner(1983).....	39
Gambar 3.2	Kerangka Teori (dimodifikasi oleh peneliti dari Green (1980) dan Skinner (1983)).....	40
Gambar 3.3	Kerangka Konsep.....	41



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= Acquired Immunodeficiency Syndrom
AKDR	= Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ASI	= Air Susu Ibu
BKKBN	= Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana
CPR	= Contraception Prevalence Rate
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
IUD	= Intra Uterine Device
KB	= Keluarga Berencana
MAL	= Metode Amenorhea Laktasi
PIK-KRR	= Pusat Informasi dan Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja
PKBR	= Penyiapan Kehidupan Berkeluarga Remaja
SDKI	= Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKRRI	= Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
TFR	= Total Fertility Rate

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penduduk yang paling banyak di dunia. Negara dengan jumlah penduduk paling banyak di dunia berturut-turut adalah Cina, India, Amerika Serikat disusul Indonesia yang berada di urutan ke empat. (Hartawan, 2011). Jumlah penduduk Indonesia berdasarkan Sensus Penduduk 2010 adalah sebesar 237,6 juta jiwa. Diperkirakan jumlah penduduk Indonesia akan terus meningkat menjadi 259,8 juta jiwa pada tahun 2020 (BAPPENAS, 2010).

Indeks Pembangunan Manusia atau Human Development Index (HDI) Indonesia masih rendah yaitu di urutan 111 dari 182 negara di dunia. Di kawasan ASEAN HDI Indonesia berada di urutan enam dari sepuluh negara ASEAN yaitu di bawah Filipina, Thailand, Malaysia, Brunei, dan Singapura. Indonesia masih memiliki kesempatan untuk meningkatkan HDI karena adanya Jendela Peluang atau *Window of opportunity* pada tahun 2020-2030. Peluang ini hanya datang satu kali pada setiap negara. Oleh karena itu, hal tersebut harus bisa dimanfaatkan dengan baik oleh Indonesia. (BAPPENAS(a),2010)

Window of opportunity adalah keadaan ketika tingkat *dependency ratio* (rasio perbandingan antara jumlah penduduk usia tidak produktif yaitu usia 0-15 tahun dan >65 tahun dengan jumlah penduduk usia produktif yaitu 16-64 tahun) berada pada titik terendahnya yaitu 44% pada tahun 2020. Bila hal ini terjadi maka tanggungan penduduk usia produktif terhadap penduduk usia tidak produktif berada pada jumlah terkecilnya. Selain itu *Window of opportunity* bisa diraih Indonesia jika *Total Fertility Rate (TFR)* yaitu rata-rata jumlah anak dari setiap wanita selama hidupnya Indonesia mencapai 2.01 sampai 1.8 per wanita pada tahun 2020. Untuk mendapatkan peluang *window of opportunity* di atas, Indonesia harus bisa menyelesaikan tantangan besar yaitu meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap KB (Keluarga Berencana). Dengan rendahnya

kesadaran dan pengetahuan masyarakat mengenai KB termasuk alat kontrasepsi, angka kelahiran sulit untuk diturunkan sehingga *dependency ratio* pun tidak akan berada pada titik terendahnya (KANOPI FE UI, 2010).

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, Agung Laksono, menyatakan bahwa laju pertumbuhan penduduk di Indonesia pada 10 tahun terakhir mencapai sekitar 1,49 persen atau 4,5 juta jiwa per tahun. Menurut beliau keadaan ini akan berdampak pada peningkatan akses pelayanan kesehatan, akses pendidikan, pangan, papan, infrastruktur, dan energi. Keadaan ini akan menjadi beban pemerintah dan rakyat jika tidak diatasi dengan segera. (*Laju Pertumbuhan*, 2011).

Berdasarkan hasil SDKI 2007, TFR di Indonesia tahun 2007 adalah 2,6. Artinya setiap ibu memiliki 2-3 anak. Hal ini belum sejalan dengan BKKBN yaitu 2 anak saja cukup, selain itu untuk mencapai jendela peluang angka fertilitas total harus turun sampai 2,01. *Contraception Prevalence Rate* (CPR) dari data SDKI tahun 2007 yaitu 61,4%. Di Jawa Barat angka pemakaian kontrasepsi adalah 61,1% namun angka fertilitas total pada tahun 2007 adalah 2,6. (BPS dan Macro International 2007, 2008).

Masalah peningkatan jumlah penduduk yang terus bertambah pesat harus segera diatasi. Jumlah yang besar bisa menjadi potensi bagi negara jika dimanfaatkan dengan baik. Remaja memiliki kedudukan dan peran penting dalam pembangun yang tergambar dari keberadaannya sebagai kekuatan moral (*moral force*), kontrol sosial (*social control*) dan sebagai agen perubahan (*agent of change*). Namun perlu disadari bahwa peran strategis remaja tersebut tidak akan berarti bila penurunan kemampuan remaja dalam berbagai bidang masih terjadi, diantaranya masih tingginya angka pengangguran usia produktif dan rendahnya rasa nasionalisme (Mardiya, 2011).

Menurut ketua BKKBN, Sugiri Syarif, untuk mengatasi ledakan penduduk di Indonesia perlu dilakukan cara-cara tertentu agar masalah ini dapat diatasi yaitu memutuskan lingkaran kemiskinan, menciptakan lingkungan sehat, meningkatkan hak reproduksi, pemberdayaan perempuan, dan meningkatkan kualitas remaja untuk menjalani kehidupan di masa datang. (Hartawan, 2011)

Hasil dari Sensus Penduduk menunjukkan bahwa usia remaja 15- 24 tahun di Indonesia berjumlah 40.749.503 atau 17,15% dari seluruh penduduk Indonesia sedangkan jumlah remaja di Jawa Barat adalah yang paling banyak di Indonesia yaitu sebanyak 7.455.392 jiwa dari total 43.053.732 jiwa penduduk Jawa Barat (BPS, 2010).

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju kedewasaan. Masa remaja adalah saat-saat yang menentukan bagi kehidupan masa depan mereka selanjutnya. Berdasarkan World Bank (2009) remaja memiliki lima permasalahan transisi atau *Youth Five Live Transitions* yang mencakup 5 hal:

1. melanjutkan sekolah (*continue learning*),
2. mencari pekerjaan (*start working*),
3. memulai kehidupan berkeluarga (*form families*),
4. menjadi anggota masyarakat (*exercise citizenship*),
5. mempraktekkan hidup sehat (*practice healthy life*).

Remaja diharapkan mampu mencapai prestasi di segala bidang sehingga menjadi generasi penerus bangsa yang berkualitas. Remaja yang berkualitas adalah remaja yang berperilaku sehat yaitu tidak melakukan seks bebas dan kehamilan, bebas Napza dan HIV dan AIDS, dan menunda usia perkawinan sehingga bisa mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

Remaja saat ini dapat menggambarkan bagaimana yang akan terjadi di masa depan. Dalam kurun waktu 5-10 tahun lagi, remaja berusia 15-24 tahun akan memasuki jenjang *form families* atau kehidupan berkeluarga. Niat mereka saat ini dalam hal Keluarga Berencana perlu diketahui sebagai gambaran di masa depan. Sesuai dengan visi BKKBN yaitu “penduduk seimbang 2015” maka gambaran ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pemerintah dan BKKBN dalam menghadapi tantangan di masa depan.

Penelitian terhadap niat KB pada remaja sudah pernah dilakukan oleh Tobing (1994), ditemukan proporsi niat KB pada mahasiswa UI adalah 56,7%. Faktor-faktor yang berhubungan dengan niat KB tersebut adalah pengetahuan, jumlah saudara kandung, sikap, tempat tinggal, dan partisipasi orangtua yang mengikuti KB.

Nazif (1995) melakukan penelitian tentang niat terhadap KB pada mahasiswi muslim FKM UI, ditemukan bahwa proporsi yang niat ikut KB lebih tinggi dari penelitian sebelumnya yaitu 72,7%. Faktor-faktor yang berhubungan dengan niat tersebut adalah jumlah saudara kandung dan partisipasi orangtua

Andayani (2003) melakukan penelitian mengenai niat KB pada mahasiswa UI yang aktif di Lembaga Dakwah Kampus Salam UI. Hasil penelitian tersebut adalah 40,4% responden berniat ikut KB, lebih rendah jika dibandingkan dua penelitian sebelumnya. Faktor yang berhubungan dengan niat KB hanya partisipasi orangtua dalam KB.

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2007 merupakan survei yang diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kordinasi Keluarga Berencana (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan *Measure DHS Macro International, Inc.* SKRRI mengumpulkan data dari sampel yang mewakili wanita dan pria belum kawin umur 15-24 tahun untuk mengukur tingkat pengetahuan, sikap, perilaku dan kesadaran remaja tentang masalah dalam kesehatan reproduksi.

Berdasarkan data tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti distribusi niat KB pada remaja di Jawa Barat berdasarkan faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pengetahuan tentang kehamilan) dan faktor predisposisi (akses media, keikutsertaan dalam organisasi remaja (PIKKRR), keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan peran sekolah).

1.2 Rumusan Masalah

Masa transisi kehidupan remaja salah satunya adalah memulai kehidupan berkeluarga. Remaja di masa sekarang pada kurun waktu 5 sampai 10 tahun ke depan akan memasuki lembaran hidup yang baru yaitu memulai kehidupan berkeluarga (*form families*). Dengan menikah maka akan bereproduksi dan menghasilkan manusia baru.

Jawa Barat masih memiliki CPR yang cukup baik yaitu 61,1% namun TFR masih tinggi yaitu 2,6 pada tahun 2007. Untuk memprediksi masa depan maka yang perlu diketahui adalah niat remaja saat ini terhadap Keluarga Berencana sehingga dapat menjadi gambaran bagaimana kelak di masa depan sehingga dapat

dilakukan perbaikan dini dari sekarang. Niat remaja dalam membentuk keluarga pada saat ini akan mempengaruhi kesuksesan Keluarga Berencana di masa depan dalam mengendalikan jumlah penduduk. Penelitian sebelumnya menemukan adanya perbedaan distribusi niat KB berdasarkan umur, jenis kelamin, tempat tinggal, tingkat pendidikan, pengetahuan, peran sekolah, peran sekolah, pertemuan masyarakat, dan organisasi remaja. Namun belum adanya data mengenai distribusi niat remaja terhadap KB berdasarkan faktor predisposisi dan faktor pemungkin di Jawa Barat belum diketahui sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana distribusi niat KB pada remaja di Jawa Barat tahun 2007?
2. Bagaimana distribusi faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, pengetahuan) pada remaja di Jawa Barat tahun 2007?
3. Bagaimana distribusi faktor pemungkin (peran sekolah, media cetak dan elektronik, organisasi remaja, pertemuan masyarakat) sebagai sumber informasi tentang kesehatan reproduksi, kehamilan dan KB pada remaja di Jawa Barat tahun 2007?
4. Bagaimana distribusi niat KB berdasarkan faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan pengetahuan) di Jawa Barat tahun 2007?
5. Bagaimana distribusi niat KB berdasarkan faktor pemungkin (peran sekolah, media cetak dan elektronik, organisasi remaja, pertemuan masyarakat) di Jawa Barat tahun 2007?

1.4 Tujuan Penelitian

Berikut akan dijelaskan mengenai tujuan umum dan tujuan khusus penelitian.

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui distribusi niat ber-KB pada remaja di Jawa Barat berdasarkan faktor predisposisi dan pemungkin (analisis data sekunder Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2007).

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi niat KB pada remaja di Jawa Barat tahun 2007.
2. Mengetahui distribusi faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, pengetahuan) pada remaja di Jawa Barat tahun 2007.
3. Mengetahui distribusi faktor pemungkin (peran sekolah, media cetak dan elektronik, organisasi remaja, pertemuan masyarakat) sebagai sumber informasi tentang kesehatan reproduksi, kehamilan dan KB pada remaja di Jawa Barat tahun 2007.
4. Mengetahui distribusi niat KB berdasarkan faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan pengetahuan) di Jawa Barat tahun 2007.
5. Mengetahui distribusi niat KB berdasarkan faktor pemungkin (peran sekolah, media cetak dan elektronik, organisasi remaja, pertemuan masyarakat) di Jawa Barat tahun 2007.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Pemerintah

Dari hasil penelitian ini, diharapkan pemerintah khususnya BKKBN dapat memperoleh informasi mengenai distribusi niat KB pada remaja di Jawa Barat sehingga BKKBN dapat menggunakan hasil penelitian sebagai masukan untuk pengambilan kebijakan program pendidikan keluarga berencana bagi remaja khususnya di Jawa Barat.

1.5.2 Bagi Mahasiswa

Dari hasil penelitian ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya di bidang kesehatan reproduksi. Diharapkan mahasiswa dapat memperoleh informasi mengenai distribusi niat terhadap KB pada remaja di Jawa Barat sehingga bisa dijadikan acuan untuk penelitian lebih lanjut dan menambah pengetahuan. Selain itu diharapkan mahasiswa dapat timbul kesadaran akan pentingnya mendukung KB.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi niat remaja terhadap KB di Jawa Barat dengan menggunakan data SKRRI (Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia) 2007. Peneliti memilih tempat di Jawa Barat karena masih rendahnya angka pemakaian alat kontrasepsi (CPR) dan TFR (*Total Fertility Rate*). Selain itu niat remaja terhadap KB pada saat ini akan menggambarkan bagaimana keadaan di masa depan. Belum diketahuinya distribusi niat KB berdasarkan faktor – faktor predisposisi dan pemungkin pada remaja di Jawa Barat juga merupakan alasan mengapa penelitian ini dilakukan.

Data sekunder yang peneliti peroleh berupa data SKRRI 2007. Pengambilan data berlangsung selama enam bulan mulai dari Juni sampai 31 Desember 2007. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober- Januari 2011. Desain studi yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain studi potong lintang (*cross sectional*). Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja laki-laki dan perempuan berumur 15-24 tahun yang belum menikah yang berada di Jawa Barat pada tahun 2007. Sampel penelitian adalah remaja laki-laki dan perempuan yang berumur 15-24 tahun dan belum menikah di Jawa Barat yang terpilih menjadi sampel SKRRI 2007.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga Berencana

Untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas, Pemerintah menetapkan kebijakan keluarga berencana melalui penyelenggaraan program keluarga berencana. Organisasi yang berwenang dalam mengurus masalah ini adalah Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Visi BKKBN adalah “Penduduk Seimbang 2015” Arti dari visi ini adalah mewujudkan pertumbuhan penduduk yang seimbang dan keluarga berkualitas dengan menurunnya angka fertilitas (TFR) menjadi 2,1. Misi BKKBN “Mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan dan mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.” (BKKBN(a), 2010)

2.1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Menurut WHO (1970) dalam Sulistyawati (2011) Keluarga Berencana adalah upaya membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang diinginkan, mengatur jarak antara dua kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Berdasarkan UU. No. 52 Tahun 2009 ,

“Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.”

Keluarga Berencana (*family planning*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan kehamilan, merencanakan jumlah anak, dan jarak kehamilan menggunakan metode kontrasepsi (Sulistyawati, 2011)

Berdasarkan UU. No. 52 Tahun 2009 kebijakan keluarga berencana dilakukan untuk mewujudkan hak reproduksi pasangan suami istri atau calon tentang usia ideal perkawinan, usia ideal untuk melahirkan, jumlah anak yang ideal, jarak ideal menjarangkan kehamilan, dan penyuluhan kesehatan reproduksi.

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah usaha meningkatkan usia pada perkawinan pertama, yaitu untuk usia 20 tahun bagi perempuan dan 25 tahun bagi laki-laki. Usia ini merupakan usia yang sudah cukup matang dan dewasa untuk menghadapi kehidupan berkeluarga. Selain itu dari segi kesehatan khususnya pada perempuan usia diatas 20 tahun, resiko kesakitan dan kematian karena proses kehamilan dan melahirkan rendah. Perempuan dengan usia diatas 20 tahun diyakini memiliki rahim dan panggul yang sudah berkembang secara optimal.

PUP diusahakan agar kehamilan pertama terjadi pada usia yang cukup dewasa dan matang. PUP akan berdampak pada penurunan Total fertility Rate (TFR). Tujuan PUP bagi remaja adalah agar remaja mengerti dan sadar dalam merencanakan keluarga. Merencanakan keluarga diperlukan kesiapan fisik, mental, pendidikan, emosional, ekonomi, serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak. Program PUP dalam program KB bertujuan untuk meningkatkan usia kawin perempuan pada umur 21 tahun dan menurunkan kelahiran pertama pada usia ibu dibawah 21 tahun. Hal tersebut sesuai dengan sasaran strategis BKKBN yaitu meningkatnya usia kawin pertama (UKP) perempuan dari 19,8 tahun (SDKI 2007) menjadi sekitar 21 tahun (BKKBN (a), 2010).

Menurut Indarini (2011) usia kawin pertama wanita antara 20-25 tahun dan untuk pria 25-40 tahun. Bagi wanita alat reproduksi sudah berfungsi optimal ketika berusia diatas 20 tahun. Ukuran panggul sudah cukup untuk melahirkan. Usia ini dianggap sudah dewasa sehingga bisa memasuki jenjang pernikahan.

Persalinan yang beresiko tinggi dapat terjadi apabila terlalu muda (usia dibawah 20 tahun), terlalu tua (usia ibu hamil lebih dari 35 tahun), terlalu banyak, terlalu dekat, memiliki riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk (persalinan macet, operasi, lahir mati, lahir prematur, kehamilan kembar, mengalami keguguran 3 kali berturut-turut), dan adanya kelainan letak bayi dalam kandungan (BKKBN, 2010).

Menurut Hurlock (1973) fisik manusia secara biologis tumbuh sesuai dengan pertambahan usia. Pada laki-laki organ reproduksi mulai berkembang secara dimatang pada usia 20 atau 21 tahun. Sedangkan pada perempuan

kematangan organ reproduksi pada usia 18 tahun, karena rahim sudah bertambah panjang dan indung telur bertambah berat.

Usia di bawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan karena masih terjadi proses tumbuh kembang secara fisik dan psikis sehingga dianjurkan untuk menunda usia perkawinan. Perempuan yang hamil di usia dini cenderung tidak memiliki pengetahuan yang baik tentang kehamilan sehingga kurang memperhatikan kehamilannya. Jika pasangan suami istri menikah pada usia dibawah 20 tahun disarankan agar menunda kehamilan sampai istri genap berusia 20 tahun. Jika melahirkan dibawah usia 20 tahun resiko kesakitan dan kematian akibat kehamilan dan melahirkan akan meningkat (BKKBN (a), 2010).

Resiko kehamilan yang dapat terjadi jika ibu berusia dibawah 20 tahun adalah keguguran atau aborsi (berakhirnya proses kehamilan pada usia kurang dari 20 minggu), pre eklampsia(ketidakaturan tekanan darah selama kehamilan dan eklampsia), kejang pada kehamilan, infeksi (peradangan yang terjadi pada saat kehamilan), anemia (kurangnya kadar hemoglobin dalam darah), kanker rahim karena belum sepenuhnya perkembangan dinding rahim. Resiko pada proses persalinan yang dapat terjadi jika usia ibu dibawah 20 tahun adalah Prematur (kelahiran bayi sebelum usia kehamilan 37 minggu), kesulitan persalinan, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu bayi yang lahir dibawah 2500 gram, kematian bayi, dan kelainan bawaan (BKKBN, 2010).

Perempuan sebaiknya mengakhiri kehamilan ketika sudah menginjak usia diatas 35 tahun, karena banyak mengalami resiko. Menurut (Curtis G. B., & Scuhler J., 2000) jika melahirkan diatas usia 30 tahun sampai 40 tahun akan beresiko masalah melahirkan bayi dengan down syndrom, melahirkan dengan seksio Caesaer, dan kelainan- kelainan diabetes.

Sesuai dengan Motto BKKBN yaitu “Dua anak lebih baik”. Untuk mencapai Total Fertility Rate (TFR) menjadi 2,1 , maka setiap ibu diharapkan hanya melahirkan 2 orang anak saja sepanjang hidupnya.

Jarak ideal yang dianjurkan BKKBN (2010) adalah 5 tahun, sehingga tidak ada 2 balita dalam satu periode. Keuntungan dari pengaturan kehamilan adalah memiliki kesempatan untuk memulihkan kesehatan dan kesiapan fisik ibu seperti sebelum melahirkan sambil merencanakan kehamilan berikutnya. Selain

itu anak mendapatkan perhatian yang baik sehingga perkembangannya dapat optimal. Dengan mengatur kehamilan istri dan suami dapat merencanakan kesiapan ekonomi dengan baik

Pemerintah wajib menyediakan informasi yang lengkap dan akurat diperoleh mengenai manfaat, efek samping, komplikasi, dan kegagalan kontrasepsi. Informasi tersebut harus mudah dijangkau oleh masyarakat manfaatnya dalam pencegahan penyebaran virus penyebab penyakit penurunan daya tahan tubuh dan infeksi menular karena hubungan seksual.

2.1.2 Tujuan Keluarga Berencana

Pertumbuhan penduduk yang tinggi merupakan salah satu masalah yang harus ditanggulangi oleh pemerintah. Program Keluarga Berencana adalah cara untuk mengatasi masalah tersebut. Berdasarkan UU. No. 52 Tahun 2009 Kebijakan keluarga berencana bertujuan untuk:

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan
Pengaturan kehamilan dilakukan menggunakan metode kontrasepsi. Pengaturan kehamilan dilakukan agar istri dapat melahirkan pada usia yang ideal, pasangan memiliki jumlah anak yang ideal, dan pasangan suami istri dapat mengatur jarak kelahiran anak yang ideal.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak;
Dengan mengikuti proram KB secara baik dan benar diharapkan angka kematian ibu , bayi dan anak bisa turun secara signifikan.
- c. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi;
Pemerintah berkewajiban menyediakan segala informasi yang lengkap, akurat, dan mudah diperoleh tentang kesehatan reproduksi. Dengan demikian masyarakat akan semakin membuka diri terhadap program Keluarga Berencana.
- d. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek keluarga berencana;

Seperti kita ketahui keikutsertaan pria dalam program KB hanya sedikit. Oleh karena itu pemerintah wajib menggalakan dan menginformasikan kepada masyarakat tentang program alat / cara kontrasepsi bagi pria.

- e. Mempromosikan Metode Amenorhea Laktasi (MAL) sebagai cara pencegahan kehamilan

Dalam rangka program ASI eksklusif, menyusui bayi secara eksklusif dapat dimanfaatkan oleh sang ibu sebagai salah satu cara kontrasepsi sederhana yang tidak perlu mengeluarkan biaya mahal.

2.1.3 Manfaat Keluarga Berencana

Manfaat yang akan didapat oleh ibu jika mengatur jumlah dan jarak kelahiran adalah adanya perbaikan dan peningkatan kesehatan fisik ibu karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek. Manfaat lainnya adalah peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup dan berkualitas untuk mengasuh anak-anak untuk beristirahat dan menikmati waktu luang (Sulistyawati, 2011)

Manfaat untuk anak jika ibu dapat mengatur jumlah dan jarak kehamilan yang baik adalah anak akan lahir secara sehat dan wajar. Hal ini dikarenakan kondisi fisik ibu yang mengandungnya kuat dan siap secara fisik dan mental. Jika jarak antara anak yang satu dengan yang lain tidak terlalu rapat maka anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan oleh ibu dan ayah.

Manfaat bagi kakak dari anak yang akan dilahirkan ibu dikemudian hari yaitu mendapatkan kesempatan agar perkembangan fisiknya lebih baik. Anak akan mendapatkan makanan yang cukup dari sumber yang ada di keluarga. Selain itu ibu akan memberikan lebih banyak waktu dan pemeliharaan yang berkualitas bagi anak sehingga perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna. Manfaat lainnya yaitu perencanaan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk kebutuhan pokok saja.

Manfaat bagi ayah adalah memperbaiki kesehatan karena kecemasan berkurang dalam masalah ekonomi keluarga dan banyak waktu luang untuk keluarga. Kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga tergantung

dari kesehatan keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh perhatian dan waktu luang (Sulistyawati, 2011).

2.2 Proses Pembuahan

Proses pembuahan terjadi ketika wanita dalam masa subur. Setiap bulannya wanita akan menghasilkan sel telur. Sel telur yang dikeluarkan oleh ovarium bisa bertahan 1x24 jam di tuba falopii. Sedangkan sel sperma pria dapat bertahan hidup dalam tuba falopii selama 2x24 jam sampai 3x24 jam. Maka masa subur pada wanita adalah pada waktu 12-16 hari sebelum haid yang akan datang.

Pembuahan akan terjadi ketika sperma yang dipancarkan ke liang senggama kemudian bertemu dengan sel telur. Setiap satu mililiter sperma mengandung sekitar 35-40 juta spermatozoa, sehingga dalam sekali berhubungan seks terdapat sekitar 110-120 juta spermatozoa. Pembuahan sel telur terjadi di dalam saluran tuba di bagian menggelembung. Sel telur yang sudah dibuahi akan masuk ke dalam rahim kemudian bersarang di dinding rahim. Setelah itu akan berkembang menjadi janin (Manuaba, 2002).

Bila pembuahan tidak terjadi pembentukan hormon estrogen dan progesteron akan berhenti sehingga persiapan pada rahim tidak terjadi. Hal tersebut akan menyebabkan ischemia, nekrose endometrium, yang kemudian akan disusul dengan menstruasi (haid). Menstruasi adalah pengeluaran darah dan cairan dari vagina yang mengandung sel-sel mati dari lapisan endometrium. Pada wanita normal hal ini terjadi secara teratur ketika mulai masa pubertas hingga menopause. Setelah haid maka rahim melakukan persiapan lagi untuk sel telur yang matang, jika tidak maka akan terjadi ischemia dan kemudian seterusnya (Sulistyawati, 2011)

2.3 Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah bertemunya sel telur yang matang dengan sel sperma yang menyebabkan kehamilan. Jadi kontrasepsi disini

adalah menghindari atau mencegah bertemunya sel telur yang matang dengan sperma yang akan menyebabkan kehamilan (Sulistiyawati, 2011)

Cara kerja alat/cara kontrasepsi bermacam-macam namun pada umumnya adalah mengusahakan agar tidak terjadi pematangan sel telur/ ovulasi, melumpuhkan sel sperma, dan menghalangi pertemuan sel telur dengan sel sperma.

Pembagian cara kontrasepsi (Hartanto, 1996)

1. Metode Sederhana:
 - a. Tanpa alat/ obat : Senggama terputus, pantang berkala (metode alamiah).
 - b. Dengan alat/ obat : Kondom, diafragma/ cap, cream, jelly, cairan berbusa, vaginal tablet, tissue KB, spons.
2. Metode Modern :

Hormonal : Pil KB, Suntik KB, Susuk KB.

Mekanis : AKDR/IUD
3. Metode Mantap : Vasektomi pada pria, dan tubektomi pada wanita.

Setiap cara/ alat kontrasepsi memiliki tingkat keefektifan yang berbeda dalam mencegah kehamilan, namun perlu diingat yang terpenting adalah 3 azas kontrasepsi yaitu cara apapun yang dipakai adalah lebih baik daripada tidak memakai sama sekali, cara yang terbaik hasilnya (efektif) adalah cara yang digunakan oleh pasangan dengan teguh terus-menerus dan penerimaan pasangan terhadap suatu cara adalah unsur yang penting untuk berhasilnya suatu cara kontrasepsi.

2.3.1 Metode Sederhana

2.3.1.1 Coitus Interruptus / Senggama Terputus.

Cara kerja metode ini adalah menarik penis yang sedang ereksi dari vagina sebelum puncak senggama alat, sehingga mani keluar di luar vagina. Cara ini tidak berbahaya dari segi fisik dan mental. Namun sebenarnya cara ini tidak dapat diandalkan sepenuhnya karena memerlukan penguasaan diri yang kuat (Sinclair, 2010). Kemungkinan yang tidak diinginkan bisa saja terjadi jika tidak berhati-hati.

Hal yang bisa terjadi adalah menetesnya cairan yang mengandung sel sperma sebelum mencabut penis dari vagina sehingga dapat mengakibatkan kehamilan, walaupun sudah dilakukan pencabutan sebelum mani menyemprot (DEPKES, 1994).

Cara ini tidak memerlukan konsultasi pada petugas kesehatan sehingga sangat mudah dilakukan dalam situasi apapun. Keefektifan cara ini tergantung pada pria apakah bisa menahan ejakulasinya atau tidak. Terjadi sekitar 27 kehamilan dari 100 wanita dengan partner yang menggunakan cara ini. Namun jika cara ini digunakan dengan benar hanya terjadi 4 kehamilan dari 100 wanita (WHO/RHR, 2007). Kerugian dari metode ini adalah tidak dapat melindungi terhadap penyakit infeksi menular seksual dan angka kehamilan tinggi karena sperma bisa terdapat dalam cairan preejakulasi (Sinclair, 2010).

2.3.1.2 Metode Pantang Berkala

Cara ini dilakukan dengan tidak melakukan sanggama pada masa subur seorang wanita yaitu ketika terjadinya ovulasi yang diperkirakan terjadi pada hari ke 5 – 13 siklus menstruasi (Sinclair, 2010). Masa subur adalah ketika wanita bisa menjadi hamil. Wanita bisa menggunakan beberapa cara untuk mengetahui waktu mulai masa subur dan akhir masa subur dengan cara :

a. Metode Kalender

Masa berpantang tidak melakukan hubungan intim adalah 18 hari sebelum haid yang akan datang. Hal ini berdasarkan perhitungan terjadinya ovulasi, lama hidup sel sperma, dan sel telur. Ovulasi terjadi pada hari ke 14 sebelum haid yang akan datang namun bisa lebih cepat atau lebih lambat 2 hari, sehingga masa subur seorang wanita pada hari ke-12 sampai ke -16 hari sebelum haid yang akan datang. Sel sperma dapat bertahan hidup di tuba falopi selama 2x24 jam sampai 3x24 jam sedangkan sel telur bertahan 1 x 24 jam. Jika siklus haid selama 28 hari masa berpantang terakhir adalah hari ke-11 sebelum haid berikutnya (Sulistiyawati, 2011). Cara ini tidak membutuhkan biaya dan tidak ada efek samping. Namun kerugiannya adalah masa puasa sanggama sangat lama sehingga memungkinkan pasangan tidak bisa menaati masa berpantang. Dibutuhkan komitmen yang kuat jika ingin menerapkan metode ini.

b. Metode Lendir Serviks

Wanita dapat mengecek setiap hari sekresi lendir di vagina. Cara mengecek lendir tersebut bisa dengan menggunakan jari atau kertas tisu. Jika lendir yang dihasilkan licin, basah, dan dapat diregangkan berarti pada puncak masa subur sehingga sperma dapat masuk dengan mudah (Sinclair, 2010). Pasangan sebaiknya menghindari hubungan seks atau menggunakan metode kontrasepsi lain setelah 4 hari puncak masa subur. Setelah 4 hari sekresi lendir akan berubah menjadi lengket atau bahkan tidak ada sekresi lendir sama sekali, pasangan dapat melakukan hubungan seks tanpa perlindungan sampai waktu menstruasi datang. Setelah masa menstruasi wanita tidak menghasilkan sekresi lendir sehingga aman untuk melakukan hubungan seks.

c. Metode Suhu Basal

Metode ini berguna untuk mengidentifikasi akhir masa subur. Wanita harus mengukur suhu tubuhnya dengan cara oral atau rektal atau vaginal dalam waktu yang sama setiap pagi saat bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur dan melakukan aktifitas. Suhu Basal tiap pagi dicatat pada kertas grafik agar bisa melihat waktu akhir masa subur. Pada waktu ovulasi suhu tubuh akan meningkat $0,2^{\circ}\text{C}$ - $0,5^{\circ}\text{C}$. maka sebaiknya pasangan menghindari hubungan seks, atau menggunakan alat kontrasepsi jika berhubungan seks. Masa ovulasi telah selesai jika suhu tubuh meningkat diatas suhu regular dan bertahan sampai 3 hari. Setelah itu pasangan dapat melakukan hubungan seksual selama 10-12 hari sampai menstruasi datang (Sulistiyawati, 2011)

2.3.1.3 Metode Amenorhea Laktasi

Laktasi berhubungan dengan menyusui dan Amenorhea yang berarti tidak mengalami menstruasi. Menurut WHO/RHR (2007) metode ini digunakan oleh ibu untuk mencegah kehamilan secara alami ketika bayi mendapatkan sedikitnya 85% ASI dari ibu (sering di siang dan malam pola yang ideal paling sedikit 8 sampai 10 kali perhari dengan jarak maksimal 4 jam pada siang hari dan 6 jam pada malam hari), ibu tidak mengalami periode menstruasi, dan bayi kurang dari 6 bulan. Jika ibu tetap memberikan ASI sesering mungkin, maka perlindungan dari kehamilan bisa lebih lama dari 6 bulan dan memungkinkan sampai 9-12 bulan.

Metode ini bekerja dengan cara menghentikan ovulasi, karena menyusui merubah pelepasan hormon dalam tubuh.

Kelebihan dari metode ini adalah, efektif mencegah kehamilan dalam 6 bulan dan mungkin lebih, jika ibu sering menyusui siang dan malam. Selain itu dapat digunakan langsung setelah melahirkan dan tidak perlu mengeluarkan biaya untuk membeli alat kontrasepsi. Kelebihan lainnya tidak memiliki efek samping dan memberikan keuntungan pada bayi dan ibu. Keuntungan yang bayi dapatkan adalah bayi sehat karena mendapat ASI secara eksklusif, melindungi bayi dari diare, melindungi bayi dari penyakit campak, pneumonia karena mendapatkan imunitas dari ibu, dan mengembangkan hubungan yang erat antara ibu dan anak.

Kekurangan metode ini adalah setelah 6 bulan efektifitas menurun. Metode ini tidak cocok bagi ibu yang bekerja karena sulit untuk memberikan ASI secara sering. Untuk ibu yang mengidap HIV ada sedikit kemungkinan ibu menularkan virus kepada bayi. Selain itu dalam berhubungan seks tidak dapat mencegah penularan penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS (WHO/RHR, 2007).

2.3.1.4 Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari karet tipis yang elastis, dipakai untuk menutupi penis yang sedang tegang sebelum dimasukan ke dalam vagina wanita. Ketika sampai puncak sanggama, mani akan menyembrot di dalam kondom sehingga tidak masuk vagina dan tidak akan terjadi kehamilan. Secara umum kondom memiliki keefektifan yang bagus, sekitar 85 dari 100 wanita yang pasangannya menggunakan kondom tidak terjadi kehamilan. Jika digunakan secara baik dan benar hanya terjadi 2 kehamilan dari 100 wanita (WHO/RHR, 2007). Sedangkan menurut Sinclair (2010) efektivitas kondom mencapai 97%, dan akan bertambah efektif jika digunakan bersama spermisida menjadi 99,9%.

Kondom dapat digunakan kapan saja, mudah didapatkan tidak membutuhkan konsultasi petugas kesehatan. Selain itu cara ini sering dipakai karena tidak menimbulkan efek samping hormonal. Kondom memiliki dwifungsi sebagai pencegah kehamilan dan pencegah penularan HIV dan penyakit menular seksual. Kerugian dari kondom adalah adanya kemungkinan sobek pada kondom sehingga mani tumpah di dalam vagina. Selain itu beberapa pasangan akan merasa

berkurangnya sensasi seks. Sebaiknya dilakukan diskusi dengan pasangan sebelum menggunakan kondom sebagai alat kontrasepsi agar tidak mengganggu dalam hubungan. Pada beberapa orang yang alergi lateks akan timbul reaksi alergi tetapi sangat jarang (WHO/RHR, 2007).

2.3.1.5 Diafragma/Cap

Diafragma terbuat dari lateks atau karet berbentuk mangkok, dipakai untuk menutup serviks sehingga tidak ada sperma yang masuk ke dalam serviks (Sinclair, 2010). Diafragma dipasang sebelum sanggama, dimasukan sedalam mungkin sampai menutupi mulut rahim. Diafragma dapat dilepas 8 jam setelah sanggama. Cap memiliki bentuk yang sama seperti diafragma namun besarnya harus disesuaikan dengan besar mulut rahim.

Cap membutuhkan konsultasi dan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan untuk memberikan ukuran yang sesuai dengan mulut rahim. Efektifitas akan meningkat jika dibarengi dengan penggunaan spermisida. Spermisida dengan bentuk jelly dimasukan ke dalam lengkungan cap. Sekitar 32 kehamilan terjadi dari 100 wanita yang menggunakan alat ini. Namun jika digunakan dengan benar hanya terjadi 20 kehamilan dari 100 wanita (WHO/RHR, 2007). Menurut Sinclair (2010) efektifitas bisa mencapai 82% pada penggunaan biasa dan akan meningkat mencapai 94% jika digunakan dengan spermisida.

Penggunaan diafragma tidak memiliki efek samping hormonal dan tidak memiliki efek kepada ASI. Setelah menggunakan diafragma dapat dicuci bersih disimpan di tempat yang steril sehingga dapat digunakan kembali. Namun cap dan diafragma ini tidak dapat digunakan oleh orang yang memiliki riwayat syok toksik, vaginitis, dan kanker serviks (Sinclair, 2010).

2.3.1.6 Spermisida

Jenis kontrasepsi ini biasa disebut dengan spermisida karena cara kerjanya menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina sehingga tidak terjadi pembuahan (WHO/RHR, 2007). Spermisida mengandung surfaktan yang berfungsi untuk menghancurkan membran sperma sehingga sperma menjadi abnormal dalam pergerakan dan fungsi (Sinclair, 2010). Cream, jelly, tablet, tisu

KB digunakan dengan cara dimasukkan ke dalam vagina sebelum sanggama. Kerugian dari spermisida ini adalah tidak bisa mencegah penularan penyakit menular seksual dan HIV dan AIDS. Obat-obatan ini dapat bekerja dengan baik jika digabungkan dengan kondom.

Keuntungan dari metode ini adalah bisa meningkatkan cairan pelumas pada vagina dan tidak perlu konsultasi pada petugas kesehatan karena cara penggunaannya mudah, bisa digunakan kapan saja. Namun pada beberapa wanita atau pasangannya, spermisida dapat mengakibatkan iritasi jika digunakan berulang kali dalam satu hari. Spermisida bisa mengakibatkan alergi dan infeksi saluran urine (Sinclair, 2010).

2.3.2 Metode Modern

Kontrasepsi ini menggunakan obat, suntikan dan alat yang mengakibatkan pencegahan kehamilan. Untuk melakukan cara tersebut perlu pemeriksaan dokter, petugas kesehatan atau bidan terlebih dahulu.

2.3.2.1 Pil KB

Pil berisi hormon estrogen dan progesteron buatan yang mempunyai pengaruh antara lain untuk mencegah pengeluaran hormon dari kelenjar hipofise yang perlu untuk ovulasi, sehingga tidak terjadi ovulasi. Selain itu menyebabkan perubahan pada endometrium, sehingga endometrium tidak siap untuk nidasi yaitu penempelan sel telur yang sudah dibuahi di dinding rahim. Pil ini juga membuat lendir serviks menjadi lebih pekat sehingga tidak mudah untuk ditembus oleh sel sperma (Siswosuharjo, S. dan Chakrawati, F., 2010)

Macam pil yang biasa digunakan adalah (WHO/RHR, 2007) :

a. Tipe Kombinasi

Mengandung dosis rendah hormon estrogen dan progesteron seperti yang ada dalam tubuh wanita yaitu progesteron dan estrogen. Pil ini harus diminum tiap hari. Risiko kehamilan terbesar adalah ketika seorang wanita memulai kemasan pil baru terlambat selama 3 atau lebih, atau melewatkan 3 atau lebih pil di awal atau akhir dari sebuah kemasan pil. Biasanya dalam satu rangkaian berisi 20-21 tablet aktif yaitu yang mengandung hormon. Contoh pil tipe

kombinasi adalah Previson (20 tablet); Ovral, Eugynon, Ovula (21 tablet) ; Lyndiol (22 Tablet).

b. Minipil atau *Progestin only pills* (POPs)

Terdiri dari hormon progestin saja, sehingga bisa digunakan oleh ibu menyusui dan wanita yang tidak dapat menggunakan estrogen.

c. Pil Kontrasepsi Emergensi

Mengandung hormon progestin saja atau estrogen dan progestin dalam berbagai konsentrasi. Pil ini biasa disebut "*morning after*" pill. Pil ini bekerja dengan cara mencegah menempelnya sel telur dari ovarium di dinding rahim. Pil ini tidak bisa mencegah kehamilan pada wanita yang sudah hamil. Cara menggunakan pil ini adalah diminum segera setelah berhubungan seks. Pil ini bisa mencegah kehamilan bila minum pil kurang dari 5 hari sesudah berhubungan seks.

Keuntungan dari pil ini adalah merupakan kontrasepsi yang efektif, tidak mengganggu dalam berhubungan seks dan kesuburan dapat kembali normal dengan mudah. Namun pil ini memiliki efek samping. Efek samping yang dapat timbul diakibatkan adanya gangguan keseimbangan hormon estrogen dalam tubuh. Gejala tersebut dapat bersifat subyektif dan objektif. Gejala subjektif adalah mual, pusing, saki dan pembesaran payudara, gelisah, sensitif dan muntah-muntah. Gejala objektif misalnya tekanan darah tinggi, berat badan bertambah atau berkurang, pigmentasi pada muka, keputihan, jerawat dan gangguan perdarahan (Manuaba, 2002).

Pil ini tidak dapat diberikan kepada ibu yang sedang hamil, penderita kanker payudara dan atau organ reproduksi lainnya, penderita hepatitis dalam tiga tahun terakhir, penyakit pembuluh darah, hipertensi, lemah jantung, perdarahan abnormal, varices, kencing manis, pembesaran kelenjar gondok, asthma, excema dan sakit kepala hebat (Hartanto, 1996)

2.3.2.2 AKDR / IUD

Alat Kontrasepsi dalam rahim atau AKDR adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik halus berbentuk spiral disebut lipes loops dan plastik halus yang berlapis tembaga dengan bermacam-macam bentuk seperti CU 250, Copper T 220, dan Copper Seven 200. Alat ini dipasang di dalam rahim oleh dokter, bidan atau paramedis lain yang sudah dilatih. AKDR merupakan metode jangka panjang dan sangat efektif untuk mencegah kehamilan, dari 100 wanita yang menggunakan AKDR hanya 6-8 wanita yang hamil (WHO/RHR, 2007).

Cara kerja alat ini adalah mengakibatkan perubahan pada endometrium yang mengakibatkan kerusakan (lysis) pada spermatozoa yang masuk sehingga tidak mampu membuahi sel telur. Pemakaian tembaga pada AKDR menyebabkan bertambah tingginya daya kontrasepsi karena dapat menghalangi mobilitas sperma.

Kelebihan AKDR adalah memiliki efektifitas yang tinggi, walaupun masih ada kemungkinan sebesar 2% untuk hamil. Dengan satu kali pemasangan oleh tenaga ahli dapat dibiarkan bertahun-tahun sehingga dapat mencegah kehamilan dalam waktu lama. AKDR jenis tembaga sebaiknya diganti ketika sudah 4 tahun karena efektifitasnya sudah menurun. AKDR ini murah dan ekonomis dan juga kesuburan dapat kembali seperti semula ketika AKDR ini dilepas. Walaupun AKDR adalah jenis alat kontrasepsi jangka panjang, bukan berarti tidak membutuhkan pemeriksaan rutin karena jika posisi AKDR berubah dapat menyebabkan kehamilan (Siswosuharjo, S. dan Chakrawati, F., 2010).

Pemasangan AKDR dilakukan jika telah mendapatkan persetujuan suami. AKDR dapat digunakan oleh wanita yang sudah punya cukup jumlah anaknya dan belum memutuskan untuk sterilisasi. Selain itu dapat digunakan oleh wanita yang tidak ingin hamil paling tidak selama dua tahun. AKDR ini tidak dianjurkan dipasang pada ibu hamil, penderita infeksi panggul, radang serviks, kanker rahim, perdarahan tidak normal, anemia, alergi logam, dan kelainan rahim seperti rahim kecil, endometriosis, dan ibu menyusui (WHO/RHR, 2007).

2.3.2.3 Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi ini digunakan dengan cara menyuntikan hormon progesterin dan estrogen hanya dengan satu kali suntik dengan interval tiap 12 minggu. Cara ini

cocok digunakan dimana motivasi dan taraf pendidikan masyarakat rendah. Efektifitas penggunaan kontrasepsi suntik adalah 3 kehamilan dari 100 wanita yang menggunakan kontrasepsi suntik (WHO/RHR, 2007).

Kontrasepsi suntikan yang beredar di Indonesia ada dua macam yaitu DMPA (Depo Medroxy Progesteron Acetat) atau disebut dengan Depo Provera dan Net Eon (Noretisteron Oenathate) yang biasa disebut Noristera. Depo Provera dan noristerat hanya mengandung hormon progesteron saja tidak seperti pil KB yang mengandung hormon estrogen (Hartanto, 1996).

Cara kerja kontrasepsi suntik adalah dengan menghalangi terjadinya ovulasi, menipiskan lapisan endometrium sehingga tidak terjadi nidasi atau penempelan sel telur yang sudah dibuahi di dinding rahim. Selain itu memekatkan lendir serviks sehingga menghambat perjalanan sel spermatozoa. Keuntungannya adalah sangat efektif karena angka kegagalannya hanya 1 % sama seperti pil KE. Selain itu wanita tidak perlu khawatir lupa memakainya (WHO/RHR, 2007). Suntik Kb juga dapat diberikan kepada ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Suntik KB dapat digunakan bagi ibu yang menyusui dengan digunakan setelah 6 minggu pascapersalinan (Siswosuharjo, S. dan Chakrawati, F., 2010).

Efek samping yang dimiliki alat suntik ini adalah gangguan haid seperti amenorea (tidak terjadinya perdarahan siklik selama lebih dari 39 hari), menoragia (Perdarahan siklik yang lebih banyak dan lama dari biasa), metroragia (perdarahan yang terjadi diluar haid), dan spotting. Efek samping selain gangguan haid adalah pusing, sakit kepala, rambut rontok, jerawat, kenaikan tekanan darah, kenaikan berat badan, penurunan libido, alergi, hiperpigmentasi (WHO/RHR, 2007).

2.3.2.4 Kontrasepsi Susuk / Norplant

Susuk KB berisi levonorgestrel yaitu suatu progestin yang telah banyak dipakai di dalam pil KB. Susuk KB terdiri dari 6 kapsul yang diinsersikan di bawah kulit lengan atas bagian dalam kira-kira 6 – 10 cm dari lipatan siku. Setiap hari keenam kapsul akan melepaskan 50 mg levonogestrel. Susuk KB dapat dipakai selama 5 tahun (WHO/RHR, 2007). Cara kerja susuk adalah dengan

melepaskan hormon yang membuat sperma tidak hidup tahan lama, ovulasi terhambat, dan pematangan oosit terganggu (Sinclair, 2010).

Keefektifan susuk KB adalah 1 kehamilan dari 10.000 wanita yang menggunakan susuk KB (WHO/RHR, 2007). Menurut Sinclair (2010), efektifitas dapat menurun pada wanita yang memiliki berat badan besar. Terjadi kehamilan pada 5,1 per 100 wanita pada penggunaan tahun ketiga, dan meningkat menjadi 8,5 kehamilan per 100 wanita setelah digunakan selama 5 tahun. Efektifitas implan pada penggunaan rata-rata 5 tahun dapat mencapai 99,2%, dan pada penggunaan rata-rata 6 tahun dapat mencapai 98%.

Keuntungan dari susuk KB sangat efektif mencegah kehamilan dan dapat mengembalikan kesuburan seperti semula ketika susuk diangkat kembali. Susuk KB tidak merepotkan seperti Pil KB yang harus diminum setiap hari. Selain itu susuk KB tidak mengganggu hubungan seksual karena tidak ada benda yang harus dipasang di vagina. Cara ini cocok bagi yang tidak menginginkan anak lagi namun belum siap untuk melakukan sterilisasi (DEPKES, 1994).

Norplant memiliki daya perlindungan yang lebih besar dibandingkan pil KB. Hal ini dikarenakan karena tidak adanya faktor lupa minum pil. Namun wanita dengan yang mengalami kelainan kardiovaskuler, sakit kuning, diabetes melitus, infeksi panggul, galaktorea, neurosis, riwayat kehamilan ektopik dan varises ibu menyusui tidak dianjurkan untuk memakai susuk KB. Efek samping dari susuk KB tidak lebih berat dari pil KB. Susuk KB tidak mengandung estrogen yang bisa mengakibatkan rasa mual, muntah, dan pusing. Efek samping yang sering terjadi adalah perubahan periode menstruasi dan akseptor mengalami kenaikan berat badan (WHO/RHR, 2007). Namun menurut Sinclair (2010) efek samping yang dapat timbul adalah perdarahan, sakit kepala, mual, perubahan berat badan, depresi, jerawat, dan kista ovarium.

2.3.3 Metode Mantap

Kontrasepsi mantap diutamakan karena alasan kesehatan yaitu ketika wanita tidak diperbolehkan untuk hamil dan melahirkan lagi sedangkan alat kontrasepsi yang lain tidak cocok dengan kesehatan wanita tersebut. Walaupun demikian, kontrasepsi mantap dilakukan jika pasangan yang bersangkutan menyetujui dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak lain. Kontrasepsi mantap

memiliki *reversibilitas* atau pengembalian kesuburan yang kecil sehingga perlu dipikirkan secara matang oleh pasangan tersebut. (WHO/RHR, 2007)

2.3.3.1 Kontrasepsi Mantap Pada Wanita (Tubektomi)

Cara kontrasepsi ini dilakukan dengan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (tuba) pada wanita. Hal ini menyebabkan sel telur yang dikeluarkan ovarium tidak dapat mencapai tuba falopii sehingga tidak terjadi bertemu dengan sperma dan tidak terjadi pembuahan. Terdapat dua jenis operasi yaitu *minilaparotomy* dan *laparoscopy*. *Minilaparotomy* yaitu dengan membuat lubang kecil pada abdomen, kemudian menarik tuba falopi untuk diikat atau dipotong. *Laparoscopy* dilakukan dengan cara memasukkan tube kecil yang panjang dengan lensa ke dalam perut melalui lubang kecil di abdomen, sehingga dokter bisa melihat tuba falopi untuk di blok atau dipotong. Operasi hanya berlangsung sekitar 20- 30 menit , pasien tidak perlu dirawat hanya memerlukan pengawasan sekitar 6 jam setelah operasi. Pasien dapat pulang hari itu juga.

Keuntungan dari tubektomi adalah hubungan suami istri tidak terganggu. Selain itu fungsi haid normal seperti biasa dan kesehatan tidak terganggu. Tubektomi dapat dilakukan pada saat pasca persalinan, pasca keguguran, dan keadaan biasa ketika tidak hamil.

Metode ini sangat efektif dan memiliki sedikit kegagalan, kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama setelah sterilisasi. Keefektifan tergantung bagaimana tertutupnya tuba , yang paling efektif adalah dengan cara memotong dan mengikat ujung tuba falopi. Kesuburan tidak dapat kembali seperti semula dan akan menjadi steril secara permanen.

2.3.3.2 Kontrasepsi Mantap Pada Pria (Vasektomi)

Cara kontrasepsi ini dilakukan dengan cara mengikat dan memotong saluran sperma (*vas deferens*) melalui operasi ringan. Hal ini mengakibatkan sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa sehingga tidak terjadi pembuahan. Operasi hanya berlangsung selama 15 menit. Selama ini tidak pernah ada kematian akibat adanya operasi ini.

Keunggulan dari cara ini adalah tidak mengganggu hubungan seksual dan jumlah mani yang dikeluarkan tetap sama namun tidak mengandung spermatozoa. Biaya operasi ini pun murah dan dapat dilakukan dimana saja karena tidak membutuhkan meja operasi. Namun perlu diketahui bahwa setelah operasi ini selesai masih ada sisa spermatozoa di bagian distal dari tempat vasektomi yang masih mungkin untuk membuahi sel telur. Sisa sperma ini akan hilang dengan sendirinya paling lama selama tiga bulan atau setelah bersenggama sampai 12 kali. Oleh karena itu di awal setelah operasi, suami harus menggunakan kondom ketika akan berhubungan intim dengan istri atau bisa juga istri yang menggunakan alat kontrasepsi lain (Sulistyawati, 2011).

Efek samping yang timbul akibat vasektomi adalah kulit membiru atau lecet, pembengkakan, dan rasa sakit. Keadaan ini akan hilang dengan sendiri tanpa atau dengan pengobatan sederhana. Kegagalan vasektomi bisa saja terjadi. Hal tersebut bisa diakibatkan oleh karena kesalahan memotong, cara mengikat terlalu keras atau lepas, adanya penyambungan kembali (*rekanalisasi*) dari ujung-ujung vasdeferens yang dipotong, duplikasi vas deferens (kelainan bawaan yaitu ada dua buah vasdeferens pada satu sisi), dan bersenggama sebelum cairan mani bersih dari sperma (WHO/RHR, 2007).

2.4 Pengertian Remaja

Adolescence berasal dari bahasa Latin yaitu "*adolescere*" yang memiliki arti tumbuh menuju kematangan, jadi remaja adalah masa transisi ketika seorang individu berubah secara fisik dan psikologis dari anak-anak menuju dewasa. (Hurlock, 1973)

Masa remaja adalah periode perkembangan manusia ketika anak muda harus berpindah dari ketergantungan menuju kemandirian, otonomi dan kedewasaan. Masa remaja juga merupakan perpindahan anak muda dari bagian kelompok keluarga menjadi bagian dari teman sebaya dan harus bisa berdiri sendiri sebagai orang dewasa (Geldard, 2004).

Masa peralihan dari masa anak-anak menuju masa dewasa memiliki istilah yang berbeda-beda di tiap negara seperti *puberty* (Inggris), *puberteit* (Belanda), *pubertas* (Latin). Istilah lainnya yaitu *Adulescention* (Latin) yang berarti masa muda (Rumini, S. dan Sundari, S, 2004).

Menurut Lewin (1951), transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dapat dilihat melalui perubahan dalam afiliasi kelompok, terutama dalam konteks sosial di mana ada jurang pemisah antara anak-anak dan dunia orang dewasa. Transisi menuju masa dewasa dianggap sebagai keadaan yang baru atau asing bagi remaja. Masa ini merupakan sebuah wilayah pengalaman yang diharapkan remaja dapat membangun kemampuan kognitif, sosial, dan emosional yang memadai (Clermont, A. et al 2004).

2.4.1 Batasan Remaja

Remaja didefinisikan sebagai periode transisi perkembangan antara masa kanak-kanak menuju masa dewasa yang terdiri dari perubahan biologis, kognitif, dan sosioemosional. Di Amerika dan beberapa budaya di masa kini. Masa remaja dimulai antara usia 10 sampai 13 tahun. dan akan berakhir pada usia 18 sampai 22 tahun. masa remaja dibagi menjadi dua fase yaitu remaja awal dan remaja akhir. Remaja awal menggambarkan masa ketika masih duduk di bangku sekolah menengah pertama dan sekolah menengah akhir dimana terjadi perkembangan pubertas. Sedangkan remaja akhir sudah memikirkan tentang karir, kencan, dan identitas (Santrock, 1998).

Remaja diartikan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak ke dewasa. Batasan usia remaja adalah 12 sampai 24 tahun. Namun hal ini tidak berlaku ketika pada saat usia remaja seseorang sudah menikah maka ia termasuk dalam kelompok dewasa. Sebaliknya jika usia sudah bukan lagi remaja tetapi masih bergantung kepada orang tua atau tidak mandiri maka ia masuk ke dalam kelompok remaja. Remaja merupakan fase diantara anak dan dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, perilaku, kognitif, biologis, dan emosi (Makhfudli, 2009).

Kurun waktu masa remaja dikelompokkan menjadi bermacam-macam menurut para ahli psikologi. Remaja awal berkisar pada usia 14 s.d 17 tahun dan remaja akhir berkisar antara usia 17 s.d 21 tahun. Sedangkan menurut Gilmer masa adolesen awal terjadi pada usia 13-17 tahun dan adolesen akhir pada usia 18-21 tahun (Rumini, S. dan Sundari, S, 2004).

Masa remaja awal untuk perempuan dimulai ketika berusia 13 sampai 17 tahun yaitu ketika matang secara seksual. Sedangkan pada anak laki-laki remaja

awal dimulai ketika berusia 14 sampai 17 tahun. masa remaja akhir dimulai dari usia 17 sampai 18 tahun (Hurlock, 1973). Remaja akhir sudah menampilkan beberapa karakteristik yang menunjukkan kedewasaan

Pada masa pubertas atau remaja awal yaitu berkisar antara usia 14-18 tahun, seorang anak akan aktif mencari jati diri serta mencari pedoman hidup untuk bekal kehidupannya mendatang. Mereka akan mencari dengan semangat tetapi sebenarnya mereka tidak mengerti hakikat dari sesuatu yang sedang mereka cari. Ch. Buhler pernah mengungkapkan bahwa remaja seperti kalimat ini “Saya menginginkan sesuatu tetapi tidak mengetahui akan sesuatu itu”. Maka masa pubertas ini disebut dengan masa *Strumund Drang* (badai dan dorongan).

Tanda-tanda pubertas menurut E. Spranger dalam Ahmadi, A. & Sholeh, M.,(2005) ada tiga aktifitas yaitu :

a. Penemuan Aku

Pada aktifitas ini remaja awal sudah mulai menyadari keberadaan dirinya itu penting. Ia sudah mulai berani ikut serta dalam kegiatan kemasyarakatan. Namun masih belum sempurna dan penuh kecanggungan. Anak biasanya bersifat tertutup (*introvet*) dan lebih sering mengungkapkan perasaannya lewat buku harian.

b. Pertumbuhan Pedoman Hidup

Pada aktifitas ini remaja awal sudah mulai menerima norma-norma susila, agama, dan estetika secara aktif.

c. Memasukan Diri Pada Kegiatan Kemasyarakatan.

Pada aktifitas ini anak remaja mulai mengenal berbagai macam corak kehidupan masyarakat tetapi anak belum sempurna pengetahuannya sehingga belum bisa membedakannya. Semua dianggap sebagai satu sesuatu yang sama dan ia pun aktif memasuki ragam kehidupan masyarakat tersebut

Setelah selesai masa remaja awal masuklah anak pada masa remaja akhir yaitu berkisar antara usia 18-21 tahun, seseorang sudah memahami kondisi dirinya, sudah membuat rencana hidup dan memilih jalan hidup yang hendak ditemuinya. Remaja sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola hidup yang jelas. Pada masa ini remaja banyak melakukan intropeksi dan merenung diri yang pada akhirnya mereka dapat menemukan keseimbangan dan harmoni diantara sikap ke dalam diri sendiri dengan sikap keluar.

Masa remaja akhir adalah masa peralihan dari remaja awal menuju masa dewasa. Masa ini tidak berlangsung lama karena dengan tercapainya masa ini seseorang dalam waktu singkat akan mencapai kedewasaannya. Remaja akhir mencoba untuk “mendidik diri sendiri”, dengan memberikan arah arti pada kehidupannya.

2.4.2 Aspek-aspek Kepribadian Remaja

Menurut para ahli psikologi yang dipelajari dalam psikologi adalah tingkah laku manusia, baik perilaku yang terlihat (*overt*) maupun yang tidak terlihat (*covert*). Tingkah laku manusia dibagi menjadi tiga jenis yaitu aspek kognitif, afektif, dan motorik. Fungsi ini adalah untuk mengarahkan dan mengendalikan tingkah laku melalui pengamatan dan penginderaan. Kedua adalah aspek afektif yaitu yang berkaitan dengan perasaan atau emosi, sedangkan aspek konatif (psikomotorik) atau kecenderungan atau niat melakukan berhubungan dengan hasrat, kemauan, keinginan. Aspek afektif dan konatif merupakan aspek finalis yang berfungsi sebagai energi atau tenaga mental yang menentukan tingkah laku. Ketiga adalah aspek motorik sebagai penggerak.

Menurut Piaget dalam Geldard (2004) selama awal masa remaja, remaja biasanya membuat transisi dari operasi konkret ke tahap operasi formal. Artinya, mereka bergerak dari keterbatasan pemikiran konkret untuk mampu menangani kognitif dengan ide-ide, konsep dan teori-teori abstrak. Remaja mampu menjadi tertarik pada gagasan abstrak sehingga mampu melihat yang nyata dan sangat ideal.

Flavel (1977) dalam Geldard (2004) berpendapat bahwa kemajuan cara berpikir remaja tergantung pada masa kanak-kanak. Termasuk di antaranya adalah kemampuan untuk membayangkan kejadian mungkin dan tidak mungkin, memikirkan sejumlah hasil yang mungkin dari pilihan tunggal, memahami informasi dan bertindak berdasarkan pemahaman, memecahkan masalah yang melibatkan hipotesis dan deduksi, memecahkan masalah lebih luas dalam berbagai situasi dan dengan keterampilan yang lebih besar daripada di masa kanak-kanak.

2.4.3 Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Menurut Gunarsa (2008) ciri-ciri perkembangan remaja lanjut dapat dilihat dalam tugas-tugas perkembangan yaitu menerima keadaan fisiknya. Perubahan fisiologis-organik yang terjadi pada masa pubertas sudah dapat diterima oleh remaja lanjut. Kekecewaan yang diakibatkan oleh fisik yang tidak sesuai keinginan lambat laun mulai diterima. Pada masa remaja lanjut sebenarnya sedang dalam proses melepaskan diri dengan orang yang selama ini dekat dalam hidupnya yaitu orangtua. Mengungkapkan pendapat dan perasaan dengan sikap yang sesuai lingkungan dan kebebasan emosionalnya dapat dilakukan dengan baik oleh remaja tingkat lanjut.

Kemampuan mengadakan hubungan sosial yang baik dengan teman sebaya maupun dengan orang lain yang berbeda tingkat kematangannya mulai dikembangkan oleh remaja lanjut. Dengan orang yang lebih tua ia dapat berinteraksi dan menyesuaikan diri dengan baik sesuai norma yang ada. Tokoh identifikasi menjadi faktor penting dalam proses pematangan pribadi. Tanpa tokoh ini seringkali timbul kebingungan akan model yang akan ditiru yang memberikan contoh dan pengarahan bagaimana bertingkah laku dan bersikap sebaik-baiknya.

Remaja dapat melakukan penilaian dan pengertian akan kemampuan diri sendiri sedikit demi sedikit mulai tertanam. Kegagalan yang berasal dari ketidakmampuan diri untuk mengatasi masalah sudah dapat diterima dan dipahami. Hal tersebut tidak menghambat prestasi yang ingin dicapai dan mengganggu kepribadian.

2.5 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Niat KB

Berikut akan dijelaskan mengenai faktor-faktor yang memiliki hubungan terhadap niat remaja terhadap KB yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor pendorong (*reinforcing factors*).

2.5.1 Faktor Predisposisi

Di bawah ini akan dijelaskan mengenai faktor-faktor predisposisi yang berhubungan dengan niat KB pada remaja yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, jumlah saudara kandung, pengetahuan, dan sikap.

2.5.1.1 Umur

Menurut Ahmadi dan Sholeh (2005) remaja akhir yang berkisar antara usia 19 sampai 24 tahun sudah menentukan rencana hidup yang jelas dan mapan sedangkan pada masa remaja pertengahan masih mencari pedoman hidup. Selama masa remaja kemampuan remaja untuk melihat, memahami dan menyimpan informasi meningkat sesuai dengan usia.

Remaja yang lebih tua cenderung memiliki kemampuan yang lebih besar dari remaja yang lebih muda untuk menangani isu-isu sosial dan etika yang kompleks karena memiliki banyak pengalaman. Namun kemampuan pengolahan informasi dari pengalaman tergantung pada kecerdasan, karena kemampuan untuk memproses informasi cepat secara langsung terkait dari fungsi intelektual (Geldard, 2004)

Hasil penelitian yang dilakukan BKKBN (2009) ditemukan bahwa persentase remaja laki-laki kelompok umur 20-24 tahun lebih banyak yang ingin menggunakan KB di masa mendatang dibandingkan kelompok umur muda 15-19 tahun dan terdapat hubungan diantara umur dan niat KB pada remaja.

2.5.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah istilah yang mengacu pada status biologis seseorang, terdiri dari tampilan fisik dan tanda-tanda sekunder yang membedakan antara pria dan wanita (Henderson & Jones 2006).

Andayani (2003) menemukan bahwa keinginan ikut KB pada perempuan (45,5%) lebih banyak daripada responden laki-laki (28,6%). Temuan lain oleh BKKBN (2009) ditemukan perbedaan distribusi keinginan menggunakan KB di masa depan pada laki-laki dan perempuan. Persentase perempuan yang berniat KB yaitu 74% lebih tinggi dibandingkan laki-laki yaitu 38%.

Persepsi bahwa sasaran KB hanyalah untuk perempuan masih menjadi persoalan sampai saat ini. Laki-laki berpikir bahwa menggunakan alat kontrasepsi hanyalah urusan perempuan. Masih kurangnya pemahaman masyarakat bahwa KB hanya diperuntukan bagi perempuan. Metode KB bagi laki-laki diantaranya kondom, senggama terputus, pantang berkala, dan kontrasepsi mantap pria/vasektomi (Manuaba, 2002).

2.5.1.3 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi sehingga berpengaruh terhadap perubahan perilaku ke arah yang lebih baik (Soekanto, 2007). Remaja yang berpendidikan tinggi cenderung mengejar cita-cita di masa depan, meningkatkan jenjang karir dan melanjutkan sekolah ke tingkat yang lebih tinggi. Dengan pendidikan yang tinggi maka remaja memahami masalah yang dihadapi saat ini terutama kependudukan sehingga lebih peduli dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan rendah. Peningkatan di bidang pendidikan akan berdampak pada pembatasan jumlah anak yang dilahirkan disebabkan meningkatnya kesadaran dan tanggung jawab dalam hidup berumah tangga. Berdasarkan analisa lanjut SKRRI 2007 oleh BKKBN (2009) persentase niat KB pada remaja yang tinggi tingkat pendidikannya lebih tinggi dibandingkan niat KB pada remaja yang tingkat pendidikannya rendah.

2.5.1.4 Tempat Tinggal

Tempat tinggal merupakan faktor yang berhubungan dengan niat KB. Orang yang tinggal di perkotaan lebih menyukai jumlah anak yang sedikit berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Stycos (2008) pada remaja di India. Sehingga remaja di perkotaan lebih banyak yang berniat KB di masa depan dibandingkan di pedesaan. Sedangkan di Papua daerah di pedesaan, penelitian yang dilakukan oleh UNFPA (2008) menghasilkan bahwa remaja harus memiliki banyak anak di masa depan, karena jika tidak mereka tidak akan ada yang membantu bekerja dan keturunan mereka akan habis.

Hasil penelitian pada remaja di Indonesia oleh BKKBN (2009) menemukan bahwa remaja laki-laki yang tinggal di perkotaan cenderung ingin menggunakan KB di masa depannya. Selain itu ditemukan bahwa remaja laki-laki yang tinggal di kota ingin memiliki jumlah anak yang lebih sedikit dibandingkan yang tinggal di desa.

2.5.1.5 Jumlah Saudara Kandung

Berdasarkan penelitian Nazif (1995) ditemukan bahwa ada hubungan antara jumlah saudara kandung dengan niat ikut KB pada responden. Semakin sedikit jumlah saudara kandung cenderung untuk niat ikut KB. Menurutny hal ini dikarenakan responden yang memiliki jumlah saudara yang sedikit merasakan manfaat mempunyai keluarga yang kecil. Sedangkan pada responden yang memiliki keluarga yang besar tidak merasakan adanya kesulitan memiliki anak banyak, sehingga mereka tidak berniat KB.

2.5.1.6 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu melalui hasil penginderaan manusia terhadap objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap objek, pengalaman maupun lingkungannya, sehingga pengetahuan seseorang dapat bertambah karena adanya pemahaman-pemahaman baru. Sebagian besar pengetahuan didapatkan melalui indera pendengaran yaitu telinga dan indera penglihatan yaitu mata.

Pengetahuan seseorang akan mengubah perilakunya karena dengan bertambahnya pengetahuan maka akan mendorong seseorang untuk membentuk perilaku hidup dalam keseharian agar menjadi lebih baik. Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih bertahan lama dibandingkan jika tidak didasari pengetahuan. Sebelum orang mengadopsi perilaku baru terjadi proses yaitu kesadaran akan objek, tertarik kepada objek, mengevaluasi objek apakah baik atau buruk, mencoba objek atau perilaku baru, mengadopsi pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap objek.

BKKBN (2009) menemukan ada perbedaan distribusi responden yang memiliki pengetahuan baik dibandingkan responden yang pengetahuannya kurang. Persentase niat KB pada remaja yang berpengetahuan baik lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan rendah.

2.5.1.7 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang yang melibatkan pendapat pribadi (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik) terhadap suatu stimulus atau objek. Batasan tentang sikap antara lain menurut Campbell (1950) yaitu tingkah laku sosial seseorang merupakan sebuah sindrom atau gejala dari konsistensi reseptor dengan nilai objek sosialnya yang melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, namun sikap tidak berarti menunjukkan tindakan (reaksi terbuka). Sikap hanyalah reaksi tertutup seseorang (Notoatmodjo 2010).

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa sikap memiliki 3 komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen di atas bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) dan hal ini sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi.

Tobing (1994) menemukan adanya hubungan antara sikap positif terhadap KB dengan niat ikut KB. Sikap yang positif akan berdampak kepada keinginan untuk ikut KB. Hal ini dibuktikan Nazif (1995) yang juga menemukan adanya hubungan antara sikap positif terhadap KB dengan niat ikut KB pada responden.

2.5.2 Faktor Pemungkin (Enabling factors)

Dibawah ini akan dijelaskan mengenai faktor- faktor pemungkin (*enabling factors*) yang mempengaruhi niat KB pada remaja yaitu peran media, organisasi remaja di bidang kesehatan reproduksi, pertemuan masyarakat, dan sekolah.

2.5.2.1 Peran Media

Penggunaan kontrasepsi modern, niat untuk menggunakan, dan keinginan untuk mempunyai sedikit jumlah anak di Nigeria berhubungan dengan paparan pesan media pada keluarga berencana (Bankole et al. 1996). Begitu juga dengan di Mali, dalam penelitian Kane et al. (1998) paparan kampanye dari media tentang keluarga berencana berhubungan dengan peningkatan sikap terhadap

keluarga berencana dan penurunan dalam jumlah laki-laki dan perempuan yang percaya bahwa Islam menentang keluarga berencana (Gupta, et al, 2003).

Penelitian di Tanzania menghasilkan bahwa remaja paling banyak mendapatkan informasi mengenai keluarga berencana dari Radio yaitu 41% dan untuk surat kabar sebanyak 24% (Mbunda, 1999). Radio merupakan sumber informasi yang paling dipercaya bagi remaja. Pada kelompok remaja dan remaja dewasa pengetahuan lebih banyak diperoleh dari orang tua, media massa, buku dan pelajaran di sekolah (UNFPA, 2008).

BKKBN (2009) menemukan ada perbedaan distribusi responden yang memiliki terpapar informasi dari media dengan baik dibandingkan responden yang kurang terpapar. Persentase niat KB pada remaja yang berpengetahuan baik lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan rendah.

2.5.2.2 Peran Organisasi Remaja di Bidang Kesehatan Reproduksi

Remaja merupakan target strategis dari program kependudukan dan keluarga berencana (KKB). Karena untuk berkeluarga memang harus dipersiapkan sejak dini, dalam hal ini bisa dimulai saat masih remaja. Keluarga yang remaja bangun di masa depan nantinya diharapkan bisa mengatur jumlah keturunannya, dua anak cukup. Diperlukan Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja (PKBR) yang dilaksanakan oleh pemerintah sebagai penyedia informasi untuk remaja. (Arief, 2011)

Tujuan program kesehatan reproduksi remaja atau KRR adalah meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi guna meningkatkan kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga sehingga mendukung kualitas generasi mendatang. Sinergitas pemberdayaan remaja melalui orang tua dan remaja guna pendewasaan usia kawin melalui PIK-KRR dan promosi kesehatan reproduksi remaja terhadap bahaya HIV dan AIDS, Seks Pranikah dan Penyalahgunaan NAPZA (Syarief, 2010).

Nurlely Muchtar menyatakan sejumlah Karang Taruna di Jakarta telah membentuk Pusat Informasi dan Komunikasi Remaja (PIK Remaja) sebagai wadah berbagai informasi mengenai persoalan remaja seperti kesehatan

reproduksi remaja, bahaya narkoba, dan bahaya melakukan seks bebas. Remaja perlu memiliki keterampilan dalam merencanakan kehidupannya di masa datang, kapan dia akan menikah, kapan mulai rencana punya anak dan akan punya anak berapa, semua perlu perencanaan (*Remaja Perlu*, 2010).

Di Indonesia masalah reproduksi jarang dibicarakan secara terbuka dalam keluarga. Remaja lebih merasa nyaman mendiskusikannya secara terbuka dengan sesama teman daripada dengan orang tua mereka. Dalam Rencana Strategi Nasional Program Keluarga Berencana BKKBN, masyarakat miskin dan remaja menjadi salah satu sasaran dari strategi pengembangan program keluarga berencana (UNFPA, 2008).

2.5.2.3 Peran Pertemuan Masyarakat

Menurut UNFPA (2008) peningkatan kualitas dan frekuensi tentang kesehatan reproduksi remaja di sekolah dan luar sekolah dengan melibatkan TOMA, TOGA dan TODA dapat menjadi alternatif dalam mengimbangi masalah pada remaja dan remaja dewasa yang belum menikah. Tokoh masyarakat dapat dijadikan sumber informasi remaja yang dipercaya dan contoh berperilaku.

BKKBN (2009) menemukan bahwa ada perbedaan proporsi remaja yang niat KB pada remaja yang ikut serta dalam pertemuan masyarakat dibandingkan dengan yang tidak ikut. Proporsi niat KB pada remaja yang mengikuti pertemuan masyarakat lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak mengikuti.

2.5.2.4 Peran Sekolah

Remaja mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari berbagai sumber salah satu diantaranya adalah dari guru disekolah. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mbunda (1999) di Tanzania pada remaja, dihasilkan bahwa sebanyak 34% remaja mendapatkan informasi tentang keluarga berencana dari sekolah. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Kapiga S., et al (1999) informasi yang didapatkan oleh remaja tentang pendidikan kesehatan reproduksi dan kontrasepsi di sekolah sebanyak 15,5%.

Hasil penelitian BKKBN (2009) pada remaja di Indonesia ditemukan adanya perbedaan keinginan menggunakan KB di masa depan dengan pada remaja yang

mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan cara mengatur kehamilan dari sekolah. Persentase remaja yang niat KB lebih tinggi pada remaja yang mendapatkan informasi dari sekolah dibandingkan dengan yang tidak.

2.5.3 Faktor Pendorong (Reinforcing factors)

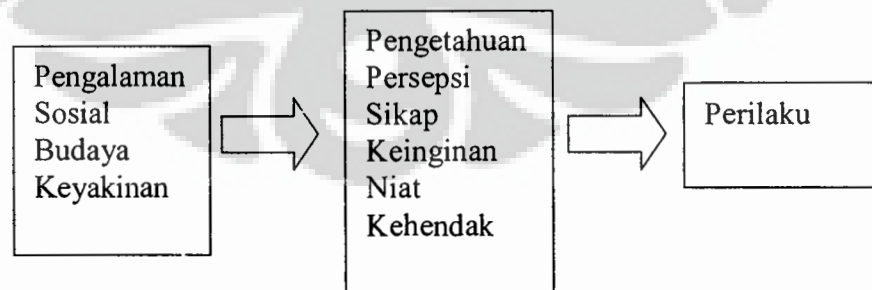
Dibawah ini akan dijelaskan mengenai Faktor Pendorong (*Reinforcing factors*) yaitu partisipasi orangtua dalam KB.

2.5.3.1 Partisipasi Orangtua Dalam KB

Penelitian Tobing (1994) membuktikan adanya hubungan antara partisipasi orang tua responden dalam KB dengan niat responden untuk ikut KB. Menurutnya apa yang dilakukan orangtua saat ini akan ditiru oleh anak-anaknya dikemudian hari. Selain itu Nazif (1995) dan Andayani (2003) membuktikan kebenaran tersebut. Hasil penelitian mereka menunjukkan kembali bahwa ada hubungan antara partisipasi orangtua dalam KB dengan niat responden untuk ikut KB.

2.5 Perilaku

Pada dasarnya perilaku manusia merupakan bentuk dari berbagai gejala kejiwaan yaitu pengetahuan, persepsi, motivasi, niat, sikap, dan sebagainya. Jika ditelusuri kembali gejala tersebut dipengaruhi berbagai hal yaitu sosial budaya, sarana, pengalaman, keyakinan, dan sebagainya. Proses terbentuknya perilaku tersebut dapat diilustrasikan sebagai berikut :



Gambar 2.1 Proses terbentuknya Perilaku (Notoatmodjo, 2007)

Perilaku manusia didefinisikan sebagai semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh

pihak luar. Namun menurut teori perubahan perilaku yaitu salah satunya Teori Stimulus Organisme (S-O-R) Skinner (1938) seorang ahli psikologis, merumuskan bahwa perilaku manusia merupakan respons (R) atau reaksi seseorang (O) terhadap *stimulus* (rangsangan dari luar) (S).

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup (*covert behaviour*) dan perilaku terbuka (*overt behaviour*). Perilaku tertutup (*covert behaviour*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*) misalnya kehendak, niat, persepsi, dan sikap. Perilaku terbuka (*overt behaviour*), yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka yaitu aksi perilaku tersebut.

Niat adalah prediktor terbaik perilaku, namun seseorang dapat memiliki perilaku yang berbeda dengan niatnya karena adanya pertimbangan akan hal lain. Definisi Operasional untuk niat yaitu penilaian yang bersifat subjektif tentang bagaimana seseorang bermaksud untuk berperilaku contohnya adalah niat akan menggunakan kondom ketika akan berhubungan seksual. (Terry, D., et al, 1993).

Teori Health Seeking Behavior dari Green (1980). Menurut teori tersebut faktor yang berhubungan dengan perilaku sehat terdiri dari tiga faktor yaitu faktor *predisposing*, faktor yang mendukung (*enabling factors*), faktor pendorong (*reinforcing factors*). Faktor *predisposing* merupakan faktor yang dapat mempermudah perilaku. Faktor *predisposing* dianjurkan dalam penggunaan upaya kesehatan dan menjadi dasar, seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, agama, pendidikan, umur, nilai anak, jumlah anak, dan sebagainya. Faktor ini dikenal juga sebagai faktor personal. Faktor *enabling* merupakan faktor yang mendukung untuk berperilaku kesehatan yang dianjurkan misalnya fasilitas kesehatan, sarana-sarana kesehatan, jarak, biaya, sumber daya dan lain-lain. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan faktor yang mendorong untuk berperilaku seperti yang diharapkan, terwujud dalam bentuk perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, keluarga, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Menurut Green, L. et al (1980) kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*non behavioral causes*). Perilaku itu sendiri terbentuk karena adanya 3 faktor yaitu:

a. Faktor *predisposing*

Merupakan faktor yang melekat pada individu atau faktor personal Faktor predisposing ini terwujud dalam umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, jumlah saudara kandung, pengetahuan, dan sikap.

b. Faktor yang mendukung (*enabling factors*)

Faktor enabling merupakan faktor yang mendukung untuk berperilaku yaitu ketersediaan informasi melalui media cetak dan elektronik, pertemuan masyarakat, organisasi remaja, dan peran sekolah.

c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Merupakan faktor yang mendorong untuk berperilaku seperti yang diharapkan, terwujud dalam bentuk partisipasi orangtua responden dalam keluarga berencana.

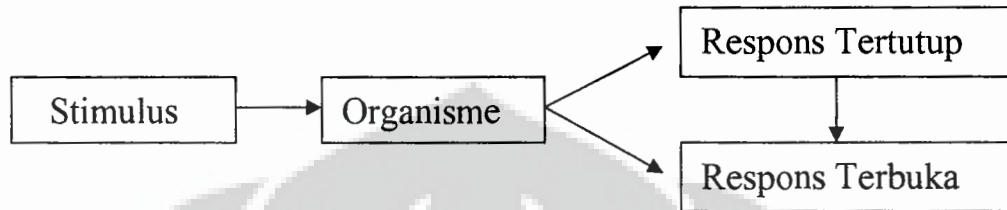
Menurut Skinner (1983) perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Teori ini dinamakan teori S-O-R karena perilaku manusia terjadi akibat proses dari Stimulus → Organisme → Respons. Berdasarkan teori ini perilaku dikelompokkan menjadi dua yaitu :

a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

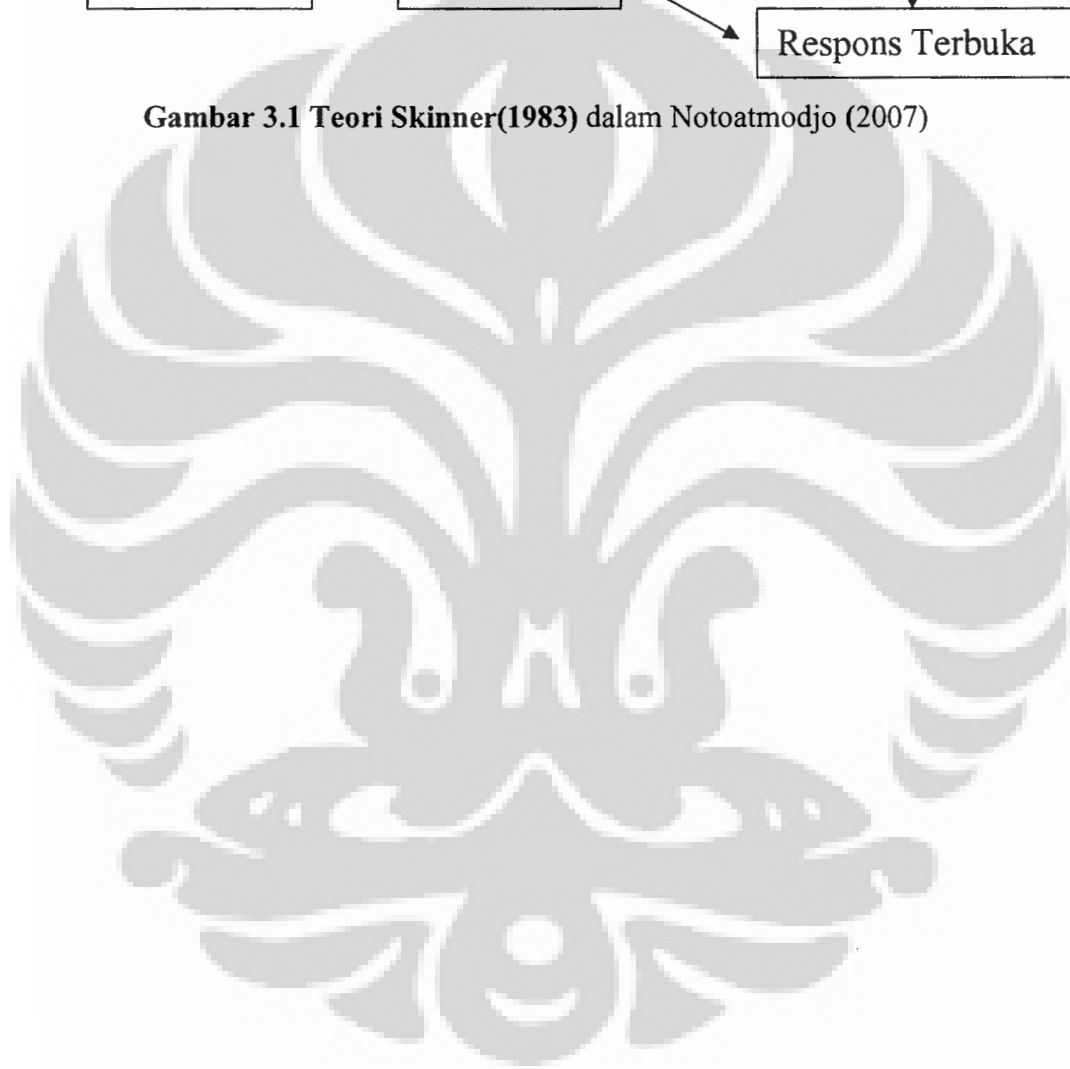
Perilaku ini adalah respon yang masih belum bisa diamati oleh orang lain secara langsung. Respon ini berupa sikap, niat persepsi, perasaan, pengetahuan dan perhatian .

b. Perilaku terbuka (*Overt Behavior*)

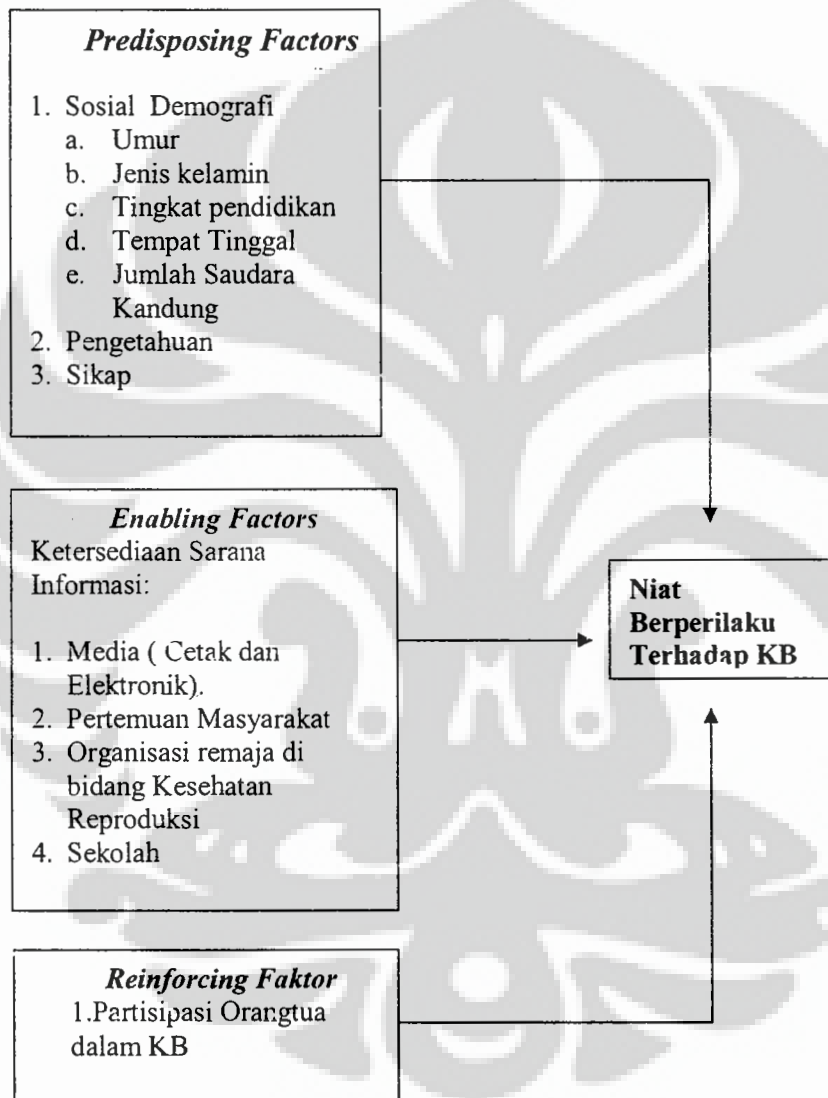
Perilaku ini sudah dapat diamati oleh orang lain karena respon terbentuk dalam tindakan atau praktik seseorang.



Gambar 3.1 Teori Skinner(1983) dalam Notoatmodjo (2007)



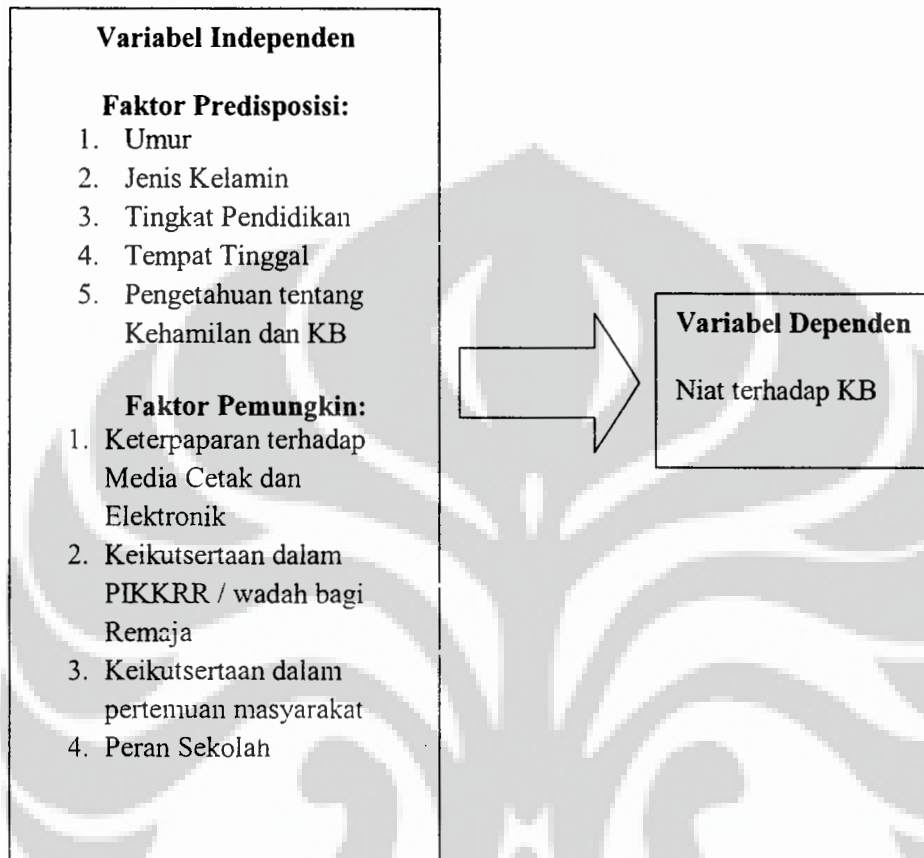
Dengan modifikasi teori-teori tersebut, variabel niat termasuk dalam perilaku tertutup. Kemudian perilaku tertutup tersebut disebabkan oleh faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong. Maka distribusi niat remaja terhadap KB di Jawa Barat dapat Tahun 2007 digambarkan dalam skema kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka Teori (dimodifikasi oleh peneliti dari Green (1980) dan Skinner (1983))

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep ini berdasarkan teori diatas dan variabel yang tersedia dalam SKRRI 2007 sebagai data sekunder yang digunakan oleh peneliti.



Gambar 3.3 Kerangka Konsep

3.3 Definisi Operasional

	Variabel	Definisi Operasional	Hasil Ukur	Skala	No Pertanyaan
Variabel Dependen					
A	Niat KB	Responden akan menggunakan salah satu metode KB untuk menunda kehamilan di masa depan.	0= Tidak dan Tidak Tahu 1= Ya	Nominal	P213
B	Metode yang ingin digunakan	Metode KB yang ingin digunakan.	Metode KB	Nominal	P214
Variable Independen					
1 Faktor Predisposisi(<i>Predisposing factors</i>)					
A	Umur	Lama hidup responden sampai ulang tahun terakhir. Usia remaja akhir yaitu 20-24 diyakini sudah memiliki pemikiran yang matang tentang jalan hidupnya dibandingkan dengan remaja pertengahan dengan usia 15-19 tahun.(Ahmadi & Sholeh, 2005)	0= 15-19(Remaja Pertengahan) 1= 20-24 (Remaja Akhir)	Ordinal	P103
B	Jenis kelamin	Istilah yang mengacu pada status biologis sesorang, terdiri dari	0= Laki-laki	Nominal	P11

	tampilan fisik dan tanda-tanda sekunder yang membedakan antara pria dan wanita. (Henderson dan Jones, 2006)	1= Perempuan			
C	Tingkat Pendidikan Pendidikan formal terakhir yang sudah atau sedang dijalani pada saat survei.	0 = Rendah (tidak sekolah, SD, SMP) 1 = Tinggi (SMA, akademi, perguruan tinggi)	Ordinal	P105	
D	Tempat tinggal Tempat tinggal responden ketika survei berlangsung.	0= Pedesaan 1 = Perkotaan	Nominal	P5	
F	Pengetahuan Pemahaman responden tentang kesehatan reproduksi dan KB	1. Rendah 2. Baik Catatan : a. Rendah, jika responden mampu menjawab < mean b. Baik, jika responden mampu menjawab =mean	Ordinal	P209, P211, P212(01-12), P302, P303,, P307, P308, P310,	
a	Masa Subur Responden mengetahui bahwa ada hari-hari tertentu diantara hari pertama haid dengan hari pertama haid berikutnya yang	0= Tidak Sesuai 1 = Benar (ya)	Nominal	P209	

		berkemungkinan lebih besar menjadi hamil apabila melakukan hubungan seksual.			
2	Dapat Hamil	Responden mengetahui bahwa wanita dapat hamil hanya dengan sekali berhubungan seksual.	0= Tidak Sesuai 1 = Benar (ya)	Nominal	P211
	Dengar alat/cara KB	Responden pernah mendengar cara/alat KB	Jika jawaban 1/2 maka mendapat skor 1. Jika menjawab 3 mendapat skor 0.	Nominal	P212 (01-12)
3		Responden pernah mendengar sterilisasi Wanita/Tubektomi	0= Tidak 1 = Ya		
4		Responden pernah mendengar sterilisasi Pria/Vasektomi	0= Tidak 1 = Ya		
5		Responden pernah mendengar Pil KB	0= Tidak 1 = Ya		
6		Responden pernah mendengar IUD/AKDR/Spiral	0= Tidak 1 = Ya		
7		Responden pernah mendengar	0= Tidak		

	Suntik KB		1=Ya 0= Tidak 1=Ya		
8	Responden pernah mendengar Susuk KB/Implan		0= Tidak 1=Ya		
9	Responden pernah mendengar Kondom/Karet KB		0= Tidak 1=Ya		
10	Responden pernah mendengar Intravag/Diafragma		0= Tidak 1=Ya		
11	Responden pernah mendengar Metode Menyusui Alami		0= Tidak 1=Ya		
12	Responden pernah mendengar metode kalender/ pantang berkala		0= Tidak 1=Ya		
13	Responden pernah mendengar senggama terputus		0= Tidak 1=Ya		
14	Responden pernah mendengar Kontrasepsi darurat		0= Tidak 1=Ya		
15	Umur menikah pada perempuan		0 = Tidak sesuai 1 = > 21 Tahun	Nominal	P302

		(BKKB, 2010).			
16	Umur menikah pada Pria	Responden mengetahui pada umur berapa pria sebaiknya menikah yaitu minimal 25 tahun (BKKB, 2010).	0 = Tidak sesuai 1 = > 25 Tahun	Nominal	P303
17	Perempuan mempunyai anak	Responden mengetahui pada umur berapa perempuan sebaiknya mempunyai anak pertama yaitu antara 21-35 tahun (BKKB, 2010).	0 = Tidak sesuai 1 = Sesuai	Nominal	P308
18	Menentukan Banyak Anak	Responden mengetahui bahwa yang menentukan banyaknya anak dari suatu pasangan adalah dari pihak suami dan istri (BKKB, 2010)	0 = Tidak sesuai 1 = Sesuai	Nominal	P307
19	Jarak antara dua kelahiran	Responden mengetahui jarak antara dua kelahiran adalah minimal 5 tahun berdasarkan resiko kesehatan ibu (BKKB, 2010)	0 = Tidak Sesuai 1 = Sesuai	Nominal	P310
2	Faktor Pemungkin (<i>Enabling Factors</i>)				

A	Akses terhadap media cetak dan elektronik	Keterpaparan responden dengan media cetak dan elektronik mengenai informasi tentang kesehatan reproduksi dan KB. Responden pernah membaca artikel tentang	Jika menjawab Ya mendapat skor 1. Kemudian skor dijumlahkan, kemudian dikategorikan menjadi 0=Kurang jika skor <mean 1=Baik jika skor =mean	Ordinal	P413(a dan g), P415(a dan g), P417(a dan g)
1		Penundaan Usia Kawin	0= Tidak 1= Ya		
2		Bagaimana mencegah kehamilan	0= Tidak 1= Ya		
3		Responden pernah mendengar radio tentang	0= Tidak 1= Ya		P415(a dan g),
4		Penundaan Usia Kawin Bagaimana mencegah kehamilan	0= Tidak 1= Ya 0= Tidak 1= Ya		
5		Responden pernah menonton TV tentang	0= Tidak 1= Ya		P417(a dan g)
6		Penundaan Usia Kawin Bagaimana mencegah kehamilan	0= Tidak 1= Ya 0= Tidak 1= Ya		
B	Keikutsertaan responden terhadap	Responden pernah mengunjungi organisasi / wadah remaja	0= Tidak 1= Ya	Nominal	P410

	organisasi kesehatan reproduksi remaja				
C	Akses terhadap pertemuan masyarakat	Responden pernah menghadiri pertemuan masyarakat yang membahas kesehatan reproduksi	0= Tidak 1= Ya	Nominal	P406
D	Peran Sekolah	Responden mendapatkan informasi mengenai sistem reproduksi manusia dan cara mengatur kehamilan ketika mengenyam pendidikan di sekolah.	Jika menjawab Ya mendapat skor 1. Kemudian skor dijumlahkan, kemudian dikategorikan menjadi 0=Kurang jika skor <mean 1=Baik jika skor =mean	Nominal	P403A dan P403B
		Mendapat Informasi mengenai Kesehatan Reproduksi	0= Tidak 1= Ya		P403A
		Mendapat Informasi mengenai cara mengatur kehamilan	0= Tidak 1= Ya		P403B

Note: Tidak sesuai adalah responden tidak menjawab atau menjawab dengan jawaban yang salah atau jawaban tidak sama dengan jawaban yang benar.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari data SKRRI (Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia) tahun 2007. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan desain studi potong lintang (*cross sectional*). *Cross sectional* digunakan dalam penelitian ini karena dapat menemukan adanya perbedaan distribusi antara variabel independen (umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pengetahuan tentang kehamilan dan KB, akses media, keikutsertaan dalam organisasi remaja (PIKKRR), keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan peran sekolah) dengan variabel dependen (niat KB pada remaja) dimana pengambilan data kedua variabel tersebut diambil dalam waktu bersamaan.

4.2 Sumber Data

Berikut akan dijelaskan mengenai sumber data dalam penelitian ini.

4.2.1 SKRRI 2007

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2007 merupakan survei yang diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kordinasi Keluarga Berencana (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan *Measure DHS Macro International, Inc.* SKRRI 2007 merupakan survei kedua dengan tema kesehatan reproduksi remaja. Sebelumnya SKRRI dilaksanakan pada tahun 2002-2003 bersamaan dengan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007. SKRRI mengumpulkan data dari sampel yang mewakili wanita dan pria belum kawin umur 15-24 tahun untuk :

- a. Mengukur tingkat pengetahuan remaja tentang masalah dalam kesehatan reproduksi;
- b. Mempelajari sikap remaja mengenai berbagai masalah dalam kesehatan reproduksi

- c. Mengukur tingkat perilaku seksual remaja.
- d. Menggali kesadaran remaja terhadap HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.

Survei akan menghasilkan estimasi tingkat nasional untuk semua indikator tersebut

4.2.2 Prosedur Sampling SKRRI 2007

Sampel blok sensus untuk SKRRI adalah sama dengan sample blok sensus SDKI. Daftar sampel Survei Angkatan Kerja (Sakernas) 2007 digunakan sebagai kerangka sampel SDKI 2007, yang kemudian digunakan sebagai daftar sampel SKRRI. Sebanyak 1.694 Blok Sensus yaitu 676 BS di daerah perkotaan dan 1.018 BS di daerah pedesaan digunakan dalam penelitian ini. Dalam rancangan SDKI 2007 ditentukan paling sedikit 40 BS untuk setiap propinsi. Sampel dirancang untuk menghasilkan indikator yang terpercaya di setiap provinsi.

Dalam setiap BS dilakukan pendaftaran bangunan dan rumah tangga secara lengkap (listing) dan pemetaan yang dilakukan pada bulan Juli 2007 dengan metode pengambilan sampel dua tahap (second stage sampling). Setelah jumlah rumah tangga dialokasikan untuk setiap propinsi menurut daerah perkotaan dan pedesaan jumlah BS ditentukan berdasarkan rata-rata sampel 25 rumah tangga disetiap BS. Seluruh wanita dan pria yang belum menikah umur 15-24 tahun dalam rumah tangga memenuhi syarat untuk diwawancara individu. Sampel dirancang untuk memenuhi kriteria di Indonesia keseluruhan, perkotaan, dan pedesaan, propinsi untuk indikator kunci di hampir seluruh propinsi.

Di setiap propinsi pemilihan BS di wilayah perkotaan dan pedesaan dilakukan menggunakan *multi stage stratified sampling*. Di daerah perkotaan, tahap pertama BS dipilih secara sistematis sampling. Di setiap BS terpilih 25 rumah tangga yang dipilih secara acak. Di pedesaan pemilihan rumah dilakukan dengan tiga tahap. Tahap pertama, kecamatan dipilih dengan proporsi banyaknya rumah tangga. Di tahap kedua setiap kecamatan terpilih, dipilih BS dengan proporsi banyaknya rumah tangga. Di tahap ketiga disetiap BS terpilih dipilih 25 rumah tangga secara acak.

Sejumlah 42.341 rumah tangga terpilih dalam SDKI 2007 dengan jumlah wanita 9.398 dan pria 12.541. dari jumlah tersebut yang berhasil diwawancarai

adalah 8.481 untuk wanita dan 10.830 untuk pria, dengan tingkat respon masing-masing sebesar 90% dan 86%.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh remaja wanita dan pria yang berumur 15-24 tahun yang belum kawin di provinsi Jawa Barat. Data yang digunakan adalah data sekunder dari SKRRI 2007. Untuk mengetahui kecukupan sampel perlu perhitungan sampel.

Rumus yang digunakan untuk estimasi proporsi adalah

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} * p * (1-p)}{d^2} .deff$$

n = Besar Sampel

$z^2_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan atau batas kemaknaan ($z=1,96$ untuk derajat kemaknaan $\alpha = 5\%$)

p = proporsi tidak niat KB pada penelitian sebelumnya Andayani (2003) → 0,596

d = presisi yang diinginkan 0,05

deff = Design Effect (2)

Dari perhitungan tersebut didapatkan sampel sebanyak 740 sample ditambah 10% sehingga sample minimal menjadi 814 responen

Rumus yang digunakan untuk mengetahui uji hipotesis beda dua proporsi untuk cluster ditentukan dengan :

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} .deff$$

dimana :

n = Besar Sampel

$z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan atau batas kemaknaan ($z=1,96$ untuk derajat kemaknaan $\alpha = 5\%$)

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji (power) $1-\beta$, $Z=1,65$ untuk derajat uji 95%

\bar{P} = Rata- rata proporsi

P_1 = Proporsi remaja yang berniat KB pada kelompok beresiko

P_2 = Proporsi remaja yang berniat KB pada kelompok tidak beresiko
 deff = Design Effect (2)

Tabel 4.1
Tabel Besar Sampel Penelitian

No	Variabel	P1 (%)	P2 (%)	n	Referensi
1	Umur	20,5	12,1	1000	(BKKBN, 2009)
2	Jenis Kelamin	71,4	54,5	420	(Andayani, 2003)
3	Tingkat Pendidikan	23,3	9	340	(BKKBN, 2009)
4	Tempat Tinggal	36	29	2322	(BKKBN, 2009)
5	Pengetahuan	2,78	11,57	444	(Tobing, 1994)
6	Akses Media	0,5	32	66	(BKKBN, 2009)
7	Pertemuan Masyarakat	29,9	2,7	90	(BKKBN, 2009)
8	Peran Sekolah	23,3	7	246	(BKKBN, 2009)

Dari tabel 4.1 terlihat bahwa jumlah sample minimal untuk uji hipotesis adalah 2322, untuk mengantisipasi missing data ditambah 10% sehingga sample minimal menjadi 2555. Seluruh sampel dari Provinsi Jawa Barat sebanyak 3002 remaja. Namun karena peneliti memakai kriteria inklusi untuk penelitian ini yaitu hanya responden yang menjawab pertanyaan P213 sehingga jumlah responden keseluruhan menjadi 2953. Jumlah sample sudah memenuhi kebutuhan sample.

4.4 Manajemen Data

Pengolahan data akan dilakukan setelah proses pengambilan data. Ada beberapa tahapan yang dilakukan, yaitu

1. Editing, yaitu proses pemilihan variabel yang akan dianalisis
2. Cleaning, yaitu pembersihan data dari variabel yang tidak digunakan pada penelitian ini.

3. Recoding yaitu proses pemberian kode ulang pada tiap data yang diperoleh sesuai dengan definisi operasional.
4. Melakukan *compute* atau komposit data dari beberapa variabel pada kuesioner agar sesuai dengan definisi operasional yang diharapkan. Variabel yang akan dianalisis disiapkan sesuai dengan kerangka konsep yang diajukan melalui nomer kode variabel pada kuesioner SKRRI 2007.

4.4 Analisis Data

Berikut akan dijelaskan mengenai analisis data univariat dan bivariat dalam penelitian ini.

4.4.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk melihat pola distribusi frekuensi pada variabel dependen dan independen. Analisis data univariat dilakukan dengan melihat frekuensi kejadian proporsi untuk data kategorik. Analisis Univariat dilakukan untuk melihat distribusi responden berdasarkan variabel-variabel yang diteliti yaitu umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pengetahuan tentang kehamilan dan KB, akses media, keikutsertaan dalam organisasi remaja (PIKKRR), keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan peran sekolah. Seluruh variabel yang diteliti berupa data kategorik Peringkasan data tersebut disajikan dengan bentuk tabel.

Untuk pengkategorian data numerik dilakukan uji normalitas (*Kolmogorof Smirnov*) untuk menentukan pengkategorian menggunakan nilai mean atau median. Sedangkan pada data kategorik disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran proporsi/ persentase.

4.4.2 Analisis Bivariat

Analisis dalam penelitian ini tidak memperhitungkan nilai efek rancangan (*deff*). Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen (niat berperilaku KB pada remaja) dengan variabel independen (umur, jenis kelamin, tempat tinggal, pengetahuan tentang kehamilan dan KB, akses

media, keikutsertaan dalam organisasi remaja (PIKKRR), keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan peran sekolah). Analisis ini berfungsi untuk mengetahui hubungan atau korelasi antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji *chi-square* karena variabel independen dan dependen termasuk jenis kategorik.

Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95%, $\alpha = 0,05$. Sehingga jika dari hasil perhitungan uji statistik didapatkan nilai $p < 0,05$, maka H_0 ditolak. Artinya secara statistik kedua variabel tersebut memiliki perbedaan yang bermakna. Sedangkan jika didapatkan nilai $p > 0,05$ maka H_0 gagal ditolak yang artinya kedua variabel tersebut tidak memiliki perbedaan secara statistik.

Uji *chi square* memiliki ketentuan yaitu jika pada tabel 2x2 ditemukan nilai harapan yang kurang dari 5 maka nilai p yang digunakan adalah nilai dari uji *Fisher Exact*. Bila pada tabel 2x2 tidak ada nilai $E < 5$. maka nilai p yang digunakan adalah nilai pada uji *Continuity Correction*. Sedangkan jika tabelnya lebih dari 2x2 maka nilai p yang digunakan adalah *Pearson Chi-Square* (Sabri dan Hastono,2006).

Analisis lebih lanjut dilakukan dengan melihat nilai *Prevalens Ratio* (PR). Nilai PR digunakan untuk membandingkan rasio prevalense pada variabel dependen dan independen. Jika $PR = 1$ memiliki arti bahwa tidak ada perbedaan distribusi variabel dependen berdasarkan variabel independen. Jika $PR > 1$ atau $PR < 1$ maka ada perbedaan distribusi variabel dependen berdasarkan variabel independen. Dalam menilai PR perlu dilihat pula nilai *confidence interval* PR, jika nilai 1 berada dalam interval tersebut maka nilai PR tidak signifikan

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Distribusi Berdasarkan Niat KB

Berikut akan dipaparkan hasil penelitian yaitu niat akan menggunakan metode KB di masa depan dan jenis metode yang akan digunakan di masa depan.

5.1.1 Niat Menggunakan Suatu Metode KB

Tabel 5.1
Distribusi Remaja Berdasarkan Niat Menggunakan Suatu Metode KB di Masa Depan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Menggunakan KB di Masa Depan	Total	Persentase (%)
Tidak Menjawab Ya	1397	47,3
Ya	1556	52,7
Total	2953	100

Dari tabel 5.1 dapat diketahui distribusi remaja yang memiliki niat menggunakan KB di masa depan yaitu 52,7 %, lebih tinggi dibandingkan dengan persentase remaja yang tidak niat menggunakan KB di masa depan yaitu 47,3%.

5.1.2 Metode KB

Tabel 5.2
Distribusi Remaja Berdasarkan Metode KB yang Akan Digunakan Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Metode KB	Frekuensi yang Menggunakan	
	Ya	%
Tubektomi	8	0,5
Vasektomi	21	1,4
AKDR/IUD	26	1,7
Pil KB	420	27
Susuk KB	6	0,4
Kondom	339	21,8
Pantang Berkala	18	1,1
Senggama Terputus	5	0,3
Lainnya	12	0,7
Tidak Tahu	408	26,2
Total	1556	100

Dari tabel 5.2 diketahui distribusi remaja berdasarkan metode KB yang ingin digunakan di masa depan. Metode yang paling diminati adalah pil KB (27%).

5.2 Distribusi Remaja Berdasarkan Faktor Predisposisi

Berikut ini akan dipaparkan hasil penelitian mengenai distribusi remaja di Jawa Barat tahun 2007 berdasarkan faktor predisposisi yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, agama, dan pengetahuan mengenai KB dan kehamilan.

5.2.1 Umur

Tabel 5.3
Distribusi Remaja Berdasarkan Kelompok Umur pada Remaja di Jawa Barat
Tahun 2007

Kelompok Umur	Frekuensi	Persentase (%)
15-19	1934	65,5
20-24	1019	34,5
Total	2953	100

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi remaja berdasarkan kelompok umur remaja pertengahan yaitu 15-19 tahun dan remaja akhir 20-24 tahun. Persentase remaja yang berumur 15-19 tahun (65,5%) lebih tinggi dibandingkan remaja yang berumur 20-24 tahun (34,5%).

5.2.2 Jenis Kelamin

Tabel 5.4
Distribusi Remaja Berdasarkan Jenis Kelamin pada Remaja di Jawa Barat Tahun
2007

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	1738	58,9
Perempuan	1215	41,1
Total	2953	100

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi remaja berdasarkan jenis kelamin. Persentase remaja yang berjenis kelamin laki-laki (58,9%) lebih tinggi dibandingkan remaja yang berjenis kelamin perempuan (41,1%).

5.2.3 Tingkat Pendidikan

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Remaja berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	1300	44
Tinggi	1660	56
Total	2953	100

Tabel 5.5 menunjukkan distribusi remaja berdasarkan tingkat pendidikan. Persentase remaja dengan tingkat pendidikan yang tinggi (56%), lebih tinggi dibandingkan persentase remaja dengan pendidikan yang rendah (44%).

5.2.4 Tempat Tinggal

Tabel 5.6
Distribusi Remaja Berdasarkan Tempat Tinggal pada Remaja di Jawa Barat 2007

Tempat Tinggal	Frekuensi	Persentase (%)
Pedesaan	1228	41,6
Perkotaan	1725	58,4
Total	2953	100

Tabel 5.6 menunjukkan distribusi remaja berdasarkan tempat tinggal. Persentase remaja yang bertempat tinggal di perkotaan (58,4%), lebih tinggi dibandingkan persentase remaja yang tinggal di pedesaan (41,6%).

5.2.5 Pengetahuan tentang KB dan Kehamilan

Berikut ini akan dipaparkan hasil penelitian mengenai 19 komponen pengetahuan yang kemudian 19 komponen tersebut akan dijumlahkan sebagai nilai skor. Setelah mendapatkan nilai skor akan dibagi menjadi dua kelompok pengetahuan yaitu kelompok pengetahuan rendah dan baik dengan *cut off point* nilai *mean*.

5.2.5.1 Pengetahuan Tentang Adanya Masa Subur

Tabel 5.7

Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Adanya Masa Subur pada Wanita Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Jawaban Mengenai Masa Subur pada Wanita	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sesuai	1136	38,5
Sesuai(Ya)	1819	61,5
Total	2953	100

Tabel 5.7 menunjukkan distribusi remaja berdasarkan pengetahuan mengenai adanya masa subur pada wanita. Sebagian besar remaja mengetahui bahwa ada masa subur pada wanita (61,5%) lebih tinggi jika dibandingkan persentase remaja yang tidak sesuai (38,5%).

5.2.5.2 Pengetahuan Wanita Dapat Hamil Hanya Dengan Sekali Berhubungan Seksual

Tabel 5.8

Distribusi Frekuensi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Wanita Dapat Hamil Hanya Dengan Sekali Berhubungan Seksual pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Wanita dapat Hamil	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sesuai	1286	43,5
Sesuai (Ya)	1667	56,5
Total	2953	100

Tabel 5.8 menunjukkan persentase remaja yang mengetahui bahwa wanita dapat hamil hanya dengan sekali berhubungan seksual sebesar (56,5%) lebih tinggi dibandingkan persentase remaja yang menjawab tidak sesuai (43,5%).

5.2.5.3 Pengetahuan mengenai Metode Kontrasepsi

Tabel 5.9
Distribusi Remaja Berdasarkan Mengenai Metode Kontrasepsi yang Pernah
Di Dengar pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Metode KB	Pernah Dengar				Total	
	Ya	%	Tidak	%	Jumlah	%
Tubektomi	1047	35,5	1905	64,5	2953	100
Vasektomi	501	17	2452	83	2953	100
Dengar Pil	2676	90,6	277	9,4	2953	100
AKDR/IUD	1419	48,1	1533	51,9	2953	100
Suntik KB	2580	87,4	372	12,6	2953	100
Susuk KB	1055	35,7	1897	64,3	2953	100
Kondom	2753	93,2	200	6,8	2953	100
Intravagina	451	15,3	2502	84,7	2953	100
MAL	486	16,5	2467	83,5	2953	100
Pantang Berkala	924	31,3	2029	68,7	2953	100
Senggama Terputus	1052	35,6	1900	64,4	2953	100
Kontrasepsi Darurat	552	18,7	2400	81,3	2953	100

Tabel 5.9 menunjukkan distribusi remaja yang pernah mendengar metode kontrasepsi tertentu. Persentase remaja yang paling tinggi adalah yang pernah mendengar kondom yaitu 93,2%. Sedangkan alat kontrasepsi yang paling sedikit pernah didengar oleh remaja adalah Intravagina yaitu 15,3%.

5.2.5.4 Pengetahuan Mengenai Umur Menikah Pertama pada Perempuan

Tabel 5.10

Distribusi Remaja Menurut Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Menikah Pertama pada Perempuan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Umur Menikah Perempuan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sesuai	1335	45,2
Sesuai (=21 Tahun)	1618	54,8
Total	2953	100

Tabel 5.10 menunjukkan distribusi pengetahuan remaja tentang umur menikah pertama perempuan. Persentase remaja yang mengetahui bahwa sebaiknya usia menikah perempuan =21 tahun adalah 54,8% lebih tinggi dibandingkan persentase remaja yang menjawab tidak sesuai (<21 tahun dan tidak tahu) adalah 45,2%.

5.2.5.5 Pengetahuan Mengenai Umur Menikah Pertama Kali pada Pria

Tabel 5.11

Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Menikah Pertama pada Pria pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Umur Pria	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sesuai	451	15,3
Sesuai (=25 Tahun)	2502	84,7
Total	2953	100

Tabel 5.11 menunjukkan distribusi pengetahuan remaja tentang umur menikah pertama laki-laki. Persentase remaja yang mengetahui bahwa usia menikah laki-laki sebaiknya =25 tahun adalah 84,7% lebih tinggi dibandingkan persentase remaja yang menjawab tidak sesuai yaitu 15,3%

5.2.5.6 Pengetahuan Mengenai Umur Mempunyai Anak Pertama Kali Pada Perempuan

Tabel 5.12

Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Umur Mempunyai Anak Pertama Kali pada Perempuan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Umur Perempuan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Sesuai	646	21,9
Sesuai (21-35 Tahun)	2307	78,1
Total	2953	100

Tabel 5.12 menunjukkan distribusi pengetahuan remaja tentang umur pertama perempuan memiliki anak. Persentase remaja yang mengetahui bahwa sebaiknya usia mempunyai anak adalah 21-35 tahun (jawaban sesuai) yaitu 78,1% lebih tinggi dibandingkan persentase remaja yang menjawab tidak sesuai yaitu 21,9%.

5.2.5.7 Pengetahuan Mengenai Pihak yang Menentukan Banyaknya Anak.

Tabel 5.13.

Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Pihak yang Menentukan Banyaknya Anak pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Menentukan Banyaknya Anak	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sesuai	238	8,1
Sesuai (Berdua)	2714	91,9
Total	2953	100

Tabel 5.13 menunjukkan distribusi pengetahuan remaja mengenai siapa yang menentukan banyaknya anak di sebuah keluarga. Persentase remaja yang memiliki pengetahuan yang sesuai mengenai siapa yang menentukan banyaknya anak yaitu berdua suami dan istri adalah 91,9% lebih tinggi dibandingkan remaja yang menjawab dengan tidak sesuai yaitu 8,1%

5.2.5.8 Pengetahuan Remaja Mengenai Jarak Antara Dua Kelahiran

Tabel 5.14

Distribusi Remaja Berdasarkan Kesesuaian Jawaban Mengenai Jarak Antara Dua Kelahiran pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Umur Perempuan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak sesuai	1758	59,6
Sesuai(=5 Tahun)	1194	40,4
Total	2953	100

Tabel 5.14 menunjukkan distribusi remaja terhadap pengetahuan tentang jarak antara dua kelahiran. Persentase remaja yang menjawab tidak sesuai yaitu 59,6% lebih tinggi jika dibandingkan dengan yang menjawab dengan benar bahwa jarak antara dua kehamilan sebaiknya =5 tahun adalah 40,4%.

5.2.5.9 Tingkat Pengetahuan Remaja Mengenai Keluarga Berencana dan Kehamilan

Tabel 5.15

Distribusi Remaja Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Mengenai Keluarga Berencana dan Kehamilan pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Tingkat Pengetahuan	Total	Persentase (%)
Rendah	1300	44
Baik	1653	56
Total	2953	100

Tabel 5.15 menunjukkan distribusi remaja dengan pengetahuan yang baik mengenai KB dan kehamilan adalah 56% lebih tinggi jika dibandingkan persentase remaja yang memiliki pengetahuan yang rendah yaitu 44%.

5.3 Distribusi Remaja Berdasarkan Faktor Pemungkin (*Enabling factors*)

Berikut akan dipaparkan hasil penelitian mengenai distribusi remaja berdasarkan faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yaitu akses terhadap informasi dari media cetak dan elektronik, keikutsertaan dalam organisasi remaja

di bidang kesehatan reproduksi remaja, keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan informasi dari sekolah.

5.3.1 Akses Terhadap Media Cetak dan Elektronik

Berikut akan dipaparkan hasil penelitian mengenai distribusi remaja berdasarkan keterpaparan informasi dari media cetak, televisi, dan radio. Kemudian skor dari ketiga jenis media tersebut akan dijumlahkan dan dibagi menjadi dua kelompok yaitu terpapar dengan baik dan kurang terpapar media.

5.3.1.1 Akses terhadap Media Cetak

Tabel 5.16
Distribusi Remaja Berdasarkan Akses Informasi Dari Media Cetak pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Informasi Media Cetak	Pernah membaca dalam 6 bulan terakhir				Total	
	Ya	%	Tidak	%	n	%
Penundaan Usia Kawin	354	12	2599	88	2953	100
Mencegah Kehamilan	674	22,8	2279	77,2	2953	100

Tabel 5.16 menunjukkan distribusi remaja yang tidak mendapatkan informasi penundaan usia kawin dari media cetak yaitu 88% lebih tinggi jika dibandingkan dengan yang mendapatkan informasi mengenai penundaan usia kawin dari media cetak yaitu 12%. Sedangkan persentase remaja yang remaja yang tidak mendapatkan informasi mencegah kehamilan dari media cetak yaitu 77,5%, lebih tinggi jika dibandingkan dengan yang mendapatkan informasi mencegah kehamilan dari media cetak yaitu 22,5%.

5.3.1.2 Akses terhadap Radio

Tabel 5.17
Distribusi Remaja Berdasarkan Akses Informasi Dari Radio pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Informasi Radio	Pernah mendengar dalam 6 bulan terakhir				Total	
	Ya	%	Tidak	%	N	%
Penundaan Usia Kawin	354	12	2599	88	2953	100
Mencegah Kehamilan	587	19,9	2365	80,1	2953	100

Tabel 5.17 menunjukkan distribusi remaja yang tidak mendapatkan informasi penundaan usia kawin yaitu dari radio yaitu 88%, lebih tinggi dibandingkan remaja yang mendapatkan informasi yaitu 12%. Sedangkan persentase remaja yang mendapatkan informasi mencegah kehamilan dari radio yaitu 19,9% lebih rendah dibandingkan remaja yang tidak mendapatkan informasi yaitu 80,1%.

5.3.1.3 Akses terhadap Televisi

Tabel 5.18
Distribusi Berdasarkan Akses Informasi dari Televisi pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Informasi Televisi	Pernah menonton dalam 6 bulan terakhir				Total	
	Ya	%	Tidak	%	N	%
Penundaan Usia Kawin	525	17,8	2428	82,2	2953	100
Mencegah Kehamilan	1151	39	1802	61	2953	100

Tabel 5.18 menunjukkan distribusi remaja yang tidak mendapatkan informasi mengenai penundaan usia kawin dari televisi yaitu 82,2% lebih tinggi

dibandingkan remaja yang mendapatkan informasi yaitu 17,8 %. Sedangkan persentase remaja yang tidak mendapatkan informasi mencegah kehamilan dari televisi sebanyak 61% lebih tinggi dibandingkan remaja yang mendapatkan informasi yaitu 39%.

5.3.1.4 Tingkat Keterpaparan Remaja Terhadap Informasi dari Media Cetak dan Elektronik

Tabel 5.19
Distribusi Keterpaparan Terhadap Informasi dari Media Cetak dan Elektronik pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Tingkat Keterpaparan	Total	Persentase (%)
Kurang	1919	65
Baik	1034	35
Total	2953	100

Tabel 5.19 menunjukkan distribusi remaja yang kurang terpapar informasi dari media cetak dan elektronik yaitu 65% lebih tinggi jika dibandingkan persentase remaja yang dengan baik terpapar informasi dari media cetak dan elektronik yaitu 35%.

5.3.2 Keikutsertaan terhadap Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja

Tabel 5.20
Distribusi Berdasarkan Kunjungan ke Organisasi Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Pernah Mengunjungi	Total	Persentase (%)
Tidak	2875	97,4
Ya	78	2,6
Total	2953	100

Tabel 5.20 menunjukkan distribusi remaja yang tidak pernah mengunjungi wadah/organisasi remaja yang membahas tentang kesehatan reproduksi yaitu 97,4% lebih tinggi dibandingkan remaja yang pernah mengunjungi adalah 2,6%.

5.3.3 Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat

Tabel 5.21

Distribusi Berdasarkan Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat yang Membahas Kesehatan Reproduksi Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Pernah Mengunjungi	Total	Persentase (%)
Tidak	2649	89,7
Ya	303	10,3
Total	2953	100

Tabel 5.21 menunjukkan distribusi remaja yang tidak pernah mengunjungi pertemuan masyarakat yang membahas kesehatan reproduksi yaitu 89,7%, lebih tinggi dibandingkan dengan yang pernah mengunjungi yaitu 10,3%

5.3.4 Informasi dari Sekolah

Berikut ini akan disampaikan hasil penelitian mengenai jenis informasi yang didapatkan dari sekolah. Setelah itu akan dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu mendapat informasi dengan baik dan kurang mendapat informasi dari sekolah .

5.3.4.1 Informasi Mengenai Kesehatan Reproduksi dari Sekolah

Tabel 5.22

Distribusi Remaja Berdasarkan Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Informasi Sekolah	Mendapat Informasi di Sekolah				Total	
	Ya	%	Tidak	%	N	%
Reproduksi Manusia	2292	77,6	660	22,4	2953	100
Mengatur Kehamilan	653	22,1	2299	77,9	2953	100

Tabel 5.22 menunjukkan distribusi remaja yang mendapatkan informasi mengenai sistem reproduksi manusia di sekolah adalah 77,6% lebih tinggi

dibandingkan persentase remaja yang tidak mendapatkan informasi yaitu 22,4%. Sedangkan persentase remaja yang mendapatkan informasi mengenai cara mengatur kehamilan di sekolah yaitu 77,9%, lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang mendapatkan informasi yaitu 221%.

5.3.4.2 Tingkat Keterpaparan Remaja terhadap Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah

Tabel 5.23

Distribusi Remaja Berdasarkan Tingkat Keterpaparan terhadap Informasi Kesehatan Reproduksi dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Tingkat Keterpaparan	Total	Persentase (%)
Kurang	629	21,3
Baik	2323	78,7
Total	2953	100

Tabel 5.23 menunjukkan distribusi remaja yang terpapar informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sekolah dengan baik adalah 78,7% lebih tinggi jika dibandingkan persentase remaja yang kurang terpapar informasi dari sekolah 21,3%.

5.4 Distribusi Niat KB berdasarkan Faktor Predisposisi

Berikut akan dipaparkan mengenai distribusi niat KB pada remaja berdasarkan faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan pengetahuan remaja mengenai KB dan kehamilan).

5.4.1 Umur

Tabel 5.24
Distribusi Niat KB Berdasarkan Umur pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Umur	Niat KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%			n	%
15-19	1041	53,8	893	46,2	1934	100	1,065	0,097
20-24	515	50,5	504	49,5	1019	100	(0,990-	
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100	1,146)	

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi umur remaja dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 53,8% remaja yang berumur 15-19 tahun yang niat KB, lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok umur 20-24 tahun yang niat KB yaitu 50,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,097, yang berarti tidak ada perbedaan distribusi niat KB pada kelompok umur 15-19 tahun dengan kelompok umur 20-24.

5.4.2 Jenis Kelamin

Tabel 5.25
Distribusi Niat KB Berdasarkan Jenis Kelamin pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Jenis Kelamin	Mendukung Program KB				Total		PR (CI 95%)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%			n	%
Laki-laki	615	35,4	1122	64,6	1737	100	0,457	0,0001
Perempuan	941	77,4	274	22,6	1215	100	(0,426-	
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100	0,490)	

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi jenis kelamin remaja dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 35,4% remaja yang berjenis kelamin laki-laki yang niat KB, lebih rendah jika dibandingkan dengan remaja perempuan yang niat KB yaitu 77,4%. Hasil uji

statistik diperoleh nilai p yaitu 0,0001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja laki-laki dan remaja perempuan. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,457 dengan 95% CI: 0,426-0,490. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja laki-laki 0,475 kali dibandingkan dengan prevalensi niat KB pada remaja perempuan.

5.4.3 Tingkat Pendidikan

Tabel 5.26
Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Remaja di Jawa Barat
Tahun 2007

Tingkat Pendidikan	Mendukung Program KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	587	45,2	713	54,8	1300	100	0,719	0,0001
Tinggi	969	58,7	683	41,3	1652	100	(0,660-0,783)	
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi tingkat pendidikan remaja dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 45,2% remaja yang berpendidikan rendah yang niat KB, lebih rendah jika dibandingkan remaja dengan pendidikan tinggi yang niat KB yaitu 58,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,0001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang berpendidikan rendah dengan remaja yang berpendidikan tinggi. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,719 dengan 95% CI: 0,660-0,783. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja berpendidikan rendah 0,719 kali dibandingkan prevalensi niat KB pada remaja yang berpendidikan tinggi.

5.4.4 Tempat Tinggal

Tabel 5.27
Distribusi Niat KB Berdasarkan Tempat Tinggal Remaja pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007

Tempat Tinggal	Mendukung Program KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Pedesaan	608	49,6	619	50,4	1227	100	0,902	0,004
Perkotaan	948	55	777	45	1725	100	(0,840 - 0,968)	
Total	1556	52,7	1396	47,3	2952	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi tempat tinggal remaja dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 49,6% remaja yang bertempat tinggal di pedesaan dan niat KB, lebih rendah dibandingkan remaja yang tinggal di perkotaan dan niat KB yaitu 55%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,004, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang bertempat tinggal di pedesaan dan perkotaan. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,902 dengan 95% CI: 0,840 - 0,968. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi yang niat KB pada remaja yang tinggal di pedesaan 0,902 kali dibandingkan prevalensi niat KB pada remaja yang tinggal di perkotaan.

5.4.5 Pengetahuan tentang KB dan Kehamilan

Tabel 5.28
Distribusi Niat KB Berdasarkan Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi dan KB pada Remaja di Jawa Barat 2007

Pengetahuan	Niat KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	494	38	806	62	1300	100	0,591	0,0001
Baik	1062	64,3	590	35,7	1652	100	(0,547-0,639)	
Total	1556	52,7	1396	47,3	2952	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi pengetahuan tentang KB dan kehamilan dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 38% remaja yang memiliki pengetahuan rendah dan niat KB, lebih rendah jika dibandingkan dengan remaja yang berpengetahuan baik dan tidak niat KB yaitu 64,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,0001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang tingkat pengetahuannya baik dengan remaja yang tingkat pengetahuannya rendah. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,591 dengan 95% CI: 0,547-0,639. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mengenai KB dan kehamilan 0,591 kali dibandingkan prevalensi niat KB pada remaja yang berpengetahuan baik.

5.5 Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor- Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Berikut akan dipaparkan hasil penelitian mengenai distribusi niat KB berdasarkan faktor- faktor pemungkin (akses terhadap informasi dari media cetak dan elektronik, keikutsertaan dalam organisasi remaja di bidang kesehatan reproduksi remaja, keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat, dan informasi dari sekolah).

5.5.1 Keterpaparan Terhadap Media Cetak dan Elektronik

Tabel 5.29

Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Remaja oleh Media Cetak dan Elektronik pada Remaja di Jawa Barat 2007

Paparan oleh Media	Niat KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%				
Kurang	888	46,3	1031	53,7	1919	100	0,716	0,0001
Baik	668	64,7	365	35,3	1033	100	(0,670-0,764)	
Total	1556	52,7	1396	47,3	2952	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi keterpaparan oleh media cetak dan elektronik dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan

sebanyak 46,3% remaja yang kurang terpapar oleh informasi dari media dan niat KB, lebih rendah jika dibandingkan dengan remaja yang terpapar dengan baik dan niat KB yaitu 64,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,0001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang kurang terpapar dan yang baik terpapar informasi dari media. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,716 dengan 95% CI: 0,670-0,764. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja yang kurang terpapar oleh informasi dari media cetak dan elektronik 0,716 kali prevalensi niat KB pada remaja yang terpapar informasi dengan baik.

5.5.2 Kunjungan ke Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja

Tabel 5.30
Distribusi Niat KB Berdasarkan Kunjungan Remaja ke Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) pada Remaja di Jawa Barat 2007

Mengunjungi Organisasi KRR	Niat KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Tidak	1511	52,6	1364	47,4	2857	100	0,911	0,435 (0,751-1,105)
Ya	45	57,7	33	42,3	78	100		
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi keikutsertaan remaja dalam organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 52,6% remaja yang tidak pernah datang ke organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dan niat KB, lebih rendah jika dibandingkan remaja yang mengunjungi organisasi remaja dan niat KB yaitu 57,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,435, yang berarti tidak ada perbedaan distribusi niat KB diantara remaja yang pernah dan yang tidak pernah mengunjungi mengunjungi organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

5.5.3 Keikutsertaan Dalam Pertemuan Masyarakat

Tabel 5.31

Distribusi Niat KB Berdasarkan Keikutsertaan Remaja Dalam Pertemuan Masyarakat yang Membahas Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Jawa Barat 2007

Keikutsertaan Pertemuan Masyarakat	Niat KB				Total		PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Tidak	1367	51,6	1282	48,4	2649	100	0,830	0,001
Ya	189	62,2	115	37,8	304	100	(0,755-0,913)	
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100		

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi keikutsertaan remaja dalam pertemuan masyarakat dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 51,6% remaja yang tidak mengikuti pertemuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi dan niat untuk Keluarga Berencana (KB) di masa depan, lebih rendah dibandingkan remaja yang ikut serta dalam pertemuan masyarakat dan niat KB yaitu 62,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB antara remaja yang tidak ikut dalam pertemuan masyarakat dengan remaja yang ikut pertemuan masyarakat pada remaja di Jawa Barat. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,830 dengan 95% CI: 0,755-0,913. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja yang tidak ikut serta dalam pertemuan masyarakat 0,830 kali prevalensi niat KB pada remaja yang datang ke pertemuan masyarakat.

5.5.4 Keterpaparan terhadap Informasi Dari Sekolah

Tabel 5.32
Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi Kesehatan Reproduksi
Dari Sekolah pada Remaja di Jawa Barat 2007

Peran Sekolah	Niat KB				Total	PR (95% CI)	Nilai p
	Ya		Tidak				
	n	%	n	%			
Tidak	280	44,5	349	55,5	629	100	0,811
Ya	1276	54,9	1048	45,1	2324	100	(0,737-0,891)
Total	1556	52,7	1397	47,3	2953	100	

Berdasarkan hasil analisis bivariat mengenai distribusi keterpaparan oleh informasi dari sekolah dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat didapatkan sebanyak 44,5% remaja yang kurang terpapar oleh informasi dari media dan memiliki niat KB, lebih rendah jika dibandingkan dengan remaja yang dengan baik terpapar informasi dari sekolah dan niat KB yaitu 54,9% . Hasil uji statistik diperoleh nilai p yaitu 0,0001, yang berarti ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang kurang terpapar informasi dengan remaja yang baik terpapar informasi dari sekolah. Selain itu didapatkan nilai *Prevalence Ratio* (PR) sebesar 0,811 dengan 95% CI: 0,737-0,891. Hal ini memiliki arti bahwa prevalensi niat KB pada remaja yang kurang terpapar oleh informasi tentang KB dari sekolah 0,811 kali prevalensi niat KB pada remaja yang terpapar informasi dari sekolah dengan baik.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Berikut akan dijelaskan mengenai pembahasan dari hasil penelitian mengenai distribusi niat KB dan distribusi niat KB berdasarkan faktor-faktor predisposisi dan faktor-faktor pemungkin.

6.1.1 Distribusi Niat KB pada Remaja

Niat remaja terhadap KB dalam penelitian ini adalah keinginan remaja menggunakan salah satu metode KB di masa depan ketika sudah menikah. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang niat KB yaitu 52,7%. Hasil ini lebih rendah jika dibandingkan dengan penelitian BKKBN (2009) pada remaja di Indonesia 2007 yang niat KB (66,62%), penelitian Nazif (1995) pada mahasiswi muslim FKM UI yang niat KB (77,67%), dan Tobing (1994) menemukan 56,1% niat KB. Namun lebih tinggi jika dibandingkan dengan hasil penelitian Andayani (2003) ditemukan 40,4% responden yang menyatakan niat KB.

Niat adalah prediktor terbaik perilaku. Namun niat belum tentu direalisasikan dalam bentuk perilaku. Ada faktor-faktor yang mempengaruhi niat untuk menjadi perilaku seperti sarana dan dukungan keluarga. Masih rendahnya niat terhadap KB dalam penelitian ini kemungkinan karena masih rendahnya pengetahuan responden tentang manfaat KB bagi keluarga. Sesuai dengan penelitian ini bahwa tingkat pengetahuan responden yang baik hanya 56% tidak jauh berbeda dengan yang tingkat pengetahuannya rendah yaitu 46%. Selain itu remaja belum banyak terpapar oleh informasi mengenai KB dari media, pertemuan masyarakat, dan organisasi remaja sesuai dengan penelitian ini bahwa remaja yang kurang terpapar media 65%, dan tidak menghadiri organisasi remaja dan pertemuan masyarakat masing- masing 97,4% dan 89,7%.

Metode yang paling diminati dari remaja yang niat KB dalam penelitian ini adalah pil KB (27%) sama dengan hasil penelitian Tobing (1994) yaitu pil (16,8). Sedangkan dalam penelitian Nazif (1995) mayoritas memilih sistem

kalender/ pantang berkala (54,7%). Sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa mayoritas remaja mengetahui tentang pil KB(90,6%) dibandingkan dengan alat kontrasepsi yang lain sehingga remaja di Jawa Barat cenderung memilih alat kontrasepsi tersebut

6.1.2 Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor Predisposisi

Berikut ini akan dijelaskan mengenai pembahasan hasil penelitian mengenai distribusi niat KB berdasarkan faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan tingkat pengetahuan).

6.1.2.1 Distribusi Niat KB Berdasarkan Umur

Pengalaman manusia akan terus meningkat sejalan dengan bertambahnya umur, kesempatan, dan tingkat kedewasaan. Pengalaman yang semakin banyak dan kemudian diolah akan meningkatkan pengetahuan. Namun bertambahnya pengalaman seseorang bukan berarti orang tersebut akan menjadi pribadi yang dewasa dan semakin mengetahui akan suatu hal. Sebanyak apapun pengalaman seseorang namun jika tidak disadari dan tidak dimengerti maka tidak akan memberikan manfaat (Sudarminta, 2010).

Hasil uji statistik antara kelompok umur dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat menghasilkan bahwa tidak ada perbedaan distribusi niat KB pada kelompok umur remaja awal dan remaja akhir. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh BKKBN (2009) di Indonesia tahun 2007 yang menemukan tidak ada perbedaan kelompok umur dengan niat KB pada remaja perempuan. Sedangkan pada remaja laki-laki ditemukan adanya perbedaan distribusi antara kelompok umur dengan niat KB di masa depan.

Menurut peneliti tidak adanya perbedaan distribusi niat KB diantara kelompok umur mungkin disebabkan karena tingkat pemahaman seseorang tidak bergantung pada umur seseorang. Bisa saja seseorang dengan umur yang lebih muda tetapi lebih memahami mengenai KB dibandingkan dengan seseorang yang lebih tua.

6.1.2.2 Distribusi Niat KB Berdasarkan Jenis Kelamin

Pemahaman bahwa KB hanya diperuntukan bagi perempuan mengganggu kelancaran program KB. Program KB akan berjalan sesuai dengan yang diharapkan ketika semua masyarakat sadar bahwa KB bukan hanya untuk perempuan. Laki-laki dapat berperan aktif dalam program KB karena sebenarnya ada metode KB bagi laki-laki diantaranya kondom, senggama terputus, pantang berkala, dan kontrasepsi mantap pria/ vasektomi (Manuaba, 2002).

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan niat KB remaja di Jawa Barat didapatkan bahwa proporsi remaja perempuan lebih banyak yang berniat KB di masa depan daripada remaja laki-laki. Dari hasil uji statistik, diketahui bahwa ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja dengan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Hasil penelitian ini sesuai dengan Andayani (2003) dan Tobing bahwa persentase keinginan ikut KB pada perempuan lebih tinggi daripada responden laki-laki namun tidak terdapat perbedaan distribusi yang bermakna.

Persepsi bahwa sasaran KB hanyalah untuk perempuan masih menjadi persoalan sampai saat ini. Laki-laki berpikir bahwa menggunakan alat kontrasepsi hanyalah urusan perempuan. Masih ada laki-laki yang beranggapan dengan menggunakan alat kontrasepsi akan menurunkan kejantanannya (Hawati, et al, 2001). Pandangan seperti ini bisa membuat remaja laki-laki menjadi takut untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah menikah nanti.

Perempuan lebih identik dengan istilah “dapur, sumur, kasur” yang artinya perempuan hanya mengurus kerja di rumah tangga mulai dari mengurus anak sampai mengurus suami (Hawati, et al, 2001). Berdasarkan penelitian BKKBN (2009) remaja laki-laki lebih menginginkan lebih banyak anak dibandingkan remaja perempuan sehingga laki-laki enggan memakai KB. Hal ini menurut peneliti disebabkan perempuan adalah orang yang melakukan pengasuhan dan membesarkan anak hingga dewasa sehingga perempuan lebih ingin memiliki jumlah anak yang sedikit dibandingkan pria yang hanya pergi mencari nafkah.

Menurut peneliti masih banyaknya laki-laki yang tidak peduli menggunakan alat kontrasepsi disebabkan oleh karena lebih variatifnya metode kontrasepsi bagi perempuan dibandingkan pria. Seperti kita ketahui alat kontrasepsi bagi pria yang

paling umum diketahui adalah kondom dan vasektomi. Walaupun sudah ditemukan suntik KB bagi pria namun ini belum populer di Indonesia. Persepsi ini harus diubah mengingat sasaran KB bukan hanya untuk perempuan saja tetapi kaum lelaki juga harus ikut berperan aktif dalam KB.

Perlu dilakukan promosi kesehatan seperti konseling, seminar, dan diskusi guna mengubah persepsi masyarakat tersebut. Penjelasan mengenai setiap metode KB dari mulai keuntungannya sampai efek samping harus disampaikan kepada remaja laki-laki dan perempuan. Jika remaja mengetahui mengenai KB dengan benar diharapkan mereka dapat memiliki persepsi yang positif sehingga dapat memilih salah satu metode yang tepat ketika sudah menikah.

6.1.2.3 Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan mengajarkan banyak jenis kemampuan dan nilai-nilai kepada seseorang sehingga membuka pikiran dalam menerima hal baru. Pendidikan mengajarkan bagaimana seseorang berfikir objektif sehingga dapat berfikir secara logis. Tingkat pendidikan seseorang berhubungan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi sehingga berpengaruh terhadap perubahan perilaku ke arah yang lebih baik (Soekanto, 2007).

Berdasarkan hasil uji statistik antara tingkat pendidikan responden dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB diantara remaja yang berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh BKKBN (2009) pada remaja di Indonesia tahun 2007 bahwa pendidikan memiliki hubungan dengan niat KB di masa depan. Responden yang berpendidikan tinggi lebih tinggi yang niat KB dibandingkan dengan responden yang berpendidikan rendah.

Menurut peneliti dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan dan wawasan akan semakin baik terutama tentang masalah-masalah yang mengancam saat ini. Jika wawasan dan pengetahuan baik maka kesadaran untuk berperilaku pun akan meningkat. Kesadaran akan masalah kependudukan membuat remaja dengan pendidikan tinggi lebih memilih untuk mendukung program KB dibandingkan dengan remaja yang tidak mengerti tentang masalah kependudukan. Kemungkinan lainnya menurut peneliti adalah remaja dengan pendidikan yang

tinggi akan mengejar cita-citanya seperti mengejar karir dan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, sehingga membuat remaja berencana menikah pada usia yang lebih tua dan memiliki sedikit anak dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan rendah, sehingga mereka lebih memilih menggunakan KB di masa depan agar dapat mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak mereka.

6.1.2.4 Distribusi Niat KB Berdasarkan Tempat Tinggal

Berdasarkan hasil uji statistik antara tempat tinggal responden dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB diantara responden yang tinggal di pedesaan dan di perkotaan. Persentase niat KB pada remaja yang tinggal di perkotaan lebih tinggi dibandingkan remaja pedesaan. Penelitian yang dilakukan BKKBN (2009) menyatakan hal yang sama dengan penelitian ini bahwa ada perbedaan distribusi niat KB berdasarkan tempat tinggal responden pada remaja di Indonesia.

Mungkin remaja di pedesaan tidak ingin ikut KB karena ingin memiliki banyak anak. Nilai anak di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Di pedesaan banyak orangtua yang berfikir bahwa anak adalah aset terpenting karena anak dapat membantu orangtua baik di dapur, ladang, sawah, kebun, mencari kayu, dan pekerjaan rumah lainnya. Selain itu masih tertanamnya keyakinan bahwa banyak anak banyak rejeki membuat orangtua berpikir untuk menambah jumlah anak. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh UNFPA (2008) di Papua remaja berpikir mereka harus memiliki banyak anak karena. Dengan banyak anak maka akan banyak yang membantu sehingga semua pekerjaan akan lebih cepat. Mungkin inilah yang orang bilang bahwa dengan banyak anak akan banyak rejeki, karena akan ada yang membantu pekerjaan orangtua. jika tidak mempunyai banyak anak maka tidak akan ada yang membantu bekerja dan keturunannya akan habis di masa depan Padahal tidak semudah yang dibayangkan untuk mengurus dan mendidik agar menjadi anak yang berkualitas sehingga dapat berguna di masa depan.

Pandangan di pedesaan bahwa perempuan hanya sebagai alat untuk meneruskan keturunan mungkin menjadi alasan sehingga mereka berpikir tidak perlu menggunakan KB. Perempuan yang tidak cepat menikah dianggap sebagai

perawan tua yang tidak laku. Ditambah lagi jika wanita tersebut berasal dari keluarga miskin, maka orangtua akan menyuruh anaknya cepat menikah agar tidak menjadi beban ekonomi keluarganya. Jika perempuan menikah pada usia yang muda maka kesempatan untuk hamil akan lebih banyak dibandingkan dengan wanita yang menikah di usia tua. (Hawati, et al, 2001).

6.1.2.5 Distribusi Niat KB Berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dapat mempengaruhi perilaku seseorang, karena semakin bertambahnya pengetahuan maka akan mendorong seseorang untuk mengubah perilaku hidupnya dalam keseharian agar menjadi lebih baik. Karena itulah dalam promosi kesehatan, aspek pengetahuan seseorang sering menjadi sasaran intervensi untuk perubahan perilaku. Pengetahuan merupakan faktor awal dari suatu perilaku yang diharapkan dan pada umumnya memiliki hubungan positif dengan perilaku. Selain itu, pengetahuan menimbulkan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Pengetahuan merupakan faktor dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. (Notoatmodjo, 2007)

Berdasarkan analisis hasil penelitian yang dilakukan di Provinsi Jawa Barat, ditemukan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB diantara remaja yang berpengetahuan baik dan berpengetahuan rendah. Persentase remaja yang berpengetahuan rendah dan niat KB lebih rendah dibandingkan remaja yang berpengetahuan baik dan niat KB sehingga mungkin remaja dengan pengetahuan baik lebih tinggi untuk niat KB dibandingkan dengan remaja yang berpengetahuan rendah.

Namun Tobing (1994) menemukan bahwa tidak adanya perbedaan distribusi antara pengetahuan responden dengan niat KB pada mahasiswa Universitas Indonesia. Menurutnya walaupun responden memiliki pengetahuan akan KB, namun mereka memiliki pendapat dan persepsi tersendiri sehingga perilaku mereka tidak sesuai dengan pengetahuan mereka. Mungkin berbeda dengan penelitian ini karena perbedaan karakteristik responden.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku dan dapat dirubah. Hal ini merupakan kesempatan untuk meningkatkan niat KB pada

remaja. Meningkatkan pengetahuan dapat dilakukan dalam berbagai cara. Namun agar dapat diterima dengan mudah harus menggunakan metode yang tepat guna. Remaja menyukai hal yang dinamis, tidak seperti ceramah yang hanya duduk dan mendengarkan. Promosi kesehatan dalam bentuk kelompok kecil seperti *simulation game* atau permainan simulasi, film, *role play* atau bermain peran, kelompok-kelompok kecil akan lebih menarik bagi remaja dibandingkan kelompok besar. Bisa juga mengadakan seminar atau pun ceramah namun dibuat agar suasana kondusif dan tidak terlalu tegang. Kegiatan ini dapat dibuat oleh remaja sendiri tidak harus oleh petugas kesehatan misalnya melalui karang taruna dan PIK-KRR. Dengan demikian remaja akan lebih merasa memiliki acara tersebut sehingga mereka akan serius dalam penerimaan informasi.

6.1.3 Distribusi Niat KB Berdasarkan Faktor Enabling

Berikut akan dibahas mengenai distribusi niat KB berdasarkan faktor-faktor pemungkin yaitu keterpaparan media, organisasi remaja kesehatan reproduksi, pertemuan masyarakat, dan informasi dari sekolah.

6.1.3.1 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi dari Media Cetak dan Elektronik

Alat bantu promosi di dalam penyuluhan kesehatan akan membantu dalam penyampaian intisari pesan kesehatan kepada masyarakat dengan jelas, dan menyenangkan. Dengan alat bantu promosi membuat seseorang menjadi mudah memproses ilmu yang ada di dalam alat tersebut sehingga mereka dapat memahami dan menghargai kesehatan mereka. Media sangat diperlukan dalam promosi kesehatan karena media dapat memperjelas informasi yang disampaikan. Selain itu dengan adanya media informasi menjadi mudah disampaikan pada semua khalayak. Dengan penggunaan media dapat menghindari kesalahan persepsi dan memperlancar komunikasi (Notoatmodjo, 2010).

Menurut (Santrock, 2007) remaja banyak menghabiskan waktunya untuk menonton televisi dibandingkan berkumpul dengan keluarganya dan belajar di kelas. Media yang memberikan pengaruh besar tidak hanya televisi tetapi radio,

CD, dan video musik. Membaca majalah dan buku cenderung meningkat saat remaja.

Berdasarkan hasil uji statistik antara keterpaparan responden terhadap informasi dari media cetak dan elektronik dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB diantara remaja yang terpapar informasi dengan baik dan kurang terpapar informasi dari media. Persentase remaja yang terpapar dengan baik dan niat KB lebih tinggi dibandingkan remaja yang dengan baik terpapar informasi dan tidak niat KB, sehingga kemungkinan remaja yang kurang terpapar informasi dari media lebih berpeluang untuk niat KB dibandingkan dengan remaja yang terpapar informasi dari media dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh BKKBN (2009) bahwa ada perbedaan distribusi keterpaparan media massa dengan niat KB di masa depan.

Di Indonesia masalah reproduksi jarang dibicarakan secara terbuka dalam keluarga. Remaja lebih merasa nyaman mendiskusikannya secara terbuka dengan sesama teman daripada dengan orang tua mereka sehingga remaja cenderung mencari informasi dari luar (UNFPA, 2008). Menurut peneliti dalam penelitian ini semakin sering responden mendapatkan paparan dari media cetak dan elektronik, dan semakin banyak jenis informasi yang didapatkan maka remaja akan semakin niat KB. Hal ini dikarenakan pengetahuan remaja akan meningkat dan dari media tersebut bisa terbentuk suatu persepsi yang positif mengenai KB sehingga mereka memiliki keinginan untuk KB di masa depan.

6.1.3.2 Distribusi Niat KB Berdasarkan Pernah Mengunjungi Organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

Pusat Informasi dan Komunikasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) merupakan Suatu wadah yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja dalam memperoleh informasi dan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi.

Berdasarkan hasil uji statistik antara pengalaman mengunjungi organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang pernah

mengunjungi dan tidak pernah mengunjungi organisasi remaja di bidang kesehatan reproduksi.

Hal ini sangat disayangkan karena tujuan program organisasi kesehatan reproduksi remaja atau KRR adalah meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi sehingga dapat meningkatkan kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga untuk meningkatkan kualitas generasi mendatang. Remaja perlu memiliki keterampilan dalam merencanakan kehidupannya di masa datang, kapan dia akan menikah, kapan mulai rencana punya anak dan akan punya anak berapa, semua perlu perencanaan (*Remaja Perlu*, 2010).

Tidak ada penelitian sebelumnya yang mengaitkan antara organisasi kesehatan reproduksi remaja dengan niat KB pada remaja, sehingga peneliti tidak dapat membandingkan dengan penelitian yang lain. Namun menurut peneliti, tidak adanya hubungan antara pernah mengunjungi organisasi kesehatan reproduksi remaja dengan niat KB dikarenakan materi yang disampaikan dalam pertemuan organisasi tersebut lebih kepada materi perilaku beresiko remaja seperti seksualitas, minuman keras, narkoba, bunuh diri dan bahaya penyakit Infeksi Menular Seksual, dibandingkan dengan informasi tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja.

Dari hasil ini maka dapat peneliti simpulkan bahwa perlu adanya peningkatan fungsi dari PIK-KRR dan juga perluasan area kerja agar dapat menjangkau semua wilayah. Selain itu materi mengenai masalah Keluarga Berencana menjadi topik yang utama untuk disampaikan kepada remaja. PIK KRR sudah terbentuk sejak tahun 2003, tetapi sampai saat ini belum terlihat manfaat dari keberadaan organisasi tersebut. Jumlah keikutsertaan remaja pada program ini masih sangat rendah. Menurut peneliti perlu adanya evaluasi program PIK-KRR untuk meninjau ulang kinerja pemerintah yang mengurus mengenai PIK KRR tersebut.

6.1.3.3 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keikutsertaan dalam Pertemuan Masyarakat

Berdasarkan hasil uji statistik antara keikutsertaan remaja dalam pertemuan masyarakat dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang mengikuti pertemuan masyarakat dan tidak mengikuti pertemuan masyarakat. Persentase remaja yang mengikuti pertemuan masyarakat dan niat KB lebih tinggi jika dibandingkan dengan persentase remaja yang mengikuti pertemuan masyarakat dan tidak niat KB. Hal ini didukung oleh penelitian BKKBN (2009) bahwa ada perbedaan distribusi niat KB berdasarkan keikutsertaan dalam pertemuan masyarakat.

Peran serta masyarakat dilakukan melalui peningkatan peranan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Adanya keikutsertaan masyarakat dalam memecahkan masalah kependudukan akan semakin menumbuhkan sikap dan perilaku masyarakat yang kondusif untuk mengatasi persoalan kependudukan. Remaja yang mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dan KB dengan melibatkan Tokoh Masyarakat (TOMA), Tokoh Agama (TOGA) dan Tokoh Daerah (TODA) lebih terpacu untuk berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang didapatkan. (Notoatmodjo, 2007)

Menurut peneliti hasil penelitian ini terjadi karena remaja masih menganggap tabu masalah kesehatan reproduksi sehingga mereka takut dan malu untuk membicarakan hal tersebut di dalam keluarga mereka. Mereka lebih segan membicarakan hal tersebut kepada ayah, ibu, dan kaka. Remaja lebih memilih untuk mendapat informasi dari tokoh masyarakat mereka melalui pertemuan masyarakat. Remaja yang terpapar pengetahuan dari masyarakat lebih mudah menerima dan memahami. Dengan adanya dukungan dan dorongan dari tokoh masyarakat maka akan timbul stimulus dalam diri remaja untuk memiliki keinginan KB di masa depan. Selain itu mungkin materi yang dibahas dalam pertemuan tersebut berkaitan dengan KB dan masalah kependudukan.

6.1.3.4 Distribusi Niat KB Berdasarkan Keterpaparan Informasi dari Sekolah

Pendidikan kesehatan sekolah yang masuk ke dalam pengajaran di kelas atau kurikulum dapat dikembangkan agar siswa sekolah meningkatkan kesadaran

terhadap kesehatan. Kurikulum sekolah dapat disusun untuk memotivasi siswa untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan mengurangi perilaku beresiko pada masalah kesehatan. Pendidikan sekolah dapat menjadi metode yang paling efektif untuk mengurangi masalah kesehatan karena sekolah adalah tempat dimana anak-anak dan remaja banyak menghabiskan waktu. Selain itu pemberian materi yang berulang dari sejak dini akan lebih melekat dalam diri siswa (McKenzie et al, 2007)

Berdasarkan hasil uji statistik antara keterpaparan responden terhadap informasi dari sekolah dengan niat KB pada remaja di Jawa Barat, didapatkan bahwa ada perbedaan distribusi niat KB pada remaja yang terpapar informasi dengan baik dan remaja yang kurang terpapar informasi. Persentase remaja yang terpapar dengan baik dan niat KB lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang dengan kurang terpapar informasi dari sekolah dan niat KB, sehingga ada kemungkinan remaja yang terpapar informasi lebih berpeluang untuk niat KB dibandingkan remaja yang kurang terpapar. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh BKKBN (2009) bahwa perbedaan distribusi niat KB dengan tingkat keterpaparan informasi dari sekolah mengenai kesehatan reproduksi dan KB. Semakin banyak informasi yang didapat di sekolah maka remaja lebih berpeluang untuk niat KB.

Remaja yang mendapatkan pendidikan tentang informasi kesehatan reproduksi dan KB di sekolah lebih banyak belajar dibandingkan remaja yang tidak mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dan KB di sekolah. Belajar adalah suatu kegiatan yang akan menghasilkan perubahan baik yaitu peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku. Dengan meningkatnya pengetahuan maka seseorang akan berfikir dan memahami akan baik buruknya objek tersebut. Pada akhirnya seseorang tersebut akan memilih untuk berperilaku atau tidak sesuai pengetahuan dan persepsi orang tersebut (Notoatmodjo,2007).

Metode dan penyajian kurikulum pendidikan kesehatan di sekolah terbagai menjadi tiga jenis yaitu pengajaran langsung, pengajaran terkorelasi, dan pengajaran terpadu. Pengajaran langsung adalah dengan menugaskan perawat sekolah atau guru yang terlatih di bidang kesehatan untuk menerangkan kepada siswa misalnya mengenai topik penyiapan keluarga berencana bagi remaja, dan

keuntungan dari keluarga berencana. Pengajaran terkorelasi adalah dengan memadukan materi sekolah dengan materi kesehatan, misalnya memasukan tentang manfaat keluarga berencana pada pelajaran biologi pada sub bab kesehatan reproduksi manusia. Pengajaran terpadu adalah dengan menjadikan salah satu mata pelajaran sebagai media untuk mengajarkan mata ajaran yang lain, misalnya mata pelajaran Bahasa Indonesia menugaskan siswanya untuk menulis esai mengenai masalah kesehatan (McKenzie et al, 2007).

Ketiga metode diatas sudah diterapkan pada sistem pendidikan Indonesia untuk menyelipkan mata ajaran mengenai KB. Namun perlu ditingkatkan karena persentase remaja di Jawa Barat yang mendapatkan informasi mengenai mencegah kehamilan masih rendah yaitu 22,1 % dibandingkan informasi mengenai kesehatan reproduksi yaitu 77,6%

6.2 Keterbatasan Penelitian

Berikut akan dijelaskan mengenai keterbatasan penelitian dari segi desain penelitian, variabel penelitian, dan kualitas data.

6.2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* sehingga memiliki kelemahan yaitu data yang diperoleh dilakukan secara bersamaan sehingga tidak cukup kuat digunakan untuk menilai suatu hubungan sebab akibat (*causal effect*) terjadinya niat KB. Penelitian ini hanya dapat menggambarkan distribusi antara variabel independen dan dependen.

6.2.2 Variabel Penelitian

Secara teori banyak faktor-faktor yang berhubungan dengan timbulnya niat KB pada remaja. Namun variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang terdapat dalam kerangka konsep. Selain itu karena peneliti menggunakan data sekunder Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesian (SKRRI) 2007 sehingga peneliti hanya mengambil variabel yang ada di dalam penelitian tersebut.

6.2.3 Kualitas Data

Karena penelitian ini menggunakan data sekunder peneliti tidak mengetahui bagaimana kondisi wawancara saat di lapangan. Kualitas data dari wawancara tergantung dari pewawancara. Selain itu kualitas data tergantung dari daya tangkap dan persepsi responden dalam memahami pertanyaan dan memberikan jawaban. Ada beberapa data yang tidak lengkap dalam penelitian ini sehingga peneliti mengeluarkan data tersebut dari penelitian sesuai kriteria inklusi yaitu peneliti hanya mengambil responden yang menjawab pertanyaan P213. Pengumpulan data bersifat subjektif sehingga informasi yang diperoleh tergantung dari kejujuran responden. Selain itu adanya *recall bias* pada responden ketika diajukan pertanyaan yang harus mengingat kejadian di masa lampau.



BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dalam penelitian ini, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Persentase remaja yang niat KB adalah 52,7%.
2. Distribusi remaja berdasarkan faktor predisposisi sebagian besar remaja berumur 15-19 tahun (65,5%), laki-laki (58,9%), berpendidikan tinggi (56%), perkotaan (58,4%), dan berpengetahuan baik tentang KB dan Kehamilan(56%).
3. Distribusi remaja berdasarkan faktor pemungkin sebagian besar kurang terpapar informasi dari media cetak dan elektronik(65%), tidak pernah mengunjungi organisasi Kesehatan Reproduksi Remaja (97,4%), tidak pernah mengunjungi pertemuan masyarakat yang membahas kesehatan reproduksi (89,7%), dan terpapar informasi dari sekolah dengan baik (78,7%).
4. Distribusi niat KB berdasarkan faktor predisposisi didapatkan bahwa adanya perbedaan distribusi niat KB berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan pengetahuan. Namun tidak ada perbedaan distribusi niat kb berdasarkan umur remaja. Prevalensi niat KB pada remaja laki-laki 0,475 (95% CI: 0,426-0,490) kali dibandingkan remaja perempuan. Prevalensi niat KB pada remaja dengan tingkat pendidikan rendah 0,719 (95% CI: 0,660-0,783) kali dibandingkan remaja berpendidikan tinggi. Prevalensi niat KB pada remaja yang tinggal di pedesaan 0,902 (95% CI: 0,840 -0,968) kali dibandingkan remaja perkotaan. Prevalensi niat KB pada remaja berpengetahuan rendah 0,591 (95% CI: 0,547-0,639) kali dibandingkan remaja berpengetahuan baik.
5. Distribusi niat KB berdasarkan faktor pemungkin didapatkan bahwa adanya perbedaan distribusi niat KB berdasarkan keterpaparan media, pertemuan masyarakat, dan peran sekolah. Namun tidak ada perbedaan distribusi niat KB berdasarkan kunjungan ke organisasi remaja. Prevalensi

niat KB pada remaja yang kurang terpapar oleh media 0,716 (95% CI: 0,670-0,764) kali dibandingkan remaja yang terpapar dengan baik. Prevalensi niat KB pada remaja yang tidak menghadiri pertemuan masyarakat 0,830 (95% CI: 0,755-0,913) kali dibandingkan dengan remaja yang menghadiri pertemuan masyarakat. Prevalensi niat KB pada remaja yang kurang mendapatkan informasi dari sekolah 0,811 (95% CI: 0,737-0,891) kali dibandingkan remaja yang terpapar informasi dengan baik.

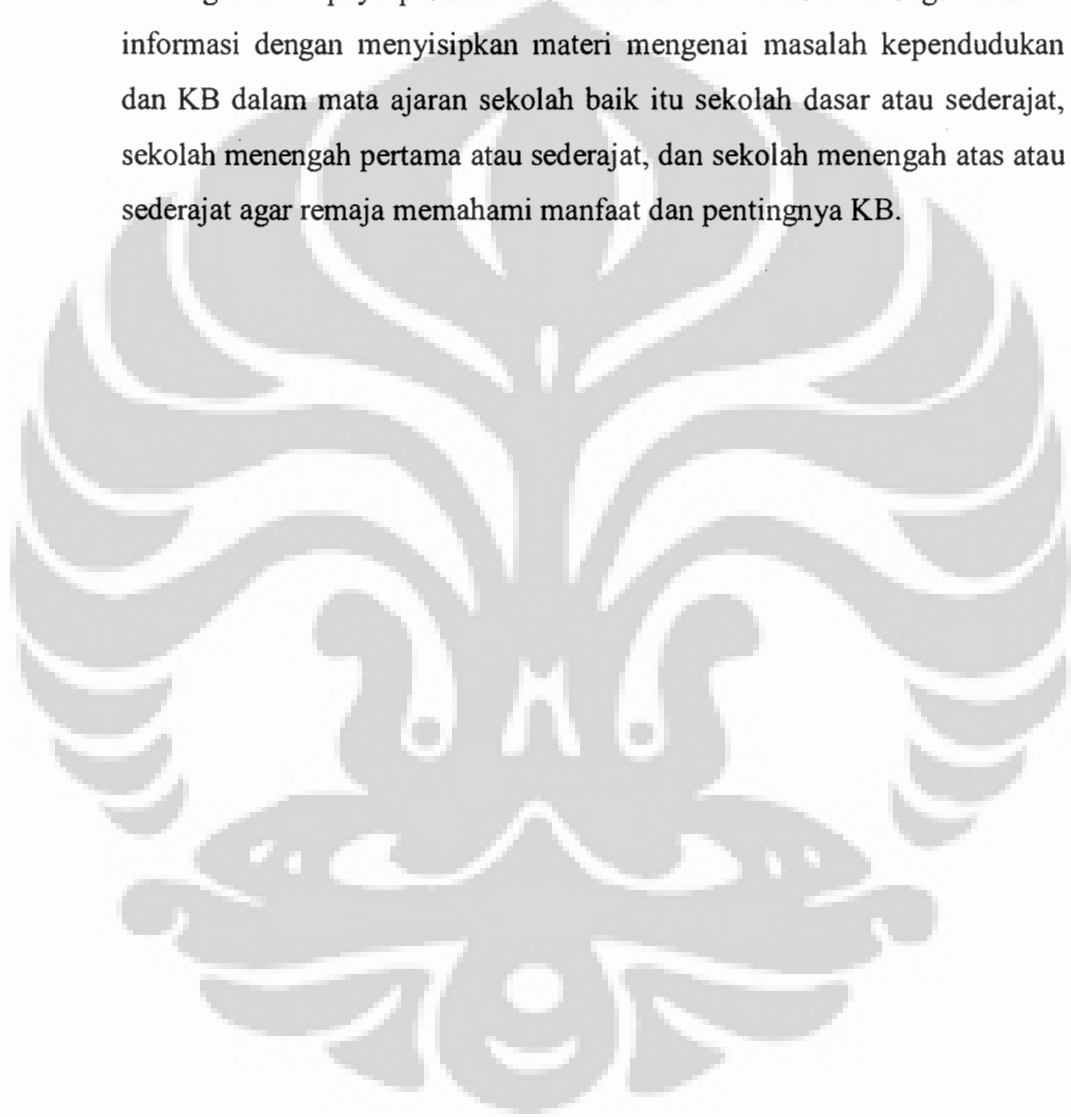
7.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada bab-bab sebelumnya terdapat pendapat peneliti yang dapat menjadi saran bagi pihak yang terkait dengan niat Keluarga Berencana pada remaja khususnya pemerintah yang bertanggung jawab dalam program antara lain:

1. Peningkatan upaya promosi kesehatan dalam bentuk komunikasi, informasi, edukasi kepada remaja mengenai Keluarga Berencana dalam bentuk bermain peran, kelompok kecil, konseling, penyuluhan, seminar, dan ceramah baik oleh petugas kesehatan, pendidik sebaya, dan tokoh masyarakat karena masih sedikit remaja yang niat KB.
2. Peningkatan promosi kesehatan dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai KB dengan sasaran remaja yang berpendidikan rendah karena masih rendahnya niat KB pada remaja yang berpendidikan rendah. Selain itu promosi mengenai KB yang intensif di pedesaan karena masih sedikit remaja di pedesaan yang niat untuk KB.
3. Meningkatkan promosi kesehatan mengenai KB melalui media cetak dan elektronik dengan bekerja sama dengan pihak swasta seperti di televisi, radio, koran, majalah, dan website agar remaja lebih sering terpapar oleh informasi mengenai KB.
4. Meningkatkan fungsi dari PIK-KRR dengan baik dalam memberikan informasi dan konseling bagi remaja khususnya mengenai Persiapan Kehidupan Keluarga Berencana Remaja (PKBR) sehingga remaja dapat mengetahui, memahami, dan menyadari pentingnya Keluarga Berencana sehingga mau melaksanakannya. Selain itu perlu adanya evaluasi program

karena program ini sudah berjalan sejak tahun 2003 namun ternyata keikutsertaan remaja masih kurang.

5. Perlu dilakukan promosi mengenai KB yang intensif pada remaja laki-laki karena masih sedikit remaja laki-laki yang berniat KB di masa depan. Namun perempuan pun tetap menjadi sasaran promosi.
6. Meningkatkan upaya promosi kesehatan melalui sekolah sebagai sumber informasi dengan menyisipkan materi mengenai masalah kependudukan dan KB dalam mata ajaran sekolah baik itu sekolah dasar atau sederajat, sekolah menengah pertama atau sederajat, dan sekolah menengah atas atau sederajat agar remaja memahami manfaat dan pentingnya KB.



DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi , A. & Sholeh, M. (2005). Psikologi Perkembangan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Andayani, Siti (2003). Gambaran Karakteristik, Pengetahuan, dan Sikap terhadap Niat Ikut Keluarga Berencana (studi kasus pada Pengururs Lembaga Dakwah Kampus Nuansa Islam Mahasiswa Universitas Indonesia periode 2002/2003). Depok: Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Arief. (2011, 12 8). PKBR Perlu Penanganan Serius. Diakses 12 13, 2011, from BKKBN: <http://www.bkkbn.go.id/berita/Pages/-PKBR-Perlu-Penanganan-Serius.aspx>
- Bankole,A.,Rodrígueza,G.,Westoff C.F. (1996). Mass media messages and reproductive behaviour in Nigeria. *Journal of Biosocial Science* , 227-239 diakses 7 Desember 2011 <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract.jsessionid=217D5CD22A6D555B17B6744FAE3F38FA.journals?fromPage=online&aid=1641660>.
- BAPPENAS. (2010). BAPPENAS.Buku RPJMN 2010-2014. Diakses November 19, 2011, from Buku RPJMN 2010-2014: www.bappenas.go.id/get-file-server/node/8942/
- _____. (a). (2010, (n.d). Kependudukan Menjadi Rebutan. Diakses Desember 18, 2011, dari Perpustakaan BAPPENAS: perpustakaan.bappenas.go.id/lontar/file?file=digital/96802-%5B
- BKKBN. (2009). Analisa lanjut SDKI 2007 : Keinginan Remaja untuk Ber-KB dan Jumlah Anak yang Diinginkan di Masa yang Akan Datang. Jakarta: Penerbit KB dan Kesehatan Reproduksi , BKKBN
- _____. (2010). Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, BKKBN.
- _____. (a) . (2010). Rencana Strategis Pembangunan Kependudukan dan Keluarga Berencana Tahun 2010-2014. Jakarta: BKKBN..
- BPS dan Macro International 2007. (2008). Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia2007. Calvertoon, Maryland: BPS dan Macro International 2007.
- _____. (2008). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia2007. Calvertoon, Maryland: BPS dan Macro International 2007

- BPS. (2010). Hasil Sensus Penduduk. Diakses November 22, 2011, from BPS <http://www.bps.go.id/aboutus.php?sp=1>
- Clermont,A., Pontecorvo, C., Resnick, L., Zittoun, T., Burge. (2004). JOINING SOCIETY, Social Interaction and Learning in Adolescence and Youth. New York akses 4 Desember 2011: Cambridge University Press
- Curtis G. B.,& Scuhler J. (2000). Kehamilan diatas Usia 30. Yasmin Asih. Jakarta: Arcan.
- DEPKES, RI. (1994). Buku Pedoman Petugas Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Geldard, K. G. (2004). Counselling Adolescents. London: SAGE.
- Green, L. et al. (1980). Health Education Planning A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publising Company.
- Gunarsa, S. (2008). Psikologi Perkembangan Anaka, Remaja dan Keluarga. Jakarta: BPK Gunung Mulia.
- Gupta, N., Katende, C., dan Bessinger, R. (2003). Association of mass media exposure on family planning attitudes and practices in Uganda. North Carolina [pdf.usaid.gov/pdf docs/PNADA383.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA383.pdf): Measure Evaluation Project.
- Hartanto, H. (1996). Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Hartawan, T. (2011, Juli 14). TEMPO. Diakses Desember 8, 2011, from Penduduk Indonesia Masuk Peringkat 4 Dunia: <http://www.tempo.co/read/news/2011/07/14/173346495/Penduduk-Indonesia-Masuk-Peringkat-4-Dunia>
- Hawati, et al. (2001). Sketsa Kesehatan reproduksi Perempuan Desa: Pengalaman Pendampingan. Malang: Yayasan Pengembangan Pedesaan .
- Henderson dan Jones. (2006). Buku Ajar Konsep Kebidanan(Ria Anjarwati, Renata Komalasari, dan Dian Adiningsih, Penerjemah). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hurlock, E. (1973). Adolescent Development. Tokyo: Mc Graw Hill Kogakusha, Ltd.
- Indarini, N. (2011, Mei 18). Menikah Ideal Usia 20-35 untuk Wanita & 25-40 untuk Pria . Diakses November 29, 2011, from detikNews:

<http://www.detiknews.com/read/2011/05/18/064537/1641322/10/menikah-ideal-usia-20-35-untuk-wanita-25-40-untuk-pria>

Kanopi FE UI. (2010, Mei 31). Window of Opportunity Peluang Tantangan dan Bagaimana Memanfaatkannya. Dipetik 18 Desember, 2011, dari KAJIAN EKONOMI DAN PEMBANGUNAN INDONESIA FE UI <http://kanopi-feui.blogspot.com/2010/05/window-of-opportunity-peluang-tantangan.html>

Kapiga S.et al. (1999). Reproductive Knowledge, and Contraceptive Awareness and Practice Among Secondary School Pupils in Bagamoyo and Dar es Salaam, Tanzania. INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES UNIVERSITY OF DAR-ES-SALAAM , 35-36 <http://www.fiuc.org/esap/DAR/DAR11/General/kopoka1.pdf> 28 november 2011.

Laju Pertumbuhan Penduduk 4,5 Juta Jiwa. (2011, Februari 28). Diakses November 14, 2011, from KOMPAS: <http://nasional.kompas.com/read/2011/02/28/16552742/Laju.Pertumbuhan.Penduduk.4.5.Juta.Jiwa>

Makhfudli, F. E. (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Manuaba. (2002). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta: Arcan.

Mardiya. (2011, (n.d)). Menggugah Kepedulian Remaja Terhadap Permasalahan Kependudukan di Indonesia. Diakses November 14, 2011, from Kabupaten Kulon Progo: www.kulonprogokab.go.id/.../getfile.php?...REMAJA-TERHADAP

Mbunda, W. (1999). Tanzania Family Planning IEC KAP Survey. INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES UNIVERSITY OF DAR-ES-SALAAM , 33-34 diakses 28 november 2011 <http://www.fiuc.org/esap/DAR/DAR11/General/kopoka1.pdf>

McKenzie et al. (2007). Kesehatan Masyarakat suatu Pengantar(Ed.4) (Atik Utami, Nova S., Iin Nurlinawati). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Nazif, Muhammad (1995). Studi Tentang Sikap dan Niat Berperilaku Mahasiswi Muslim di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok: Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Notoatmodjo, S. (2007). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. (2010). Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Remaja Perlu Ikut KB. (2010, April 19). Diakses November 29, 2011, from Bataviase: <http://bataviase.co.id/node/175470>
- Rumini, S. dan Sundari, S. (2004). Perkembangan Anak dan Remaja. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sabri dan Hastono. (2006). Statistik Kesehatan. Jakarta: Raja Grafindo.
- Santrock, John. (2007). REMAJA (10th ed.)(Benedictine Widyasinta). Jakarta: Erlangga.
- _____. (1998). Adolescence (7th Ed). United States: Mc Graww Hill Companies, Inc
- Sinclair, C. (2010). Buku Saku Kebidanan (Renata Komalasari). Jakarta: Buku Penerbit Kedokteran EGC.
- Sisvosuharjo, S. dan Chakrawati, F. (2010). Panduan Super Lengkap Hamil Sehat. Semarang: Penebar Plus.
- Soekanto, S. (2007). SOSIOLOGI Suatu Pengantar. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Stycos, J. (2000). Adolescent attitudes toward family size in India. DEMOGRAPHY INDIA , 85-87 (16 Desember 2011) http://www.ponline.org/ics-wpd/exec/icswppro.dll?BU=http%3A%2F%2Fwww.ponline.org%2Fics-wpd%2Fexec%2Ficswppro.dll&QF0=DocNo&QI0=155522&TN=Popline&AC=QBE_QUERY&MR=30&DL=1&&RL=1&&RF=LongRecordDisplay&DF=LongRecordDisplay.
- Sudarminta, J. (2010). Epistemologi Dasar Pengantar Filsafat Pengetahuan. Yogyakarta: Kanisius.
- Sulistiyawati, A. (2011). Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Salemba Medika.
- Syarief, Sugiri. (2010, (n.d). KETERPADUAN PEMBANGUNAN. Diakses November 26, 2011, from BKKBN Sulawesi Tenggara: sultra.bkkbn.go.id/unduh/program/43/

- Terry, D., et al. (1993). *The Theory Of Reasoned Action; Its Application to AIDS-Preventive Behaviour*. New York: Pergamon Press.
- Tobing, Hesti. (1994). *Pengetahuan, sikap, dan Niat Berperilaku Mahasiswa Universitas Indonesia Angkatan 1993 Terhadap Keluarga Berencana*. Depok: Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- UNFPA. (2008). *Analisis Situasi Keluarga Berencana di Papua dan Papua Barat*. Jakarta: UNFPA.
- UU NO. 52 Tahun 2009. Diakses November 26, 2011, from UU NO. 52 Tahun 2009: www.depdagri.go.id/media/documents/2009/.../UU_No.52-2009.doc
- WHO/RHR, (. H. (2007). *INFO Project Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Baltimore and Geneva: WHO.
- World Bank. (2009). *Argentine youth : an untapped potential*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 53 /H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : Ijin penelitian dan menggunakan data

2 Januari 2012

Kepada Yth.
Bapak Fauzan Al Fikri, SH, MKM
Kepala Puslitbang KB & KR BKKBN
Jl. Permata No.1
Halim Perdanakusuma
Jakarta Timur

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:


Nama : Rizka Panji Hidayaty
NPM : 0806336936
Thn. Angkatan : 2008/2009
Peminatan : Epidemiologi


Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Distribusi Niat Terhadap Keluarga Berencana (KB) Pada Remaja di Jawa Barat Tahun 2007 (Analisis Data Sekunder Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007)*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Epidemiologi dinomor telp. (021) 78849031.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI
Wakil Dekan,


Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002



Tembusan:

- Pembimbing Skripsi
- Arslp

Distribusi niat..., Rizka Panji Hidayaty, FKM UI, 2012

Output SPSS

niatmaukb1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK MENJAWAB YA	1397	47.3	47.3	47.3
	YA	1556	52.7	52.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Future method

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Female Sterilization	8	.3	.5	.5
	Male Sterilization	21	.7	1.4	1.9
	Pill	420	14.2	27.0	28.9
	IUD	26	.9	1.7	30.5
	Injections	294	10.0	18.9	49.5
	Implants	6	.2	.4	49.8
	Condom	339	11.5	21.8	71.6
	Rhythm, periodic abstinence	18	.6	1.1	72.7
	Withdrawal	5	.2	.3	73.1
	Other	12	.4	.7	73.8
	DK	408	13.8	26.2	100.0
	Total	1556	52.7	100.0	
Missing	System	1397	47.3		
Total		2953	100.0		

Kelompok Umur remaja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-19	1019	34.5	34.5	34.5
	20-24	1934	65.5	65.5	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	1738	58.9	58.9	58.9
	Perempuan	1215	41.1	41.1	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

tingkatpendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	1300	44.0	44.0	44.0
	tinggi	1652	56.0	56.0	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Tempat_Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pedesaan	1228	41.6	41.6	41.6
	Perkotaan	1725	58.4	58.4	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

kelompokagama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	2893	98.0	98.0	98.0
	Non Islam	60	2.0	2.0	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

PENGETAHUAN

pengmasasubur1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	tidak sesuai	1136	38.5	38.5	38.5
	benar	1816	61.5	61.5	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengdapatamil2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	1286	43.5	43.5	43.5
	benar	1667	56.5	56.5	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengtubek3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	1905	64.5	64.5	64.5
	Tahu	1047	35.5	35.5	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengvasek4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	2452	83.0	83.0	83.0
	Tahu	501	17.0	17.0	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengpil5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	277	9.4	9.4	9.4
	Tahu	2676	90.6	90.6	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengiud6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	1533	51.9	51.9	51.9
	Tahu	1419	48.1	48.1	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengsuntik7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	372	12.6	12.6	12.6
	Tahu	2580	87.4	87.4	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengsusuk8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	1897	64.3	64.3	64.3
	Tahu	1055	35.7	35.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengkondom9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	200	6.8	6.8	6.8
	Tahu	2753	93.2	93.2	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengintravag10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	2502	84.7	84.7	84.7
	Tahu	451	15.3	15.3	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengmal11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	2467	83.5	83.5	83.5
	Tahu	486	16.5	16.5	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengpantang12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	2029	68.7	68.7	68.7
	Tahu	924	31.3	31.3	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengsenggama13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	1900	64.4	64.4	64.4
	Tahu	1052	35.6	35.6	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengkondar14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	2400	81.3	81.3	81.3
	Tahu	552	18.7	18.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengnikahcewe15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	1335	45.2	45.2	45.2
	benar	1618	54.8	54.8	100.0

pengnikahcewe15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	1335	45.2	45.2	45.2
	benar	1618	54.8	54.8	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengnikahcowo16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	451	15.3	15.3	15.3
	benar	2502	84.7	84.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengtentukananak17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	238	8.1	8.1	8.1
	benar	2714	91.9	91.9	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengjarakhamil18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sesuai	1758	59.6	59.6	59.6
	benar	1194	40.4	40.4	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

pengceweanak19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	646	21.9	21.9	21.9
	1.00	2307	78.1	78.1	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
JUMLAH PENGETAHUAN	2953	1.00	19.00	9.9284	3.25900
Valid N (listwise)	2953				

KELOMPOK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RENDAH	1300	44.0	44.0	44.0
	EAIK	1653	56.0	56.0	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

MEDIA

bacatundakawin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2599	88.0	88.0	88.0
	Ya	354	12.0	12.0	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

bacacegahamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2279	77.2	77.2	77.2
	Ya	674	22.8	22.8	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

dengartundakawin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	2599	88.0	88.0	88.0

Ya	354	12.0	12.0	100.0
Total	2953	100.0	100.0	

dengarcegahamil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	2365	80.1	80.1	80.1
Ya	587	19.9	19.9	100.0
Total	2953	100.0	100.0	

nontontundakawin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	2428	82.2	82.2	82.2
Ya	525	17.8	17.8	100.0
Total	2953	100.0	100.0	

nontoncegahamil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak	1802	61.0	61.0	61.0
Ya	1151	39.0	39.0	100.0
Total	2953	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
JUMLAHMEDIA	2953	.00	6.00	1.2340	1.47111
Valid N (listwise)	2953				

KELOMMEDIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang	1919	65.0	65.0	65.0

Baik	1034	35.0	35.0	100.0
Total	2953	100.0	100.0	

mengunjungi pikrr

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	2875	97.4	97.4	97.4
	YA	78	2.6	2.6	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

mengunjungi imasy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	2649	89.7	89.7	89.7
	YA	303	10.3	10.3	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

sekolah sistem repro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	660	22.4	22.4	22.4
	YA	2292	77.6	77.6	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

sekolahaturhamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK	2299	77.9	77.9	77.9
	YA	653	22.1	22.1	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
JUMLAHSEKOLAH	2953	.00	2.00	.9977	.65118
Valid N (listwise)	2953				

KELOMSEKOLAH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG	629	21.3	21.3	21.3
	BAIK	2323	78.7	78.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

Future method

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Female Sterilization	8	.3	.5	.5
	Male Sterilization	21	.7	1.4	1.9
	Pill	420	14.2	27.0	28.9
	IUD	26	.9	1.7	30.5
	Injections	294	10.0	18.9	49.5
	Implants	6	.2	.4	49.8
	Condom	339	11.5	21.8	71.6
	Rhythm, periodic abstinence	18	.6	1.1	72.7
	Withdrawal	5	.2	.3	73.1
	Other	12	.4	.7	73.8
	DK	408	13.8	26.2	100.0
	Total	1556	52.7	100.0	
Missing	System	1397	47.3		
Total		2953	100.0		

niatumurnikah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk sesuai	481	16.3	16.3	16.3
	sesuai	2472	83.7	83.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

niatumurnikanak3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk sesuai	1191	40.3	40.3	40.3
	sesuai	1762	59.7	59.7	100.0
	Total	2953	100.0	100.0	

OUTPUT BIVARIAT

Kelompok Umur remaja * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
Kelompok Umur remaja	15-19	Count	504	515	1019
		% within Kelompok Umur remaja	49.5%	50.5%	100.0%
	20-24	Count	893	1041	1934
		% within Kelompok Umur remaja	46.2%	53.8%	100.0%
Total		Count	1397	1556	2953
		% within Kelompok Umur remaja	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.892 ^a	1	.089		
Continuity Correction ^b	2.761	1	.097		
Likelihood Ratio	2.890	1	.089		
Fisher's Exact Test				.096	.048
Linear-by-Linear Association	2.891	1	.089		
N of Valid Cases	2953				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 482,07.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kelompok Umur remaja (15-19 / 20-24)	1.141	.980	1.328
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.071	.990	1.159
For cohort niatmaukb1 = YA	.939	.872	1.010
N of Valid Cases	2953		

Jenis_Kelamin * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	1122	615	1737
		% within Jenis_Kelamin	64.6%	35.4%	100.0%
Perempuan	Count	Count	274	941	1215
		% within Jenis_Kelamin	22.6%	77.4%	100.0%
Total		Count	1396	1556	2952

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	1122	615	1737
		% within Jenis_Kelamin	64.6%	35.4%	100.0%
	Perempuan	Count	274	941	1215
		% within Jenis_Kelamin	22.6%	77.4%	100.0%
Total		Count	1396	1556	2952
		% within Jenis_Kelamin	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	506.965 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	505.280	1	.000		
Likelihood Ratio	528.700	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	506.794	1	.000		
N of Valid Cases	2952				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 574,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis_Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	6.266	5.304	7.402
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	2.864	2.566	3.197

For cohort niatmaukb1 = YA	.457	.426	.490
N of Valid Cases	2952		

tingkatpendidikan * niatmaukb1

tingkatpendidikan * niatmaukb1 Crosstabulation

		niatmaukb1		Total
		TIDAK MENJAWAB YA	YA	
tingkatpendidikan rendah	Count	713	587	1300
	% within tingkatpendidikan	54.8%	45.2%	100.0%
tingkatpendidikan tinggi	Count	683	969	1652
	% within tingkatpendidikan	41.3%	58.7%	100.0%
Total	Count	1396	1556	2952
	% within tingkatpendidikan	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	53.210 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	52.670	1	.000		
Likelihood Ratio	53.319	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	53.192	1	.000		
N of Valid Cases	2952				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 614,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for tingkatpendidikan (rendah / tinggi)	1.723	1.488	1.996
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.327	1.230	1.431
For cohort niatmaukb1 = YA	.770	.716	.828
N of Valid Cases	2952		

Tempat_Tinggal * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
Tempat_Tinggal	Pedesaan	Count	619	608	1227
		% within Tempat_Tinggal	50.4%	49.6%	100.0%
	Perkotaan	Count	777	948	1725
		% within Tempat_Tinggal	45.0%	55.0%	100.0%
Total		Count	1396	1556	2952
		% within Tempat_Tinggal	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.403 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	8.187	1	.004		
Likelihood Ratio	8.401	1	.004		
Fisher's Exact Test				.004	.002
Linear-by-Linear Association	8.400	1	.004		
N of Valid Cases	2952				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 580,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tempat_Tinggal (Pedesaan / Perkotaan)	1.242	1.073	1.438
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.120	1.038	1.209
For cohort niatmaukb1 = YA	.902	.840	.968
N of Valid Cases	2952		

KELOMPENGET * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
KELOMPENGET1	RENDAH	Count	806	494	1300
		% within KELOMPENGET	62.0%	38.0%	100.0%
	BAIK	Count	590	1062	1652
		% within KELOMPENGET	35.7%	64.3%	100.0%
Total		Count	1396	1556	2952
		% within KELOMPENGET	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	201.657 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	200.604	1	.000		
Likelihood Ratio	203.694	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	201.589	1	.000		
N of Valid Cases	2952				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 614,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KELOMPENGET (RENDAH / BAIK)	2.937	2.526	3.414
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.736	1.607	1.876
For cohort niatmaukb1 = YA	.591	.547	.639
N of Valid Cases	2952		

KELOMMEDIA * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
KELOMMEDIA	Kurang	Count	1031	888	1919
		% within KELOMMEDIA	53.7%	46.3%	100.0%
	Baik	Count	365	668	1033
		% within KELOMMEDIA	35.3%	64.7%	100.0%
Total		Count	1396	1556	2952
		% within KELOMMEDIA	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	91.128 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	90.391	1	.000		
Likelihood Ratio	92.186	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	91.097	1	.000		
N of Valid Cases	2952				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 488,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KELOMMEDIA (Kurang / Baik)	2.125	1.818	2.484
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.521	1.386	1.668
For cohort niatmaukb1 = YA	.716	.670	.764
N of Valid Cases	2952		

mengunjungipikrr * niatmaukb1

Crosstab

			niatmaukb1		Total
			TIDAK MENJAWAB YA	YA	
mengunjungipikrr	TIDAK	Count	1364	1511	2875
		% within mengunjungipikrr	47.4%	52.6%	100.0%
	YA	Count	33	45	78
		% within mengunjungipikrr	42.3%	57.7%	100.0%
Total		Count	1397	1556	2953
		% within mengunjungipikrr	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.804 ^a	1	.370		
Continuity Correction ^b	.611	1	.435		
Likelihood Ratio	.808	1	.369		
Fisher's Exact Test				.421	.218

Linear-by-Linear Association	.803	1	.370	
N of Valid Cases	2953			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,90.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for mengunjungipikrr (TIDAK / YA)	1.231	.781	1.940
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.121	.863	1.457
For cohort niatmaukb1 = YA	.911	.751	1.105
N of Valid Cases	2953		

mengunjungimasy * niatmaukb1

Crosstab

		niatmaukb1		Total	
		TIDAK MENJAWAB YA	YA		
mengunjungimasy	TIDAK	Count	1282	1367	2649
		% within mengunjungimasy	48.4%	51.6%	100.0%
	YA	Count	115	189	304
		% within mengunjungimasy	37.8%	62.2%	100.0%
Total		Count	1397	1556	2953
		% within mengunjungimasy	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	12.215 ^a	1	.000		

Continuity Correction ^b	11.795	1	.001		
Likelihood Ratio	12.358	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.211	1	.000		
N of Valid Cases	2953				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 143,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for mengunjungimasy (TIDAK / YA)	1.541	1.208	1.967
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.279	1.102	1.485
For cohort niatmaukb1 = YA	.830	.755	.913
N of Valid Cases	2953		

KELOMSEKOLAH * niatmaukb1

Crosstab

		niatmaukb1		Total
		TIDAK MENJAWAB YA	YA	
KELOMSEKOLAH KURANG	Count	349	280	629
	% within KELOMSEKOLAH	55.5%	44.5%	100.0%
BAIK	Count	1048	1276	2324
	% within KELOMSEKOLAH	45.1%	54.9%	100.0%
Total	Count	1397	1556	2953
	% within KELOMSEKOLAH	47.3%	52.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.439 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	21.024	1	.000		
Likelihood Ratio	21.423	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.431	1	.000		
N of Valid Cases	2953				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 297,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for KELOMSEKOLAH (KURANG / BAIK)	1.518	1.271	1.812
For cohort niatmaukb1 = TIDAK MENJAWAB YA	1.230	1.132	1.337
For cohort niatmaukb1 = YA	.811	.737	.891
N of Valid Cases	2953		



**2007 INDONESIA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY
YOUNG ADULT QUESTIONNAIRE**

Confidential

IDENTIFICATION				CODE									
1. PROVINCE _____				<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
2. REGENCY/MUNICIPALITY*) _____													
3. SUBDISTRICT _____													
4. VILLAGE*) _____													
5. URBAN/RURAL**)		URBAN -1	RURAL -2	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
6. CENSUS BLOCK NUMBER _____													
7. 2007 IDHS SAMPLE CODE				<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
8. HOUSEHOLD NUMBER				<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
9. NAME OF HOUSEHOLD HEAD _____				<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
10. NAME OF RESPONDENT _____													
11. RESPONDENT'S SEX**)		MALE -1	FEMALE -2	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									
12. RESPONDENT LINE NUMBER				<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									

INTERVIEWER VISITS												
	1	2	3	FINAL VISIT								
DATE	_____	_____	_____	DAY <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTH <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> YEAR <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>7</td></tr></table>					2	0	0	7
2	0	0	7									
INTERVIEWER'S NAME	_____	_____	_____	INT. NUMBER <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
RESULT***)	_____	_____	_____	RESULT <table border="1"><tr><td></td></tr></table>								
NEXT VISIT DATE	_____	_____	_____	TOTAL NUMBER OF VISITS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>								
TIME	_____	_____	_____									
***) RESULT CODES 1 COMPLETED 3 POSTPONED 5 PARTLY COMPLETED 7 OTHER _____ 2 NOT AT HOME 4 REFUSED 6 INCAPACITATED (SPECIFY)												
LANGUAGE IN INTERVIEW _____												
DAILY SPOKEN LANGUAGE _____												
USE INTERPRETER YES - 1 NO - 2												
NAME	SUPERVISOR	FIELD EDITOR	EDITOR	KEYED BY								
DATE	_____	_____	_____	_____								

*) Cross out category not used
 **) Circle appropriate code

PARENTAL/GUARDIAN CONSENT

(READ TO PARENTS OR GUARDIAN OF RESPONDENTS AGE 15-17)

In this survey, we are interviewing unmarried women and men between age 15 and 24 individually. We are interested in their knowledge, attitudes, and practice in reproductive health care. This information will be useful to the government in developing plans to provide health services tailored specifically to address the needs of young people.

We would very much appreciate your permission to have your child(ren) to participate in this survey. The survey usually takes about 25 minutes to complete. Whatever information your children provide will be kept strictly confidential and will not be shown to other persons.

May we interview (NAME OF CHILDREN) in private? If you decide not to allow your child(ren) to be interviewed, we will respect your decision. What is your decision?

PARENT/GUARDIAN AGREES 1 PARENT/GUARDIAN DOES NOT AGREE 2 → END
↓
SECTION 1

Signature of interviewer: _____ Date: _____

1. RESPONDENT'S BACKGROUND

INFORMED CONSENT

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

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

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

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

During this interview, how should I address you?

(SPECIFY)

May I begin the interview now?

Signature of interviewer: _____

Date: _____ 2007

RESPONDENT AGREES TO BE INTERVIEWED

RESPONDENT DOES NOT AGREE TO BE INTERVIEWED

1 ↓

2 → END

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
101	RECORD THE TIME.	HOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	In what month and year were you born?	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW MONTH 93 YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DON'T KNOW YEAR 9998	
103	How old were you at your last birthday? COMPARE AND CORRECT 102 AND/OR 103 IF INCONSISTENT. IF AGE IS LESS THAN 15 OR OVER 24, END INTERVIEW.	AGE IN COMPLETED YEARS <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Have you ever attended school?	YES 1 NO 2	→ 109
105	What is the highest level of school you attended: primary, junior high, senior high, academy or university?	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5	
106	What is the highest (grade/year) you completed at that level? FIRST YEAR NOT COMPLETED = 0 COMPLETED = 7 DON'T KNOW = 8	GRADE <input type="text"/>	
107	Are you currently attending school?	YES 1 NO 2	→ 109

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

2. KNOWLEDGE AND EXPERIENCE ABOUT HUMAN REPRODUCTION SYSTEM

Now I want to ask you about changes from childhood to adolescence, the reproductive system, and related issues.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO
201	<p>When a boy begins to change from childhood to adolescence, also known as puberty, he experiences some physical changes. Can you tell me what they are?</p> <p>Any other change?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>DEVELOP MUSCLES A CHANGE IN VOICE B GROWTH OF FACIAL HAIR, PUBIC HAIR, UNDERARM HAIR, CHEST, LEGS AND ARMS C INCREASE IN SEXUAL AROUSAL D WET DREAMS E GROWTH OF ADAM'S APPLE F HARDENING OF NIPPLES G OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z</p>	
202	<p>When a girl begins to change from childhood to adolescence, she experiences some physical changes. Can you tell me what they are?</p> <p>Any other change?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>GROWTH OF PUBIC AND UNDERARM HAIR A GROWTH IN BREASTS B GROWTH IN HIPS C INCREASE IN SEXUAL AROUSAL D MENSTRUATION E OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z</p>	
202A	<p>CHECK 201 AND 202:</p> <p>NO CODE 'Z' CIRCLED OR CODE 'Z' CIRCLED IN ONE QUESTION ONLY <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'Z' CIRCLED IN BOTH 201 AND 202 <input type="checkbox"/></p>		204
203	<p>Where did you get the information about the physical changes from childhood to adolescence?</p> <p>Any other source?</p> <p>DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.</p>	<p>FRIENDS A MOTHER B FATHER C SIBLINGS D RELATIVES E TEACHER F HEALTH SERVICE PROVIDER G RELIGIOUS LEADER H TELEVISION I RADIO J BOOK/MAGAZINE/NEWSPAPER K OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z</p>	
204	<p>RESPONDENT :</p> <p>FEMALE <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/></p>		208A
205	<p>How old were you when you had your first menstruation?</p>	<p>NEVER 00</p> <p>AGE IN YEARS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	209
206	<p>Before you menstruated, did anyone talk to you about menstruation?</p>	<p>YES 1 NO 2</p>	208

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

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

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

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

3. MARRIAGE AND CHILDREN

Let us now talk about marriage and having children.

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																
301	At what age would you like to be married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NEVER 95 DON'T KNOW 98																	
302	In your opinion, what is the best age for a woman to get married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DON'T KNOW 98																	
303	In your opinion, what is the best age for a man to get married?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DON'T KNOW 98																	
303A	Do you think a couple who wants to get married needs to have a medical test	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 8	→ 304																
303B	What kind of medical test? Anything else? DO NOT READ OUT RESPONSES. CIRCLE ALL MENTIONED.	PHYSICAL A BLOOD B URINE C OTHER X (SPECIFY) DON'T KNOW Z																	
304	Who is going to choose the person you will marry: your parents, yourself, or together?	PARENT 1 SELF 2 PARENT AND SELF 3																	
305	If you could choose exactly the number of children to have in your whole life, how many children would that be?	NUMBER <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> OTHER 96 (SPECIFY)	→ 307																
306	How many of these children would you like to be boys, how many would you like to be girls and for how many would it not matter if it was boy or girl?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">BOYS</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">GIRLS</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">EITHER</td> </tr> <tr> <td>NUMBER</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>OTHER</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(SPECIFY)</td> </tr> </table>		BOYS	GIRLS	EITHER	NUMBER	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	OTHER	96				(SPECIFY)			
	BOYS	GIRLS	EITHER																
NUMBER	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
OTHER	96																		
	(SPECIFY)																		
307	Who do you think should decide on how many children a couple should have: the wife, the husband, or both?	WIFE 1 HUSBAND 2 BOTH 3 DON'TKNOW 8																	
308	In your opinion, what is the best age for a woman to have the first baby?	AGE IN YEARS <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DON'T KNOW 98																	

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

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

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

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

TOPIC	404. Have you ever been taught at school about (TOPIC)?	405. In what level of schooling were you when you first were taught at school about (TOPIC)?
A. How the human reproductive system works.	YES 1 → NO 2 → DON'T KNOW 8 →	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DON'T KNOW 8
B. Methods of birth control.	YES 1 → NO 2 → DON'T KNOW 8 →	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DON'T KNOW 8
C. HIV/AIDS.	YES 1 → NO 2 → DON'T KNOW 8 →	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DON'T KNOW 8
D. Other sexually transmitted infections.	YES 1 → NO 2 → DON'T KNOW 8 →	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DON'T KNOW 8
E. NAPZA (narcotics, alcohol, psychotropic drugs and other addictive substances).	YES 1 → NO 2 → DON'T KNOW 8 →	PRIMARY 1 JUNIOR HIGH SCHOOL 2 SENIOR HIGH SCHOOL 3 ACADEMY 4 UNIVERSITY 5 DON'T KNOW 8

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

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODE	SKIP TO																								
414	Do you listen to the radio almost every day, at least once per week, seldom, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE PER WEEK 2 SELDOM 3 NOT AT ALL 4	→ 416																								
415	In the last 6 months did you hear on the radio: About postponement of age of marriage? About HIV/AIDS? About sexually transmitted infections? About the condom/condom advertisement? About drugs? About alcoholic beverages? About how to prevent pregnancy or family planning?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSTPONE MARRIAGE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>STI</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONDOM</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DRUGS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FAMILY PLANNING</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	POSTPONE MARRIAGE	1	2	HIV/AIDS	1	2	STI	1	2	CONDOM	1	2	DRUGS	1	2	ALCOHOL	1	2	FAMILY PLANNING	1	2	
	YES	NO																									
POSTPONE MARRIAGE	1	2																									
HIV/AIDS	1	2																									
STI	1	2																									
CONDOM	1	2																									
DRUGS	1	2																									
ALCOHOL	1	2																									
FAMILY PLANNING	1	2																									
416	Do you watch television almost every day, at least once per week, seldom, or not at all?	ALMOST EVERY DAY 1 AT LEAST ONCE PER WEEK 2 SELDOM 3 NOT AT ALL 4	→ 501																								
417	In the last 6 months did you watch on television: About postponement of age of marriage? About HIV/AIDS? About sexually transmitted infections? About the condom/condom advertisement? About drugs? About alcoholic beverages? About how to prevent pregnancy or family planning?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSTPONE MARRIAGE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>STI</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONDOM</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DRUGS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALCOHOL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FAMILY PLANNING</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		YES	NO	POSTPONE MARRIAGE	1	2	HIV/AIDS	1	2	STI	1	2	CONDOM	1	2	DRUGS	1	2	ALCOHOL	1	2	FAMILY PLANNING	1	2	
	YES	NO																									
POSTPONE MARRIAGE	1	2																									
HIV/AIDS	1	2																									
STI	1	2																									
CONDOM	1	2																									
DRUGS	1	2																									
ALCOHOL	1	2																									
FAMILY PLANNING	1	2																									