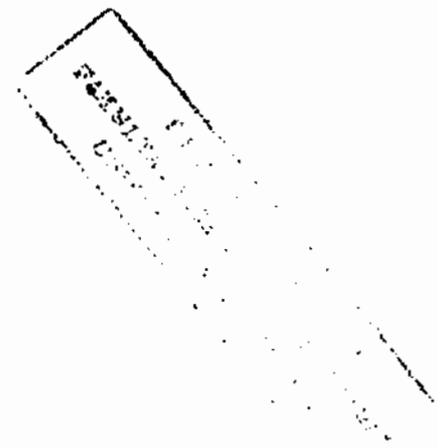




**UNIVERSITAS INDONESIA**



**DETERMINAN PERILAKU BERISIKO PADA REMAJA  
DI INDONESIA  
(ANALISIS SEKUNDER DATA SURVEI KESEHATAN  
REPRODUKSI REMAJA INDONESIA TAHUN 2007)**

**TESIS**

**HENY LESTARY  
NPM. 0806474211**

No. ... :	
...	
...	
...	
...	

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA  
DEPOK  
JUNI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DETERMINAN PERILAKU BERISIKO PADA REMAJA  
DI INDONESIA  
(ANALISIS SEKUNDER DATA SURVEI KESEHATAN  
REPRODUKSI REMAJA INDONESIA TAHUN 2007)**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**HENY LESTARY  
NPM. 0806474211**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN KESEHATAN REPRODUKSI  
DEPOK  
JUNI 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : HENY LESTARY  
NPM : 0806474211  
Tanda Tangan :   
Tanggal : 25 JUNI 2010

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : HENY LESTARY

NPM : 0806474211

Mahasiswa Program : Pasca Sarjana IKM-UI Kekhususan Kesehatan Reproduksi

Tahun Akademik : 2009/2010

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

**Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia  
(Analisis Sekunder Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia  
Tahun 2007)**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 25 Juni 2010



( HENY LESTARY )

## HALAMAN PENGESAHAN

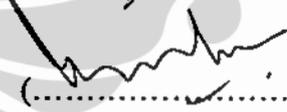
Tesis ini diajukan oleh:

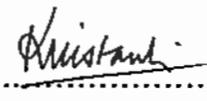
Nama : HENY LESTARY  
NPM : 0806474211  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Determinan Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia  
(Analisis Sekunder Data Survei Kesehatan Reproduksi  
Remaja Indonesia Tahun 2007)

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Agustin Kusumayati, M.Sc, Ph.D (.....)

Penguji : Ir. Ahmad Syafiq, M.Sc, Ph.D (.....)

Penguji : Drg. Ch.M.Kristanti, M.Sc (.....)

Penguji : Dr. Rinni Yudhi Pratiwi, MPET (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 25 Juni 2010

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya yang sangat besar sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga saat penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk melewati hal itu semua. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

- (1) Dr. Agustin Kusumayati, M.Sc, Ph.D, selaku Ketua Program Studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sekaligus dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
- (2) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan beasiswa kepada penulis selama menempuh pendidikan pada Program Pasca Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- (3) DR. Dr. Trihono, M.Sc, selaku Ketua Program PADI dan Kepala Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, yang telah mengizinkan dan mendukung penulis untuk menempuh pendidikan.
- (4) Direktur Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan Badan Pusat Statistik Republik Indonesia, yang telah mengizinkan penulis untuk menggunakan data SKRRI 2007 dalam penelitian ini.
- (5) Drg. Ch. M. Kristanti, M.Sc, selaku peneliti senior Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sekaligus anggota tim SKRRI 2007 yang telah meluangkan waktu di tengah kesibukannya untuk bersedia menjadi penguji dan memberikan berbagai masukan demi kesempurnaan tesis ini.

- (6) Dr. Rinni Yudhi Pratiwi, MPET, selaku Kepala Subdit Bina Kesehatan Anak Remaja, Kementerian Kesehatan, yang telah meluangkan waktu di tengah kesibukannya untuk menjadi penguji dan memberikan berbagai masukan demi kesempurnaan tesis ini.
- (7) Ir. Ahmad Syafiq, M.Sc, Ph.D, selaku dosen pengajar pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah meluangkan waktu di tengah kesibukannya untuk menjadi penguji dan memberikan berbagai masukan demi kesempurnaan tesis ini.
- (8) Segenap dosen pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan berbagai Ilmu Kesehatan Masyarakat yang sangat bermanfaat.
- (9) Segenap jajaran pimpinan dan staf akademik, administrasi, dan perpustakaan yang telah memberikan berbagai bantuan sehingga penulis memperoleh kelancaran dalam menjalani perkuliahan hingga penyelesaian tesis ini.
- (10) Teman-teman senasib sepenanggungan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Angkatan 2008-2010, khususnya Peminatan Kesehatan Reproduksi.
- (11) Suami tercinta, terima kasih atas segala kesempatan, pengertian, dukungan moril dan materil yang dengan setia selalu dilimpahkan bagi penulis.
- (12) Athaya dan Ayesha, kedua buah hatiku yang kadangkala merasa kehilangan ibunya di tengah masa tumbuh kembang di masa balita-nya, maafkan ibu ya sayang untuk segenap waktu dan perhatian yang sempat hilang di saat ibu menyelesaikan pendidikan.
- (13) Orang tua, Mertua, Saudara-saudara, terima kasih atas segala doa, dukungan, dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Akhir kata, penulis berharap semoga Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu perilaku remaja.

Depok, 25 Juni 2010

Penulis

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

---

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

Nama : HENY LESTARY  
NPM : 0806474211  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Program Studi Kesehatan Reproduksi  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

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

**Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia  
(Analisis Sekunder Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia  
Tahun 2007)**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 25 Juni 2010

Yang menyatakan



( HENY LESTARY )

## ABSTRAK

Nama : HENY LESTARY  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia  
(Analisis Sekunder Data Survei Kesehatan Reproduksi  
Remaja Indonesia Tahun 2007)

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang yang bertujuan untuk mengetahui determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia, khususnya mengenai perilaku merokok, alkohol, narkoba, dan hubungan seksual pranikah, dengan menggunakan data SKRRI tahun 2007. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat keterkaitan hubungan di antara perilaku berisiko dan determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia adalah pengetahuan tentang perilaku seksual, sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, pendidikan remaja, status ekonomi, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, dan adanya teman yang berperilaku berisiko. Faktor yang paling dominan hubungannya adalah jenis kelamin. Disarankan untuk lebih banyak melibatkan remaja laki-laki dalam berbagai kegiatan olahraga, seni, dan perkumpulan ilmiah.

**Kata kunci:**

Perilaku berisiko pada remaja, merokok, alkohol, narkoba, hubungan seksual pranikah

## ABSTRACT

Name : HENY LESTARY  
Study Programme : Public Health Science  
Title of Thesis : Risk Behavior Determinants Among Young Adult in  
Indonesia (Secondary Analysis of Indonesia Young Adult  
Reproductive Health Survey 2007)

This research used cross-sectional design that aimed to identify risk behavior determinants among young adult in Indonesia related to smoking tobacco, drinking alcoholic beverages, using drugs, and premarital sex by using IYARHS data in 2007. The results showed that there were significant association between risk behaviors and its determinants among young adult in Indonesia were sexual behavior knowledge, attitude towards sexual behavior, age, sex, education achieved, economic status, access to information and media, communication with parents and also friends with risk behaviors. The most dominant variable that statistically associated was sex. It is belief that by involving young adult especially for boys in sports activity, arts or science club will reduce the risk behavior.

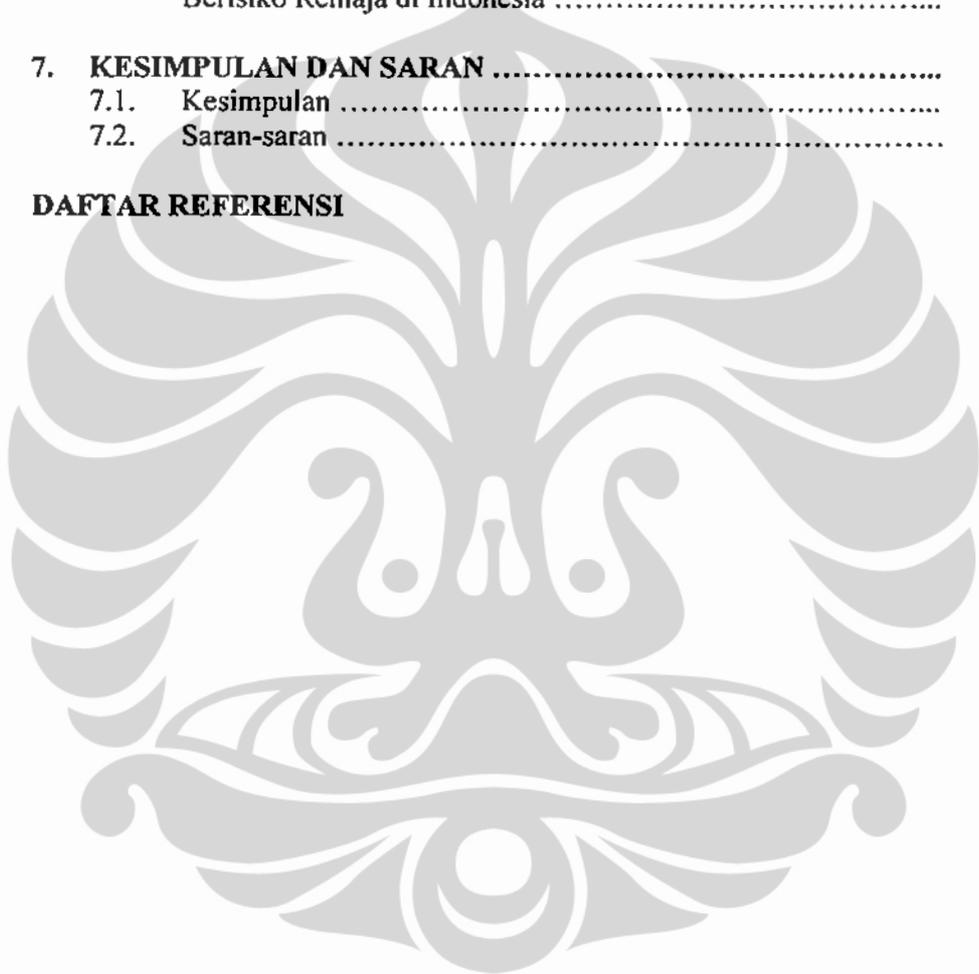
**Keywords:**

Young adult risk behavior, smoking tobacco, alcoholism, drugs, premarital sex

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian .....	8
1.4. Tujuan Penelitian .....	8
1.5. Manfaat Penelitian .....	8
1.6. Ruang Lingkup Penelitian .....	9
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Perilaku dan Perilaku Kesehatan .....	10
2.2. Remaja .....	19
2.3. Perilaku Berisiko Pada Remaja .....	24
2.4. Beberapa Hasil Penelitian Perilaku Berisiko Pada Remaja .....	32
2.5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Berisiko Pada Remaja .....	34
<b>3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	<b>42</b>
3.1. Kerangka Teori .....	42
3.2. Kerangka Konsep .....	44
3.3. Definisi Operasional .....	46
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>50</b>
4.1. Sumber Data .....	50
4.2. Rancangan Penelitian .....	51
4.3. Populasi dan Sampel Penelitian .....	52
4.4. Manajemen dan Analisis Data .....	52
<b>5. HASIL PENELITIAN</b> .....	<b>54</b>
5.1. Ketersediaan Data .....	54
5.2. Hasil Analisis Univariat .....	54
5.3. Hasil Analisis Bivariat .....	69
5.4. Hasil Analisis Multivariat .....	76

<b>6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>80</b>
6.1. Limitasi Penelitian .....	80
6.2. Gambaran Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia .....	81
6.3. Hubungan Antara Faktor Predisposisi dengan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia .....	83
6.4. Hubungan Antara Faktor Pemungkin dengan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia .....	86
6.5. Hubungan Antara Faktor Penguat dengan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia .....	89
6.6. Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia .....	90
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>92</b>
7.1. Kesimpulan .....	92
7.2. Saran-saran .....	93
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>96</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.2.1.	Gambaran 4 jenis perilaku berisiko pada remaja	55
Tabel 5.2.2.	Distribusi responden menurut perilaku berisiko	56
Tabel 5.2.3.	Gambaran pengetahuan responden tentang perilaku seksual	56
Tabel 5.2.4.	Distribusi responden menurut variabel pengetahuan tentang perilaku seksual	57
Tabel 5.2.5.	Gambaran sikap responden terhadap perilaku seksual	58
Tabel 5.2.6.	Distribusi responden menurut variabel sikap terhadap perilaku seksual	59
Tabel 5.2.7.	Distribusi responden menurut variabel umur	60
Tabel 5.2.8.	Distribusi responden menurut variabel jenis kelamin	60
Tabel 5.2.9.	Gambaran tingkat pendidikan responden	60
Tabel 5.2.10.	Distribusi responden menurut variabel pendidikan	61
Tabel 5.2.11.	Distribusi responden menurut variabel tempat tinggal	62
Tabel 5.2.12.	Gambaran tingkat ekonomi responden	62
Tabel 5.2.13.	Distribusi responden menurut variabel tingkat ekonomi	63
Tabel 5.2.14.	Gambaran jenis informasi yang pernah diakses responden pada ketiga jenis media informasi dalam 6 bulan terakhir	63
Tabel 5.2.15.	Gambaran akses responden terhadap media informasi	64
Tabel 5.2.16.	Distribusi responden menurut variabel akses terhadap media informasi	65
Tabel 5.2.17.	Gambaran tingkat pendidikan kepala keluarga responden	66
Tabel 5.2.18.	Distribusi responden menurut variabel pendidikan kepala keluarga	66

Tabel 5.2.19.	Gambaran komunikasi responden dengan orang tua	67
Tabel 5.2.20.	Distribusi responden menurut variabel komunikasi dengan orang tua tentang kesehatan reproduksi	67
Tabel 5.2.21.	Gambaran responden yang memiliki teman yang berperilaku berisiko	68
Tabel 5.2.22.	Distribusi responden menurut variabel keberadaan teman yang berperilaku berisiko	68
Tabel 5.3.1.	Hasil analisis hubungan antara perilaku merokok, minum alkohol, dan hubungan seksual pranikah dengan penyalahgunaan narkoba pada remaja di Indonesia	69
Tabel 5.3.2.	Hasil analisis hubungan antara perilaku merokok dengan minum alkohol pada remaja di Indonesia	70
Tabel 5.3.3.	Hasil analisis hubungan antara perilaku minum alkohol dengan melakukan hubungan seksual pranikah pada remaja di Indonesia	71
Tabel 5.3.4.	Hasil analisis bivariat antara variabel faktor-faktor predisposisi terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia	71
Tabel 5.3.5.	Hasil analisis bivariat antara masing-masing perilaku berisiko dengan jenis kelamin remaja di Indonesia	73
Tabel 5.3.6.	Hasil analisis bivariat antara variabel faktor pemungkin terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia	74
Tabel 5.3.7.	Hasil analisis bivariat antara variabel faktor-faktor penguat terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia	75
Tabel 5.4.1.	Hasil analisis seleksi bivariat antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana	77
Tabel 5.4.2.	Hasil pemodelan multivariat (tahap 1)	78
Tabel 5.4.3.	Hasil pemodelan akhir multivariat (tahap akhir)	79

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Model Teori PRECEDE-PROCEDE	15
Gambar 2.2.	Determinan Perilaku Manusia	16
Gambar 2.3.	Teori <i>Reasoned Action</i>	17
Gambar 2.4.	Teori <i>Planned Behavior</i>	19
Gambar 3.1.	Kerangka Teori Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja	43
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja	45

## DAFTAR SINGKATAN

<b>BNN</b>	Badan Narkotika Nasional
<b>BPS</b>	Badan Pusat Statistik
<b>BALITBANGKES</b>	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
<b>BKKBN</b>	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
<b>DEPKES</b>	Departemen Kesehatan
<b>SDKI</b>	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
<b>SKRRI</b>	Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
<b>HIV-AIDS</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus - Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
<b>IMS</b>	Infeksi Menular Seksual
<b>KRR</b>	Kesehatan Reproduksi Remaja
<b>NARKOBA</b>	Narkotika dan Bahan Berbahaya
<b>PIK-KRR</b>	Pusat Informasi dan Konsultasi-Kesehatan Reproduksi Remaja
<b>PKRR/PIKER</b>	Pusat Konsultasi Reproduksi Remaja-Pusat Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja
<b>PKPR</b>	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
<b>PUSLITKES UI</b>	Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia
<b>RISKESDAS</b>	Riset Kesehatan Dasar
<b>SUSENAS</b>	Survei Sosial Ekonomi Nasional

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2005 jumlah remaja di Indonesia (usia 15-24 tahun) adalah 39.242.100 jiwa atau 18,39% dari total jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 213.375.100 jiwa, dimana 19.796.921 jiwa penduduk berusia 15-19 tahun dan 19.445.179 jiwa penduduk berusia 20-24 tahun (BPS, 2006). Hal ini berarti bahwa sekitar seperlima penduduk Indonesia adalah remaja berusia 15-24 tahun. Jumlah remaja yang cukup besar ini bisa menjadi tantangan yang berat bagi pemerintah, terutama berkaitan dengan pengembangan dan pelaksanaan program kesehatan reproduksi (Hidayat, 2005).

Remaja adalah pribadi yang terus berkembang menuju kedewasaan, dan sebagai proses perkembangan yang berjalan natural, remaja mencoba berbagai perilaku yang terkadang merupakan perilaku yang berisiko. Beberapa masalah kesehatan yang terjadi pada remaja berkaitan dengan perilaku yang berisiko, yaitu merokok, minum minuman beralkohol, penyalahgunaan narkoba (narkotika dan obat berbahaya), dan melakukan hubungan seksual pranikah, dan berbagai data dan fakta di lapangan menunjukkan bahwa perilaku berisiko pada remaja tersebut terjadi saling berkaitan. Remaja yang merokok tembakau kemudian cenderung akan merokok marijuana; remaja yang mengkonsumsi alkohol lebih banyak dari remaja lainnya biasanya karena biasa menggunakan narkoba juga, sehingga mempunyai perilaku antisosial dan perilaku ini berhubungan erat dengan kecelakaan lalu lintas yang terjadi pada remaja, yang merupakan penyebab kematian terbesar ataupun disabilitas pada remaja (WHO, 1993).

Menurut Smet (1994) perilaku berisiko pada remaja mengacu pada segala sesuatu yang berkaitan dengan perkembangan kepribadian dan adaptasi sosial dari remaja. beberapa perilaku yang berisiko saling berkaitan dan terjadi tidak secara terpisah, misalnya merokok, penyalahgunaan narkoba, kenakalan remaja, kecanduan

alkohol, dan melakukan hubungan seksual pranikah. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2003) mendefinisikan remaja berisiko sebagai remaja yang pernah melakukan perilaku yang berisiko bagi kesehatan, seperti merokok, minum minuman beralkohol, menyalahgunakan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah.

Merokok dan minum alkohol merupakan batu loncatan bagi terbentuknya perilaku penyalahgunaan narkoba. Walaupun tidak semua remaja yang merokok berakhir menjadi pecandu narkoba, namun pada umumnya perilaku penyalahgunaan narkoba diawali dengan perilaku merokok yang kemudian disusul merokok ganja dan berlanjut pada penyalahgunaan narkoba (Damayanti, 2007). Dari hasil penelitian perilaku remaja di empat kota besar di Indonesia, yaitu Jakarta, Medan, Surabaya, dan Bandung diketahui bahwa remaja mengakui alkohol adalah langkah awal sebelum mengkonsumsi narkoba, bahkan beberapa diantaranya mencampur narkoba dengan alkohol dan ada yang menggunakan narkoba sebagai obat kuat dalam melakukan hubungan seksual pranikah (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

Menurut hasil penelitian Rahayu (2008) mengenai analisis sekunder data survei nasional penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba pada kelompok pelajar dan mahasiswa di 33 propinsi di Indonesia pada tahun 2006, diketahui bahwa jika hubungan seksual pranikah dihubungkan dengan kebiasaan merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba, maka hasilnya cukup menarik. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa mereka yang merokok, minum alkohol dan melakukan hubungan seksual pranikah lebih rentan terhadap penyalahgunaan narkoba. Rahayu (2008) menyatakan bahwa remaja yang mempunyai riwayat merokok berpeluang 3,10 kali untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan dengan yang tidak ( $p=0,000$ ;  $OR=3,10$ ;  $95\% CI=2,57-3,74$ ); remaja yang mempunyai riwayat minum alkohol berpeluang 4,63 kali untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan dengan yang tidak minum alkohol ( $p=0,000$ ;  $OR=4,63$ ;  $95\% CI=3,64-5,88$ ); dan remaja yang mempunyai riwayat melakukan hubungan seksual pranikah berpeluang 4,14 kali lebih besar untuk menyalahgunakan

narkoba dibandingkan yang belum melakukan hubungan seksual pranikah ( $p=0,000$ ;  $OR=4,14$ ;  $95\% CI=2,81-6,11$ ).

Dari hasil survei di kalangan penyalahguna narkoba di Indonesia diketahui bahwa hampir seluruh responden pernah merokok (99%) dan 93% responden pernah minum alkohol, bahkan 81% diantaranya masih aktif minum alkohol dalam setahun terakhir sebelum survei. Sekitar 85% responden pernah melakukan hubungan seksual, dengan median umur pertama kali berhubungan seksual adalah 17 tahun. Pecandu suntik (92%) adalah kelompok yang paling banyak berhubungan seksual dibandingkan dengan kelompok pemakai narkoba lainnya, bahkan dalam 1 tahun terakhir sebelum survei mereka yang pernah berhubungan seksual sekitar 73% (BNN dan Puslitkes UI, 2009).

Yusneri (2006) dalam penelitiannya mengenai perilaku berisiko pada remaja di Kabupaten Subang, menemukan bahwa dari 210 remaja usia 15-19 tahun, sebanyak 35,2% remaja merokok, 8,6% pernah mengonsumsi alkohol, 11,9% pernah menyalahgunakan narkoba, dan 13,8% pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Penelitian ini mengkompositkan perilaku berisiko sebagai perilaku remaja yang pernah merokok, pernah minum alkohol, pernah menyalahgunakan narkoba, dan pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Dari hasil penelitian diketahui bahwa faktor-faktor yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja adalah faktor jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan kesehatan reproduksi, pendidikan ibu, dan paparan terhadap informasi kesehatan yang pernah diterima oleh remaja.

Perilaku merokok cenderung meningkat dari tahun ke tahun dan tampak tanda-tanda bahwa anak-anak muda mulai merokok pada usia yang lebih dini. Menurut hasil Susenas tahun 2004 bahwa 34,4% penduduk usia 15 tahun ke atas mempunyai kebiasaan merokok (BPS, 2004). Hasil penelitian perilaku remaja di empat kota besar menunjukkan bahwa sebanyak 43% remaja merokok dengan umur rata-rata pertama kali merokok adalah 15-19 tahun, bahkan 3,9% mulai

merokok ketika berumur  $\leq 9$  tahun pranikah (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi perokok di Indonesia pada tahun 2007 untuk kelompok umur 15-24 tahun adalah 24,6% dengan rerata jumlah batang rokok yang dihisap perhari adalah 12 batang. Usia mulai merokok setiap hari yang terbesar adalah saat usia 15-19 tahun (36%) dan 20-24 tahun (16,3%) (Depkes, 2008). Helmi (2007) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor penyebab perilaku merokok pada remaja mengatakan bahwa sikap permisif orang tua dan lingkungan teman sebaya merupakan prediktor terhadap perilaku merokok remaja sebanyak 38,4% dan kepuasan psikologis menyumbang 40,9% terhadap perilaku merokok remaja. Sedangkan Iqbal (2008) mengatakan bahwa perilaku merokok remaja berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, pengetahuan, dan keberadaan teman yang merokok.

Handayani dan Herman (2009) dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku remaja dengan status ekonomi marginal yang mengkonsumsi minuman keras mengatakan bahwa minuman beralkohol bila dikonsumsi dapat menimbulkan dampak negatif berupa gangguan kesehatan dan gangguan sosial di masyarakat. Individu yang sudah sampai pada fase penyalahgunaan dan ketergantungan alkohol dapat berperilaku anti sosial seperti mencuri, suka berkelahi, marah-marah, acuh, dan apatis terhadap permasalahan dan kondisi sosialnya. Lebih lanjut dikatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan bermakna dengan perilaku remaja dalam mengkonsumsi minuman keras adalah umur remaja, pendidikan remaja, pendidikan kepala keluarga, dan keberadaan anggota rumah tangga lain yang mengkonsumsi minuman keras.

Penyalahgunaan narkoba merupakan masalah besar di masyarakat khususnya kalangan remaja dan dewasa muda, karena: a). Peredaran gelap narkoba yang masih besar di masyarakat; b). Perubahan sosial yang cepat di masyarakat (adanya fasilitas “dugem”, diskotik yang betebaran, kehidupan yang konsumerisme) sehingga beberapa individu khususnya remaja dan dewasa muda sulit beradaptasi;

c). Efek menyenangkan yang semu dari semua jenis narkoba; d). Sifat remaja yang selalu ingin tahu dan ingin mencoba-coba; dan e). Tekanan teman sebaya. Ketergantungan narkoba tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis dan genetika, namun juga oleh faktor-faktor psikologis, sosial, kultural, dan lingkungan. Saat ini tidak ada cara yang dapat digunakan untuk menentukan siapa yang dapat mengalami ketergantungan, baik sebelum maupun sesudah mereka mulai menggunakan narkoba. Ketergantungan narkoba ini sering terjadi bersamaan dengan masalah kondisi fisik dan mental serta dapat mempengaruhi siapapun. Ketergantungan narkoba juga merupakan salah satu kontributor utama yang menyebabkan beban penyakit dan disabilitas. Penggunaan dan ketergantungan tembakau dan alkohol memberikan kontribusi besar terhadap total beban tersebut (Depkes, 2008a).

Estimasi kerugian biaya ekonomi akibat narkoba tahun 2008 lebih tinggi sekitar 37% dibandingkan tahun 2004. Dengan total kerugian biaya sekitar Rp.32,4 trilyun terdiri atas Rp.26,5 trilyun kerugian biaya individual (58% untuk biaya konsumsi narkoba) dan Rp.5,9 trilyun biaya sosial (66% diperuntukkan untuk kerugian biaya akibat kematian karena narkoba/*premature death*). Hasil proyeksi menunjukkan kerugian biaya ekonomi akibat penyalahgunaan narkoba akan meningkat dari Rp.32,4 trilyun di tahun 2008 menjadi Rp.57,0 trilyun di tahun 2013. Dari hasil penelitian ini juga diketahui bahwa sebagian besar penyalahguna narkoba adalah remaja dan berpendidikan tinggi yang merupakan modal bangsa yang tidak ternilai (BNN dan Puslitkes UI, 2009).

Berdasarkan data Badan Narkotika Nasional mengenai data kasus tindak pidana narkoba di Indonesia tahun 2001-2007, terjadi peningkatan kumulatif kasus secara signifikan, yaitu 3.617 kasus pada tahun 2001, meningkat secara kumulatif hingga 79.154 kasus (205%) pada tahun 2007. Peningkatan kasus tersebut 92,12% terjadi pada laki-laki; 10,49% berumur 16-19 tahun dan 35,80% berumur 20-24 tahun; 94,2% pada yang berpendidikan SLTA ke atas; 3,7% berstatus mahasiswa dan 3,07% pelajar (BNN, 2008). Raharni (2002) menemukan bahwa penyalahgunaan narkoba pada pelajar SMU berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, umur,

pengetahuan, sikap, kehamonisan dalam keluarga, pekerjaan ibu, kebiasaan merokok dalam keluarga, teman sebaya, dan adanya waktu luang.

Hidayat (2005) menyatakan bahwa remaja laki-laki di perkotaan yang melakukan hubungan seksual pranikah lebih tinggi daripada yang di perdesaan. Hal ini dikarenakan remaja di perkotaan memiliki akses ke berbagai macam fasilitas pornografi yang dapat mendorong remaja untuk melakukan hubungan seksual. Darmasih (2009) juga menyatakan bahwa remaja yang sering terpapar dengan media pornografi, semakin tinggi berperilaku seksual berisiko.

Arus informasi penyalahgunaan seksual, pornografi, narkoba, dan lain sebagainya mengalir begitu deras setiap hari baik melalui televisi, radio, media cetak, internet, membuat remaja sangat mudah untuk mendapatkannya. Informasi yang tidak benar dan menyesatkan tersebut justru membuat angka kehamilan tidak diinginkan, infeksi HIV-AIDS dan Infeksi Menular Seksual menjadi semakin meningkat. Sedangkan informasi mengenai seksual dan kesehatan reproduksi remaja yang benar dan akurat sulit didapatkan oleh remaja di Indonesia, bahkan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia tahun 2007 menyebutkan bahwa sangat sedikit generasi muda yang mengetahui adanya tempat memperoleh informasi dan konsultasi tentang kesehatan reproduksi yang dirancang khusus untuk remaja (11% perempuan dan 6% laki-laki). Dua dari tiga perempuan (66%) dan 65% laki-laki yang menyatakan mengetahui tentang adanya pelayanan tersebut, tidak dapat menyebutkan nama tempatnya (BPS, 2007). Sedangkan menurut penelitian Kristanti, dkk, didapatkan bahwa hanya 5% remaja mengetahui nama PIK-KRR, 2% mengetahui nama PKRR/PIKER, dan 10% mengetahui nama PKPR sebagai wadah remaja untuk memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

Menurut Green dan Kreuter (2005) perilaku seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Sama halnya dengan berbagai hasil penelitian yang ada, perilaku berisiko pada remaja

juga dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, tempat tinggal, akses media, pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua dan pengaruh teman sebaya. (Raharni, 2002; Hidayat, 2005; Yusneri, 2006; Helmi, 2007; Iqbal, 2008; Rahayu, 2008; Darmasih, 2009; Handayani dan Herman, 2009).

Berdasarkan data dan fakta di atas terlihat bahwa perilaku berisiko pada remaja merupakan masalah yang kompleks. Mengingat besarnya pengaruh kesehatan dan dampak yang ditimbulkan dari perilaku berisiko pada remaja di Indonesia, maka penulis berminat melakukan penelitian tentang determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia, yaitu meliputi komposit dari perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah. Penelitian ini menggunakan data sekunder Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia tahun 2007.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Permasalahan yang terjadi pada remaja bukan hanya berdampak pada remaja itu sendiri, namun juga berdampak bagi teman, keluarga, sekolah, masyarakat, dan bangsa dimana remaja tersebut tinggal. Dari berbagai referensi yang ada, dapat dikatakan bahwa masalah kesehatan remaja yang terkait dengan kesehatan reproduksi dan semakin hari semakin mengkhawatirkan adalah masalah perilaku berisiko pada remaja seperti perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah.

Jika memperhatikan prevalensi perilaku berisiko pada remaja yang semakin meningkat dan dampak yang ditimbulkannya juga semakin mengkhawatirkan, sedangkan pengetahuan yang benar tentang kesehatan reproduksi remaja juga tidak meningkat prevalensinya, maka diperlukan adanya analisis yang mendalam tentang determinan perilaku berisiko pada remaja sehingga dapat dilakukan intervensi yang lebih baik dan lebih tepat sasaran dari berbagai program yang ada saat ini, baik dari sektor pemerintah maupun swasta.

### 1.3. Pertanyaan Penelitian

Determinan apa saja yang berhubungan dengan perilaku berisiko remaja Indonesia menurut data SKRRI tahun 2007?

### 1.4. Tujuan Penelitian

#### Tujuan Umum

Diketuainya determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia pada tahun 2007.

#### Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
2. Diketuainya keterkaitan hubungan di antara perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
3. Diketuainya hubungan antara faktor predisposisi (yaitu pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan) dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
4. Diketuainya hubungan antara faktor pemungkin (yaitu tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi) dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
5. Diketuainya hubungan antara faktor penguat (yaitu pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko) dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
6. Diketuainya faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.

### 1.5. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang besaran permasalahan kesehatan dan sosial yang terjadi pada remaja di Indonesia, khususnya mengenai perilaku berisiko pada remaja (merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah) sehingga dapat dijadikan identifikasi kebutuhan upaya kesehatan reproduksi remaja di Indonesia berdasarkan data yang ada di masyarakat.

2. Hasil analisis ini dapat memperkaya informasi mengenai teori perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.
3. Memberikan informasi dan fakta yang dapat digunakan untuk pengembangan penelitian mengenai perilaku remaja dengan determinan lainnya.

#### **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder tentang determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia (perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah) dengan menggunakan data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007. Variabel yang dianalisis adalah variabel yang terdapat dalam survei tersebut. Penelitian dilakukan pada remaja Indonesia yang terpilih menjadi sampel SKRRI 2007 dimana kegiatan pengumpulan data pada survei tersebut dilakukan pada 25 Juni sampai dengan 31 Desember 2007 yang meliputi seluruh propinsi, yaitu di 33 propinsi di Indonesia. Sedangkan penelitian ini dilakukan pada bulan April-Juni 2010.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Perilaku dan Perilaku Kesehatan

#### 2.1.1. Definisi Perilaku

Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007a), mengatakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: 1). Perilaku tertutup (*covert behavior*) yang merupakan respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Misalnya adalah remaja mengetahui bahwa merokok akan membawa dampak buruk bagi kesehatan; dan 2). Perilaku terbuka (*overt behavior*) yaitu respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik (*practice*) yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktik. Misalnya adalah remaja belum menikah yang sudah aktif secara seksual selalu menggunakan alat kontrasepsi saat melakukan hubungan seksual (Notoatmodjo, 2007a).

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini mencakup: a). perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behaviour*), b). perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behaviour*), c). perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking*

*behaviour*), dan d). perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behaviour*) (Notoatmodjo, 2007).

### 2.1.2. Perubahan Perilaku dan Indikatornya

Menurut Notoatmodjo (2007a), perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori, perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yaitu:

#### 1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus lebih dulu tahu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi diri atau keluarganya. Indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan, dapat dikelompokkan menjadi: a). Pengetahuan tentang sakit dan penyakit, meliputi: penyebab, gejala, cara penularan, cara pencegahan, dan cara pengobatan penyakit; b). Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, misalnya: pentingnya olahraga, makanan bergizi, penyakit-penyakit atau bahaya akibat merokok, minum minuman keras, narkoba, perilaku seksual pranikah, dan sebagainya; c). Pengetahuan tentang kesehatan lingkungan, antara lain : akibat polusi bagi lingkungan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007a).

#### 2. Sikap

Sikap adalah penilaian atau pendapat seseorang terhadap stimulus atau objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan). Indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan, yaitu: a). Sikap terhadap sakit atau penyakit adalah bagaimana penilaian atau pendapat seseorang terhadap gejala, penyebab, cara penularan, cara pencegahan, dan cara pengobatan penyakit; b). Sikap cara pemeliharaan dan cara hidup sehat, yaitu penilaian atau pendapat seseorang terhadap cara-cara memelihara dan cara-cara berperilaku hidup sehat; c). Sikap terhadap kesehatan lingkungan, yaitu pendapat atau penilaian seseorang terhadap lingkungan dan pengaruhnya terhadap kesehatan (Notoatmodjo, 2007a).

### 3. Praktik atau Tindakan

Setelah seseorang mengetahui tentang stimulus kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan apa yang diketahui dan dinilainya baik. Inilah yang dikatakan sebagai perilaku kesehatan, yang mencakup: a). Tindakan yang sehubungan dengan penyakit, meliputi pencegahan penyakit dan pengobatan penyakit; b). Tindakan yang sehubungan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, misalnya: mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, tidak merokok, tidak minum alkohol, tidak mengkonsumsi narkoba, dan sebagainya; c). Tindakan kesehatan lingkungan, misalnya tidak buang sampah sembarangan, menggunakan air bersih dalam kehidupan sehari-hari (Notoatmodjo, 2007a).

#### 2.1.3. Mengukur Perilaku

Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yaitu dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan mengobsevasi tindakan atau kegiatan individu atau organisasi.

#### 2.1.4. Determinan Perilaku

Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan. Hal ini berbeda dengan program kesehatan yang lain, terutama program pengobatan yang dapat secara langsung memberikan hasil terhadap penurunan kesakitan (Notoatmodjo, 2007).

Ada beberapa teori perilaku yang digunakan oleh para ahli di dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan. Di dalam tulisan ini akan dijabarkan lima teori perilaku yang berhubungan dengan perilaku pemeliharaan kesehatan dan perilaku pencegahan penyakit.

## 1. Teori Internal Eksternal

Notoatmodjo (2007a) mengatakan bahwa meskipun perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu: a). Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya; b). Determinan atau faktor eksternal, yaitu lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang. Dari uraian tersebut dapat dikatakan bahwa perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal.

## 2. Teori PRECEDE-PROCEED

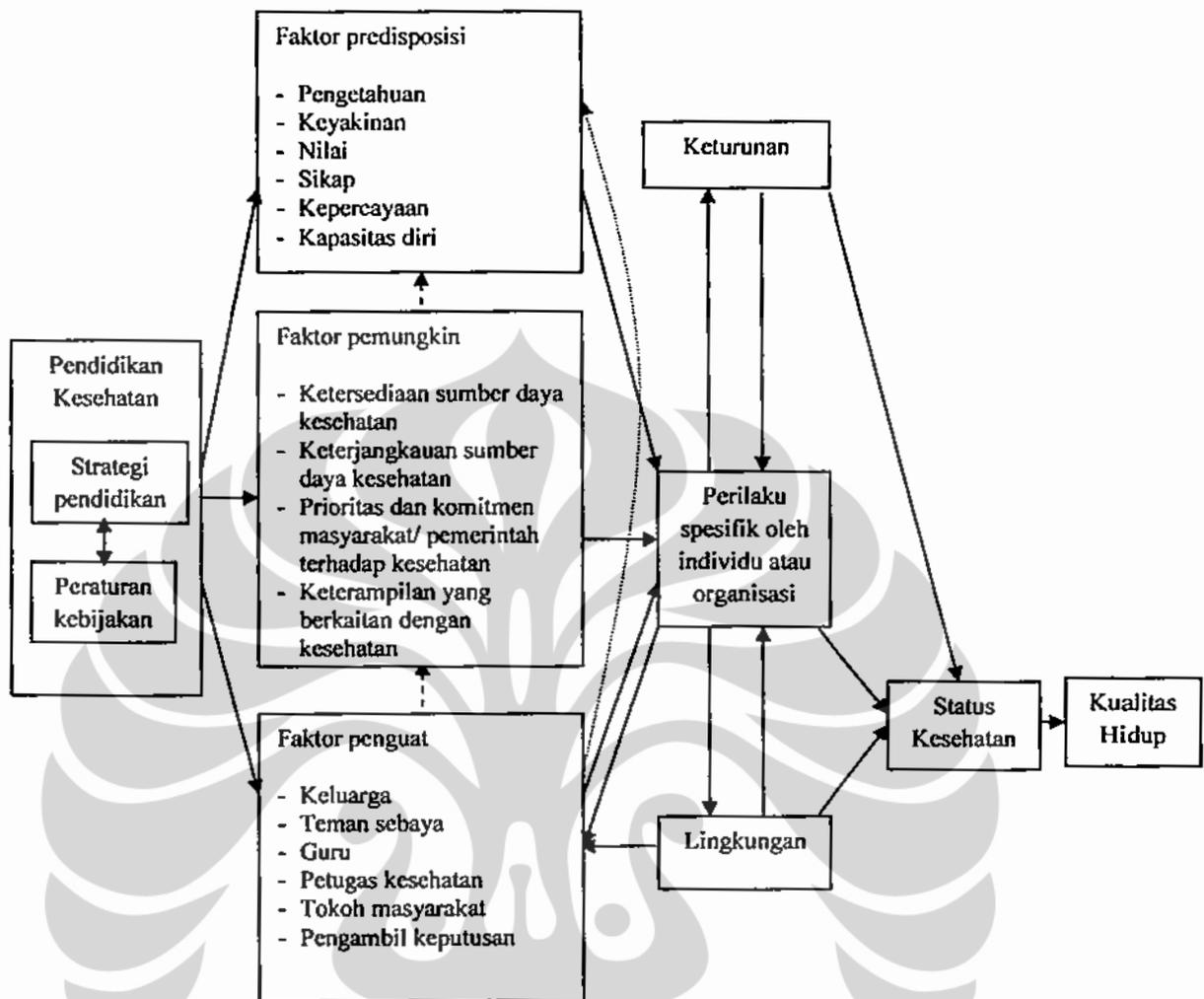
Dalam teori PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*)-PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational Construct in Educational and Environmental Development*) yang dikemukakan oleh Green dan Kreuter (2005) dinyatakan bahwa ada tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan, dimana masing-masing faktor berbeda dalam mempengaruhi perilaku namun ketiganya dibutuhkan sebagai kombinasi untuk memotivasi, memfasilitasi, dan mempertahankan perubahan perilaku. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor-faktor penguat/pendorong (*reinforcing factors*).

Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, keyakinan, nilai-nilai, sikap, kepercayaan, dan kapasitas diri. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap motivasi seseorang untuk bertindak. Selain faktor tersebut, faktor umur, jenis

kelamin, ras, besarnya keluarga, pendidikan, dan pekerjaan juga merupakan faktor predisposisi perilaku seseorang. Identifikasi faktor tersebut dapat membantu perencana program kesehatan didalam memberikan intervensi yang berbeda untuk kelompok yang berbeda pula (Green dan Kreuter, 2005).

Faktor pemungkin meliputi ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan dalam hal ini fasilitas yang mendukung seseorang untuk dapat berperilaku positif terhadap sesuatu, termasuk tempat tinggal dan status sosial ekonomi. Faktor pemungkin lainnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi dan memberikan bantuan, prioritas dan komitmen masyarakat/pemerintah dalam membuat kebijakan ataupun peraturan perundangan kesehatan yang mendukung (Green dan Kreuter, 2005).

Faktor yang ketiga adalah faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku, yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, tenaga kesehatan, pemimpin kelompok, serta para pengambil kebijakan (Green dan Kreuter, 2005). Di bawah ini adalah gambar kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut Green dan Kreuter (2005).



Gambar 2.1. Model Teori PRECEDE-PROCEED

Sumber : Lawrence W. Green dan M.W. Kreuter, 2005, fourth edition, Health program planning an educational and ecological approach.

Gambar 2.1. di atas memperlihatkan hubungan dari faktor-faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat serta bagaimana faktor-faktor tersebut mempengaruhi perilaku, dan akhirnya perilaku saling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh faktor keturunan dan lingkungan. Untuk menentukan pendidikan kesehatan yang dapat diterapkan untuk tiap individu atau kelompok, terlebih dahulu harus dilihat faktor-faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat dari masing-masing individu atau kelompok. Perilaku, keturunan, dan lingkungan dapat

mempengaruhi status kesehatan seorang individu atau kelompok yang pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas hidupnya (Green dan Kreuter, 2005).

### 3. Teori Determinan Perilaku Manusia

Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya. Gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosiobudaya masyarakat, dan sebagainya sehingga proses terbentuknya perilaku ini dapat dilihat pada gambar 2.2 berikut ini (Notoatmodjo, 2007a).



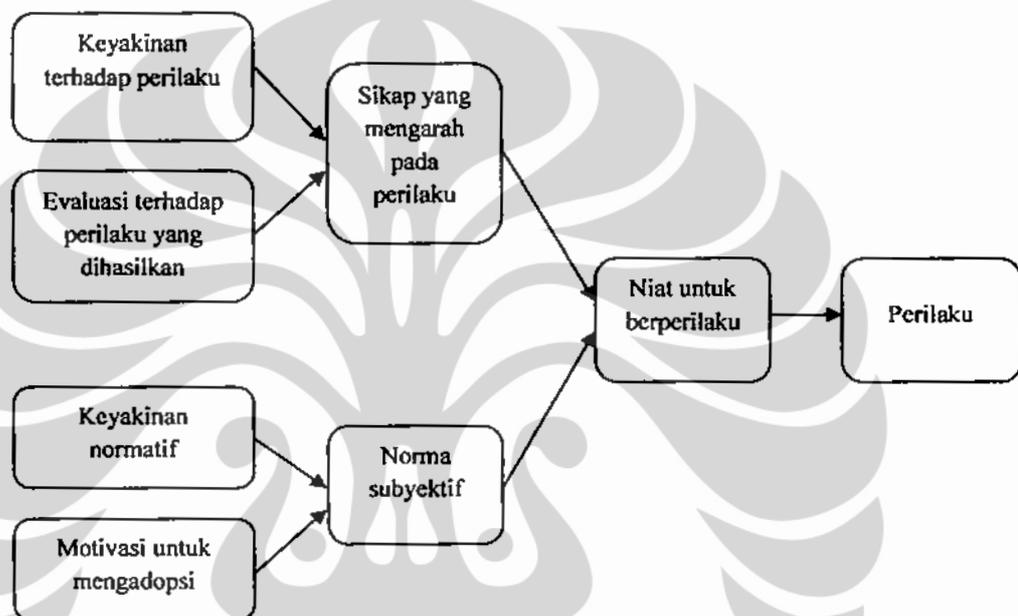
Gambar 2.2. Determinan Perilaku Manusia

Sumber : Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku, 2007a

### 4. Teori *Reasoned Action*

Teori *Reasoned Action* (TRA) pertama kali dicetuskan oleh Ajzen dan Fishbein (1980) dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (1997). Teori ini disusun menggunakan asumsi dasar bahwa manusia berperilaku dengan cara yang sadar dan mempertimbangkan segala informasi yang tersedia. Dalam TRA ini, Ajzen menyatakan bahwa niat seseorang untuk melakukan suatu perilaku menentukan akan dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tersebut. Lebih lanjut, Ajzen mengemukakan bahwa niat melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu dipengaruhi oleh dua penentu dasar, yang pertama berhubungan dengan sikap (*attitude towards behavior*) dan yang lain berhubungan dengan pengaruh sosial

yaitu norma subjektif (*subjective norms*). Dalam upaya mengungkapkan pengaruh sikap dan norma subjektif terhadap niat untuk dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku, Ajzen melengkapi TRA ini dengan keyakinan (*beliefs*). Dikemukakannya bahwa sikap berasal dari keyakinan terhadap perilaku (*behavioral beliefs*), sedangkan Norma subjektif berasal dari keyakinan normatif (*normative beliefs*). Secara skematik TRA digambarkan seperti Gambar 2.3 berikut ini.



Gambar 2.3. Teori *Reasoned Action*

Sumber : Ajzen and Fishbein (1980) dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (1997), 2<sup>nd</sup> edition, Health behavior and health education: theory research and practice.

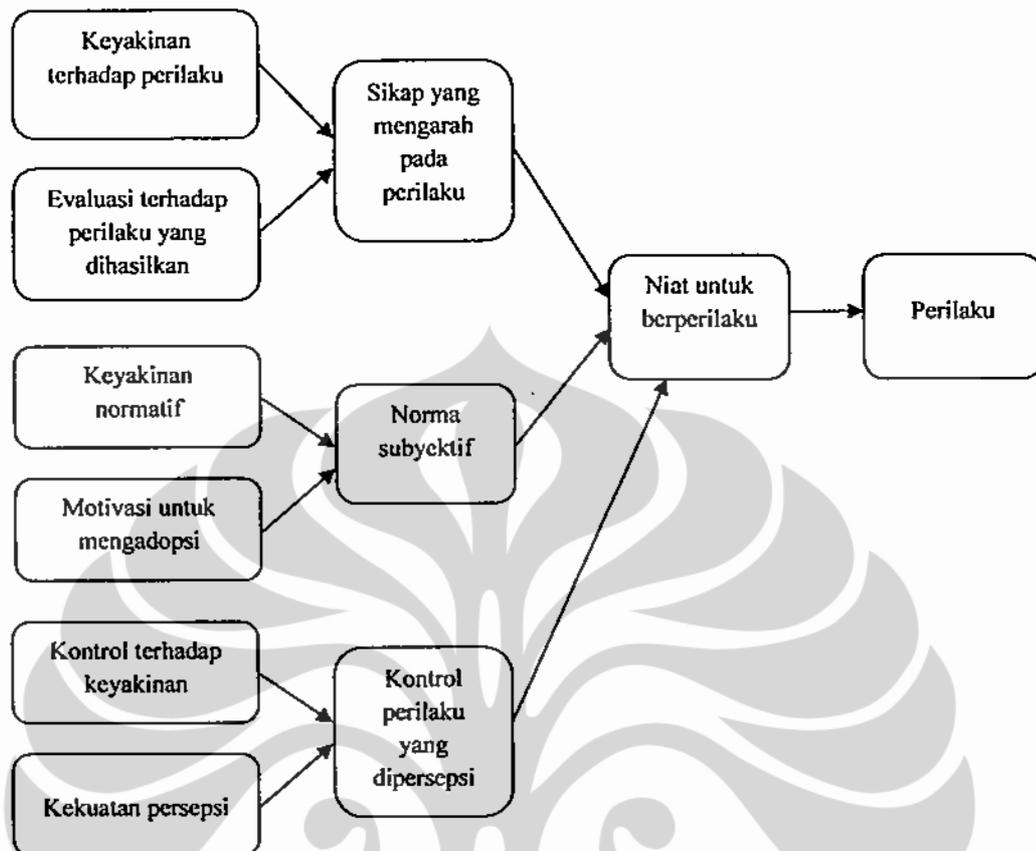
##### 5. Teori *Planned Behavior*

*Theory of Planned Behavior* (TPB) merupakan pengembangan lebih lanjut dari TRA. Ajzen (1991) dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (1997) menambahkan konstruksi yang belum ada dalam TRA, yaitu kontrol perilaku yang dipersepsi (*perceived behavioral control*). Konstruksi ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu. Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subjektif semata.

tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).

Persepsi kemampuan mengontrol (*Perceived Behavioral Control*), yaitu keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak pernah melaksanakan perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan dirinya apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku itu. Ajzen menamakan kondisi ini dengan “persepsi kemampuan mengontrol” (*perceived behavioral control*) (Ajzen, 1991, dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., 1997)

Niat untuk melakukan perilaku (*Intention*) adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana kalau dia memilih untuk melakukan perilaku tertentu itu dia mendapat dukungan dari orang-orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya (Ajzen, 1991, dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., (1997). Gambar 2.4. di bawah ini adalah bentuk teori TPB.



Gambar 2.4. Teori *Planned Behavior*

Sumber : Ajzen (1991) dalam Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., 1997, 2<sup>nd</sup> edition, *Health behavior and health education: theory research and practice*.

Dengan melihat ke-lima teori perilaku seperti di atas, maka teori perilaku yang akan digunakan oleh penulis pada penelitian ini adalah teori PRECEDE-PROCEDE dari Green dan Kreuter (2005), karena teori tersebut mempunyai cakupan yang lebih luas dan lebih lengkap mulai dari pendidikan kesehatan yang dapat diberikan dengan memperhatikan faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat yang kemudian mempengaruhi perilaku hingga menentukan status kesehatan seorang remaja dan kualitas hidupnya hingga kelak remaja dewasa.

## 2.2. Remaja

### 2.2.1. Definisi Remaja

Definisi remaja/*adolescence* menurut *World Health Organization* (1993) adalah mereka yang berumur 10-19 tahun, dan pemuda/*youth* adalah mereka yang

berumur 15-24 tahun. Sedangkan orang muda/*young people* adalah gabungan dari keduanya, yaitu mereka yang berusia 10-24 tahun (WHO, 1993).

Menurut WHO (*World Health Organization*) masa remaja didefinisikan sebagai masa dimana terjadi perubahan fisik, mental, dan sosial ekonomi. Secara fisik, terjadi perubahan karakteristik jenis kelamin sekunder menjadi ke kematangan seksual dan reproduksi. Proses perubahan mental dan identitas umur dewasa berkembang pada masa remaja. Secara ekonomis, masa ini adalah masa transisi dari ketergantungan sosial ekonomi secara total ke ketergantungan yang relatif lebih rendah. Masa ini juga merupakan masa yang paling penting dalam kehidupan, ketika keputusan-keputusan penting diambil dan persiapan dilakukan sehubungan dengan karir dan peranan dalam kehidupan (BPS, 2007).

Pada tahun 1974, WHO memberikan definisi mengenai remaja yang lebih bersifat konseptual, yang meliputi kriteria biologik, psikologik, dan sosial ekonomi. Remaja adalah suatu masa dimana: a). Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya hingga mencapai kematangan seksual; b). Individu mengalami perkembangan psikologik dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa; c). Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri (Muangman, 1980, dalam Sarwono, 2001).

Pada tahun 1980-an, WHO membagi kurun waktu umur remaja menjadi 2 bagian, yaitu remaja awal (10-14 tahun) dan remaja akhir (15-19 tahun). Sedangkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menetapkan umur 15-24 tahun sebagai umur pemuda (*youth*) dalam rangka keputusan mereka untuk menetapkan tahun 1985 sebagai tahun pemuda internasional (Sanderowitz dan Paxman, 1985, dalam Sarwono, 2001).

Untuk tujuan kesehatan reproduksi remaja (KRR), banyak pihak yang menginginkan penduduk umur 10-19 tahun dicakup dalam SKRR 2007; namun demikian diputuskan untuk hanya mencakup perempuan dan laki-laki yang belum

kawin umur 15-24 tahun. Hal ini diputuskan agar jumlah responden mencukupi untuk melihat perilaku berisiko yang berhubungan dengan merokok, minum minuman beralkohol, pemakaian obat-obatan terlarang, dan hubungan seksual pranikah. Oleh karena itu dalam SKRRI 2007 istilah “anak remaja”, “orang-orang muda”, dan “orang dewasa muda” digunakan secara bergantian untuk mengacu pada wanita dan laki-laki belum kawin umur 15-24 tahun. Di dalam bahasa Indonesia, istilah ini diterjemahkan sebagai remaja (BPS, 2007).

### **2.2.2. Tahapan/Tumbuh Kembang Remaja**

Remaja memiliki karakteristik yang khas. Remaja cenderung energetik, selalu ingin tahu, emosi yang tidak stabil, cenderung memberontak dan mengukur segalanya dengan ukurannya sendiri dengan cara berpikinya yang kadangkala kurang logis. Hal ini sering menimbulkan konflik dengan orang tua, guru, maupun figur otoritas lainnya, namun demikian, tahap ini adalah tahap yang memang harus dilalui oleh remaja dalam mencari identitas dirinya. Dalam perkembangannya remaja sangat rentan terhadap pengaruh lingkungan. Lingkungan sosial dan budaya yang tidak positif merupakan faktor risiko bagi remaja untuk terjebak dalam perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, hubungan seksual pranikah, tawuran, dan kebut-kebutan di jalan. Semua perilaku remaja yang dianggap menyimpang ini sangat berisiko terhadap kesehatan dan keselamatan remaja (Depkes, 2003).

Fase remaja merupakan segmen perkembangan individu yang sangat penting, yang diawali dengan matangnya organ-organ fisik (seksual) sehingga mampu bereproduksi. Pada tahapan masa remaja bukan hanya mengalami perkembangan fisik biologis saja, tetapi juga mengalami tahap perkembangan kognitif (intelektual), emosi, sosial, moral, kepribadian, dan kesadaran beragama. (Sarwono, 2001; Yusuf, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan remaja adalah faktor hereditas dan faktor lingkungan perkembangan. Faktor hereditas adalah faktor yang diturunkan dari orang tua kepada anaknya yaitu sifat struktur bukan tingkah laku

yang diperoleh sebagai hasil belajar atau pengalaman. Penurunan ini mengikuti prinsip-prinsip yang merupakan penurunan sifat dari orang tua, yaitu prinsip reproduksi, konformitas (keseragaman), variasi, dan regresi filial (Yusuf, 2009).

Faktor lingkungan perkembangan meliputi keluarga, sekolah, teman sebaya (*peer group*), dan masyarakat. Keluarga dipandang sebagai institusi/lembaga yang dapat memenuhi kebutuhan manusia, terutama kebutuhan bagi pengembangan kepribadian dan pengembangan ras manusia. Dari sudut pandang sosiologis, fungsi keluarga sebagai fungsi biologis, ekonomis, edukatif, sosialisasi, perlindungan, rekreatif, dan religius. Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan remaja adalah: a). Keberfungsian keluarga; keluarga yang normal adalah yang saling mencintai, memperhatikan, terbuka, saling mendengarkan, komunikasi berlangsung baik, dan sebagainya; b). Pola hubungan orang tua-remaja (sikap atau perlakuan orang tua terhadap anak) terdiri dari: *overprotection* (terlalu melindungi), *permissiveness* (pembolehan), *rejection* (penolakan), *acceptance* (penerimaan), *domination* (dominasi), *submission* (penyerahan), dan *overdisciplines* (terlalu disiplin); c). Kelas sosial dan status ekonomi, yaitu pengaruh status ekonomi terhadap kepribadian remaja adalah bahwa dari status ekonomi rendah cenderung lebih menekankan kepatuhan kepada figur-figur yang mempunyai otoritas, kelas menengah dan atas cenderung menekankan kepada pengembangan inisiatif, keingintahuan, dan kreativitas remaja. Orang tua yang mengalami tekanan ekonomi atau tidak mampu mengatasi masalah finansialnya cenderung menjadi depresi, dan mengalami konflik keluarga, yang akhirnya mempengaruhi masalah remaja. Setelah melewati masa kanak-kanak, remaja mulai melonggarkan ikatan emosional dengan orang tuanya, walaupun secara finansial remaja menyadari masih bergantung pada orang tuanya. Pada saat itu remaja mulai meninggalkan aturan dan norma-norma dalam keluarga dan mulai mencari nilai baru dalam kehidupan pertemanan dengan teman sebayanya. Remaja berusia 15-16 tahun mempunyai keyakinan yang khas dan unik (*personal fable*) bahwa apa yang dapat terjadi pada orang lain, tidak akan terjadi pada dirinya (Joewana, 2005; Yusuf, 2009).

Peranan kelompok teman sebaya bagi remaja adalah memberikan kesempatan untuk belajar tentang bagaimana berinteraksi dengan orang lain, mengontrol tingkah laku sosial, mengembangkan keterampilan dan minat yang sesuai dengan usianya, saling bertukar perasaan dan masalah. Kelompok teman sebaya mempunyai kontribusi yang sangat positif terhadap perkembangan kepribadian remaja. Namun di sisi lain tidak sedikit remaja yang berperilaku menyimpang karena pengaruh teman sebayanya. Pengaruh kelompok teman sebaya terhadap remaja ternyata berkaitan dengan iklim keluarga remaja itu sendiri. Remaja yang memiliki hubungan yang baik dengan orang tuanya (iklim keluarga sehat) cenderung dapat menghindari diri dari pengaruh negatif teman sebayanya, dibandingkan dengan remaja yang hubungan dengan orang tuanya kurang baik (Yusuf, 2009).

### **2.2.3. Tugas Perkembangan Remaja**

Setiap tahap kehidupan telah memiliki tugas perkembangannya masing-masing, mulai kanak-kanak hingga lanjut usia. Tugas perkembangan remaja perlu diketahui para remaja agar dapat dijadikan acuan pada masa dewasa dan perlu juga diketahui oleh guru dan para orang tua agar dapat membimbing remaja dalam melewati masa hidupnya yang penuh gejolak (episentrum.com). Tugas perkembangan remaja difokuskan pada upaya meningkatkan sikap dan perilaku kekanak-kanakan serta berusaha untuk mencapai kemampuan bersikap dan berperilaku secara dewasa (ilmupsikologi.com, 2009).

Adapun tugas perkembangan remaja adalah: 1). Menerima kondisi fisik dan menggunakan tubuh secara efektif; 2). Dapat menjalin hubungan yang baru dan lebih matang baik dengan teman sejenis maupun lawan jenisnya; 3). Dapat menerima peran jenis kelamin; 4) Mencapai kemandirian secara emosional, baik terhadap orang tua maupun terhadap orang dewasa lainnya; 5). Mempersiapkan karir dan kemandirian ekonomi; 6). Mempersiapkan diri secara fisik dan psikis untuk menikah dan menghadapi kehidupan berumah tangga; 7). Mengembangkan keahlian intelektual dalam hidup bermasyarakat; 8). Mencapai perilaku sosial

yang bertanggung jawab; dan 9). Memiliki nilai-nilai yang digunakan sebagai pedoman hidup (episentrum.com).

#### **2.2.4. Segmentasi Remaja**

Segmentasi remaja sangat penting dilakukan mengingat rentang permasalahan yang sangat luas dan memerlukan penanganan yang berbeda. Menurut Strategi Operasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), segmentasi pelayanan kepada remaja dibagi menjadi 3 (tiga) bagian, yaitu: 1). Remaja tidak bermasalah, yaitu seluruh remaja baik yang tidak berperilaku berisiko dan tidak mempunyai masalah; 2). Remaja berisiko adalah remaja yang pernah melakukan perilaku yang berisiko bagi kesehatan, seperti merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah. Umumnya remaja yang memiliki masalah di sekolah atau berperilaku anti sosial memiliki probabilitas yang lebih besar untuk melakukan perilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tidak memiliki masalah di sekolah atau tidak bersikap anti sosial. Remaja berisiko harus diberikan panutan serta kesempatan perkembangan yang positif. Oleh karena itu melibatkan remaja dalam perencanaan dan pelaksanaan intervensi khususnya di tempat-tempat remaja berkumpul menjadi sangat diperlukan; dan 3). Remaja bermasalah yaitu remaja yang telah melakukan perilaku berisiko dan sudah mengalami dampaknya. Remaja kelompok ini adalah remaja yang mengalami tindak kekerasan. Oleh karena itu segmen remaja ini bukan saja harus mendapatkan pelayanan medis namun juga dibantu untuk menyelesaikan masalahnya secara komprehensif (Depkes, 2003).

#### **2.3. Perilaku Berisiko Pada Remaja**

Menurut Smet (1994) perilaku berisiko pada remaja mengacu pada segala sesuatu yang berkaitan dengan perkembangan kepribadian dan adaptasi sosial dari remaja, beberapa perilaku yang berisiko saling berkaitan dan terjadi tidak secara terpisah, misalnya merokok, penyalahgunaan narkoba, kenakalan remaja, minum alkohol, dan melakukan hubungan seksual pranikah. Menurut WHO bahwa perilaku merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba berhubungan erat dengan *performance* remaja di sekolah, tempat kerja maupun dalam bidang olahraga.

Menyalahgunakan satu jenis narkoba akan berkembang menjadi penyalahgunaan berbagai narkoba lainnya (WHO, 1993).

Raharni (2002) menyatakan bahwa pengaruh perilaku merokok terhadap penyalahgunaan narkoba pada siswa SMU bahwa siswa yang mempunyai kebiasaan merokok cenderung 2,87 kali berpeluang untuk memakai narkoba dibandingkan dengan siswa yang tidak merokok. Sedangkan Ismail (2006) dalam penelitiannya menyatakan bahwa penduduk yang merokok mempunyai risiko 3,89 kali dalam penyalahgunaan narkoba dibandingkan dengan penduduk yang tidak merokok. Penyalahgunaan narkoba cenderung dipengaruhi oleh faktor merokok, alkohol, pernah ditawari, gender, teman/tetangga dan pekerjaan.

Hasil survei terhadap pelajar dan mahasiswa di seluruh propinsi di Indonesia pada tahun 2006, menemukan bahwa di antara 100 orang pelajar dan mahasiswa, rata-rata 30 orang pernah dan 20 orang merokok dalam setahun terakhir; 17 orang pernah dan 9 orang dalam setahun terakhir minum alkohol; dan 5 orang dalam setahun terakhir melakukan hubungan seksual pranikah (BNN, 2006).

Beberapa alasan orang termasuk remaja menyalahgunakan narkoba adalah dorongan dari diri sendiri, dari lingkungan, dan dari narkoba itu sendiri. Alasan tersebut antara lain karena keingintahuan yang besar untuk mencoba, tanpa berpikir panjang akan akibatnya, keinginan untuk bersenang-senang, mengikuti tren, agar diterima oleh kelompok, lari dari masalah kehidupan, pengertian yang salah bahwa penggunaan sekali-sekali tidak menimbulkan ketagihan, ketidakmampuan menghadapi tekanan dari lingkungan pergaulan pengguna narkoba, dan tidak dapat berkata tidak terhadap narkoba (UNICEF Indonesia, 2007).

### **2.3.1. Merokok**

Salah satu perilaku berisiko remaja yang paling besar dampaknya dalam jangka panjang adalah merokok. Merokok merupakan faktor terpenting yang dapat dicegah dalam hal yang berkaitan dengan penyebab kematian di negara-negara

berkembang. Konsumsi tembakau terbukti berhubungan dengan 90% penyebab kanker paru, 30% kematian dari seluruh jenis kanker, 75% bronchitis kronis dan emfisema, dan 25% penyebab penyakit kardiovaskuler, juga penyebab kanker mulut (WHO, 1993).

Kebiasaan merokok yang dimulai pada waktu remaja, akhirnya dapat menjadi suatu kebiasaan dalam beberapa tahun. Beberapa penelitian menginformasikan bahwa sebagian besar perokok mulai merokok ketika berusia 11-13 tahun, dan 85-90% mulai sebelum berusia 18 tahun. Semakin muda seorang remaja merokok, semakin besar kemungkinannya untuk menjadi perokok berat di masa dewasanya (Smet, 1994).

Berdasarkan data Susenas tahun 2004, dari jumlah penduduk yang merokok, sebagian besar (64%) mulai merokok pada umur 15-19 tahun dan 22% pada umur lebih dari 20 tahun (BPS, 2004). Menurut hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, 57% remaja laki-laki Indonesia saat ini merokok, dan 44% remaja usia 20-24 dan 26% usia 15-19 tahun merokok sepuluh batang atau lebih setiap harinya (BPS, 2007). Iqbal (2008) dalam penelitiannya terhadap 107 orang remaja di Depok menemukan bahwa 59,8% remaja pernah merokok dan 81,3% di antaranya masih merokok sampai dengan saat penelitian, bahkan 9,6% menghisap 11-15% rokok setiap harinya.

Sarwanto (2009) mengatakan bahwa ada hubungan antara kelas perokok dengan kejadian hipertensi, perokok yang sangat berat (mengkonsumsi lebih dari 31 batang per hari) mempunyai risiko 1,269 kali terkena hipertensi dibandingkan dengan yang bukan perokok. Remaja usia 15-24 tahun yang mengalami hipertensi di Indonesia adalah 15,2 persen, yang diakibatkan karena faktor berisiko berupa kebiasaan merokok, minum alkohol, pola makan dan obesitas, aktivitas fisik yang kurang, stress dan pencemaran lingkungan.

Tembakau berasal dari tanaman *Nicotiana tabacum*. Nikotin dalam tembakau bersifat merangsang jantung dan sistem syaraf. Pada saat tembakau dihisap, detak

jantung bertambah dan tekanan darah naik akibat nikotin tersebut. Namun bagi para perokok berat, merokok dapat bersifat menenangkan. Zat lain dalam tembakau adalah tar yang dapat menyebabkan kanker dan gangguan pernafasan. Selain nikotin dan tar, rokok juga mengandung karbon monoksida dalam asap yang sangat berbahaya. Pengaruh jangka panjang adalah gangguan pada paru-paru dan jantung. Gejala ketagihan berupa pusing, gelisah, cemas, sulit tidur, gemetar atau lelah (UNICEF Indonesia, 2007).

Penelitian dari berbagai negara menunjukkan bahwa faktor yang mendorong untuk mulai merokok amat beragam, baik berupa faktor personal, sosio-kultural dan pengaruh kuat lingkungannya. Termasuk dalam faktor personal adalah mencari bentuk jati diri dan kurangnya pengetahuan tentang bahaya rokok bagi kesehatan. Faktor sosio-kultural dalam memulai kebiasaan merokok adalah pengaruh orang tua (kemungkinan menjadi perokok akan jauh lebih meningkat bila orang tuanya adalah perokok) dan peer group/teman dan kelompoknya (sekitar 75% pengalaman menghisap rokok pertama para remaja biasanya dilakukan bersama teman-temannya). Jika seorang remaja tidak merokok, maka ia takut ditolak oleh kelompoknya, diisolasi dan dikesampingkan. Faktor lingkungan yang mempengaruhi seseorang untuk mulai merokok adalah iklan dan faktor kemudahan mendapatkan rokok, baik dari sudut harganya yang relatif murah maupun ketersediaanya di mana-mana (Aditama, 1997).

### **2.3.2. Minum alkohol**

Semakin hari, jumlah remaja yang mengkonsumsi alkohol semakin meningkat jumlah dan frekuensinya, sedangkan umur mulai minum semakin muda. Konsumsi alkohol secara berlebihan menimbulkan berbagai masalah kesehatan dan menyebabkan kematian. Peminum kelas berat berisiko terkena kanker, ginjal/ulcers, penyakit hati, malnutrisi, sirkosis hati. Di beberapa negara, alkohol berhubungan dengan kecelakaan lalu lintas yang menewaskan kaum muda. Bahkan suatu studi di Amerika menunjukkan bahwa 70% kecelakaan lalu lintas yang menimpa remaja diakibatkan oleh pengaruh alkohol, yang dibuktikan dengan terdapatnya alkohol di dalam darah mereka (WHO 1993).

Di beberapa negara berkembang, remaja laki-laki lebih sering mengonsumsi alkohol dibandingkan dengan remaja perempuan, baik dalam jumlah peminum maupun jumlah alkohol yang diminumnya. Hal ini karena secara fisik jumlah alkohol yang dikonsumsi menyebabkan konsekuensi masalah kesehatan yang serius karena jumlah cairan tubuh laki-laki lebih banyak daripada perempuan sehingga lebih *susceptible*. Selain itu, laki-laki yang minum alkohol dianggap telah matang dan dewasa, sedangkan perempuan peminum dianggap sebagai seseorang yang bermasalah dan mendapatkan stigma sosial dari masyarakatnya. Beberapa remaja minum alkohol sebagai simbol kedewasaan atau untuk menunjukkan bahwa dirinya bukan anak kecil lagi. Berbagai media dan tokoh idola dapat menjadi faktor pendorong yang menggambarkan bahwa konsumsi alkohol adalah hal yang modern dan *sophisticated*/membangggakan. Sama seperti orang dewasa, remaja menggunakan alkohol sebagai jalan pintas mengatasi permasalahan hidupnya. Biasanya remaja yang biasa minum alkohol, karena berasal dari keluarga yang orang tuanya peminum juga. Tekanan teman sebaya juga mempunyai peranan yang besar dalam kelangsungan kebiasaan minum alkohol pada remaja, dimana hal tersebut merupakan penerimaan seorang remaja ke dalam kelompoknya (WHO, 1993).

Sebesar 9,9% persen remaja pernah minum alkohol dalam 12 bulan terakhir dan jenis alkohol yang paling banyak diminati adalah bir, anggur/*wine*, dan *whiskey/vodka*. Dari hasil wawancara mendalam dengan para remaja diketahui bahwa para remaja mengonsumsi alkohol karena faktor pertemanan, kebanggaan, agar menjadi berani, faktor pergaulan, ingin coba-coba, agar percaya diri, dan melarikan diri dari masalah keluarga. Bahkan bagi remaja di kota Medan, mereka biasa mengonsumsi alkohol ketika ada pesta-pesta, sedangkan remaja Jakarta mengatakan bahwa alkohol adalah langkah awal sebelum menyalahgunakan narkoba, remaja Bandung mengatakan bahwa laki-laki jika tidak minum alkohol bukan laki-laki namanya, dan remaja Surabaya mengatakan bahwa minum alkohol sebagai perekat hubungan pertemanan dan penghangat badan (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

Perilaku remaja yang minum alkohol menjadi permasalahan yang sangat serius sejak dahulu hingga saat ini. Minum alkohol merupakan masalah yang kompleks karena tidak saja menyangkut pada remaja itu sendiri, tetapi juga melibatkan banyak pihak baik keluarga, lingkungan tempat tinggal, lingkungan sekolah, teman sebaya, tenaga kesehatan, serta aparat hukum, baik sebagai faktor penyebab, pencetus ataupun yang menanggulangi (Handayani dan Herman, 2009).

Menurut hasil SKRRI tahun 2002-2003, sebanyak 12,5% remaja perempuan dan 34,2% remaja laki-laki pernah minum alkohol, dan 1,7% perempuan dan 17,5% laki-laki mantan peminum. Pada SKRRI 2007, terjadi peningkatan prevalensi perilaku minum alkohol pada remaja yaitu remaja perempuan yang minum alkohol 16,3% dan laki-laki 39,37%, serta sebanyak 4,1% remaja perempuan dan 20,3% remaja laki-laki adalah mantan peminum (BPS, 2003; BPS, 2007).

### **2.3.3. Penyalahgunaan narkoba**

Rata-rata usia pertama kali menyalahgunakan narkoba semakin menurun, semakin muda. Dampak penyalahgunaan narkoba bagi remaja adalah ketergantungan, *overdosis*, kecelakaan, gangguan fisik dan psikologis, dan kadangkala kematian *premature* (WHO, 1993).

Dampak kesehatan akibat narkoba bervariasi tergantung pada jenis narkoba, cara pemakaian, kondisi emosi, fisik, dan status gizi. Dampak yang sangat mengerikan adalah tertularnya HIV karena menggunakan jarum suntik secara bergantian. Media dan tokoh idola juga berperan dalam semakin meluasnya penyalahgunaan narkoba di kalangan remaja. Penyalahgunaan dan peredaran narkoba merupakan tindakan kriminal, karena itu dilakukan secara tersembunyi, juga melibatkan peredaran uang yang sangat besar jumlahnya. Untuk mendapatkan narkoba yang mahal tersebut secara rutin, seringkali remaja harus terjerumus ke dalam tindak kriminal ataupun prostitusi/pelacuran (WHO, 1993; BNN, 2006; BNN dan Puslitkes UI, 2009).

Rokok dan alkohol merupakan batu loncatan bagi terbentuknya perilaku penyalahgunaan narkoba. Walaupun tidak semua remaja yang merokok berakhir menjadi pecandu narkoba, namun pada umumnya perilaku penyalahgunaan narkoba diawali dengan perilaku merokok yang kemudian disusul merokok ganja dan berlanjut pada penyalahgunaan narkoba (Damayanti, 2007). Octavia (2009) dalam penelitian tentang perilaku pemakaian ganja pada 150 remaja di Kedung Waringin Bogor menemukan bahwa sebanyak 18,7% remaja pernah mengkonsumsi ganja dan 20,8% diantara remaja yang pernah mengkonsumsi ganja berumur  $\leq 20$  tahun.

Hasil survei peredaran gelap narkoba di kalangan pelajar dan mahasiswa pada tahun 2006 menemukan bahwa diantara 100 pelajar dan mahasiswa rata-rata 8 orang pernah pakai dan 5 orang dalam setahun terakhir pakai narkoba. Di antara 100 pelajar SLTP, rata-rata 4 orang dalam setahun terakhir pakai narkoba. Angka pernah pakai lebih tinggi dua kali lipat pada mahasiswa dibanding pelajar SLTP; lebih tinggi 3-6 kali lipat laki-laki dibanding perempuan; dan lebih tinggi di sekolah/kampus swasta dibanding sekolah/kampus negeri/agama. Empat diantara 10 remaja mulai mengkonsumsi narkoba saat berumur 11 tahun atau lebih muda. Ganja merupakan jenis narkoba yang paling banyak dipakai pertama kali (BNN, 2006).

Survei yang sama juga menemukan bahwa 40% penyalahguna di SLTA dan lebih separuh di Akademi/Perguruan Tinggi mengaku pernah atau setahun ini memakai Ganja. Sekitar 10-15% memakai Ekstasi dan atau Shabu, 7% memakai heroin dan atau morfin; dan 4-5% mengakui memakai Kokain, LSD, Ketamin, dan atau Yaba (BNN, 2006).

Teman merupakan pintu masuk utama penyalahgunaan narkoba. Sekitar 4% responden di SLTP, 12% di SLTA, dan 19% di Akademi/PT pernah ditawari narkoba oleh teman. Sekolah/kampus dan rumah teman paling banyak disebut sebagai tempat menawarkan narkoba (BNN, 2006).

Alasan remaja melakukan tindakan penyalahgunaan narkoba adalah karena ingin tahu, identitas pergaulan, modern, mendapat pengakuan teman sebaya, menenangkan pikiran, ikut-ikutan teman, bahkan sebagai obat agar 'kuat' dan 'tahan lama' di ranjang ketika melakukan hubungan seksual (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

#### **2.3.4. Melakukan hubungan seksual pranikah**

Masa pubertas adalah saat dimana kapasitas reproduksi sudah dimulai, dimana hormon seksual bukan hanya berdampak pada jaringan tubuh namun juga menyebabkan perubahan dalam emosi dan perilaku seksual seseorang. Pada laki-laki normal, masa pubertas sekitar usia 11-16 tahun, dan pada perempuan biasanya 2 tahun lebih awal dan jarak yang lebih pendek. Karena matang lebih awal, biasanya seorang perempuan mempunyai ketertarikan lebih dulu dengan lawan jenisnya dibandingkan dengan laki-laki, hal inilah yang menyebabkan perempuan jaman dulu menikah lebih dini. Namun dewasa ini rata-rata usia menikah di kalangan laki-laki dan perempuan muda semakin meningkat, sehingga jarak antara waktu kematangan seksual dengan usia menikah semakin panjang, hal inilah yang menyebabkan banyak terjadinya hubungan seksual pranikah di kalangan remaja (WHO, 1993).

Dalam kehidupan remaja, pacaran didefinisikan oleh mereka sebagai hubungan romantis antara dua orang dan dipertimbangkan sebagai suatu langkah untuk menemukan seseorang yang khusus untuk persahabatan serta berbagi pengalaman. Untuk orang muda, pacaran yang pertama kali pada umumnya diingat sebagai suatu peristiwa penting dimana dia telah menarik perhatian lawan jenisnya. Pacaran yang pertama kali dapat mendorong ke arah suatu hubungan jangka panjang lebih serius dari lawan jenisnya (BPS, 2007).

Perilaku seksual ialah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun dengan sejenis, tingkah laku ini bisa bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu, dan bersenggama, objek seks bisa berupa orang lain, orang dalam khayalan atau

sosial yang dapat ditimbulkannya. Tetapi ada juga yang berdampak cukup serius seperti perasaan bersalah, depresi, marah, misalnya remaja atau gadis yang terpaksa menggugurkan kandungannya (Sarwono, 2001).

Bersamaan dengan meningkatnya gejala seksual pada remaja, kebutuhan itu mereka penuhi dengan cara-cara yang mereka kenal. Cara-cara memuaskan diri dalam seks, yaitu melalui masturbasi. Dalam pemahaman mereka, aktivitas masturbasi mempunyai efek di bidang kejiwaan, seperti rasa bersalah, berdosa, cemas, menjadi pendiam, suka menyendiri, melamun dan berkhayal (WHO, 1993).

Hubungan seksual pranikah di kalangan remaja pada umumnya terjadi secara spontan, tidak direncanakan, tidak dalam frekuensi yang rutin, dan sporadis. Perlu diperhatikannya masalah hubungan seksual pranikah pada remaja karena berbagai dampak yang ditimbulkannya, antara lain kehamilan yang tidak diinginkan oleh remaja putri yang secara mental, sosial, maupun fisik belum siap untuk hamil dan melahirkan, sehingga seringkali berujung dengan tindakan aborsi yang membahayakan hidup diri dan janinnya. Juga karena penularan penyakit menular seksual, termasuk di antaranya penularan HIV-AIDS. Berbagai data menunjukkan bahwa persentase hubungan seksual pranikah lebih tinggi terjadi pada remaja laki-laki dibandingkan dengan remaja perempuan (WHO, 1993).

Hubungan seksual pranikah di kalangan remaja biasanya terjadi karena sedang mabuk, suka sama suka, rasa ingin tahu dan ingin merasakannya setelah menonton video porno atau melihat perempuan seksi, pengaruh teman, dan agar terlihat modern. Selain itu faktor keterbatasan ekonomi juga merupakan penyebab remaja melakukan hubungan seksual untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Kristanti, Ch. M, Tjandrarini, D. H, Prasodjo, R., dkk, 2010).

#### **2.4. Beberapa Hasil Penelitian Perilaku Berisiko Pada Remaja**

Terdapat berbagai penelitian tentang perilaku berisiko pada remaja dalam skala nasional, provinsi, maupun regional atau lokal. Namun hanya ada beberapa

penelitian yang mengulas beberapa perilaku berisiko pada remaja secara sekaligus, seperti halnya perilaku minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, merokok, dan hubungan seksual pranikah ke dalam satu penelitian. Berikut ini penulis sampaikan beberapa penelitian tentang perilaku berisiko pada remaja.

Yusneri (2006) menyatakan bahwa perilaku berisiko pada remaja di kabupaten Subang berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan kesehatan reproduksi, pendidikan ibu dan paparan informasi kesehatan.

Iqbal (2008) meneliti tentang perilaku merokok pada remaja usia 16-25 tahun di Depok, dengan menggunakan teori internal eksternal menemukan bahwa faktor-faktor yang berhubungan bermakna dengan perilaku merokok pada remaja adalah jenis kelamin, pengetahuan, dan keberadaan teman yang merokok. Yusneri (2006) dalam penelitiannya mengatakan bahwa alasan remaja merokok karena ingin coba-coba (33,8%), agar percaya diri (27%), agar terlihat jagoan dan *macho* (12,2%), mencontoh orang lain atau orang tua (12,2%), agar dapat pengakuan dari kelompoknya (12,2%) dan alasan lainnya (2,7%).

Handayani dan Herman (2009) yang meneliti tentang perilaku minum alkohol pada remaja di lingkungan marginal, dengan menggunakan kerangka teori dari *Lawrence Green*, menemukan bahwa perilaku minum alkohol berhubungan bermakna dengan umur, pendidikan, pendidikan kepala keluarga, dan keberadaan anggota rumah tangga lain yang minum alkohol juga. Yusneri (2006) mengatakan bahwa alasan remaja minum alkohol adalah karena pengaruh teman (66,7%), stress (22,3%), hubungan yang tidak baik dengan orang tua (5,6%) dan alasan lainnya (5,6%).

Sedangkan Marcoux (1997) dengan menggunakan Teori *Planned Behavior* pada penelitiannya terhadap 3.946 siswa sekolah menengah di Michigan, mengatakan bahwa perilaku minum alkohol dan penyalahgunaannya berhubungan bermakna dengan faktor sikap, norma subyektif dari orang tua, saudara, dan teman serta persepsi kemampuan mengontrol perilaku berupa tekanan teman sebaya dan

keberanian untuk mengatakan “tidak” pada alkohol. Beliau juga menemukan bahwa sesuai dengan yang diharapkan sebelumnya, ternyata dalam upaya memprediksi niat remaja dalam mengkonsumsi alkohol, Teori *Planned Behavior* lebih efektif daripada Teori *Reasoned Action*.

Raharni (2002) menemukan bahwa penyalahgunaan narkoba pada pelajar SMU berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, umur, pengetahuan, sikap, keharmonisan dalam keluarga, pekerjaan ibu, kebiasaan merokok dalam keluarga, teman sebaya, dan adanya waktu luang. Yusneri (2006) mengatakan bahwa alasan remaja menyalahgunakan narkoba adalah karena pengaruh teman (66,7%) dan stress (28%).

Darmasih (2009) dengan menggunakan Teori Internal Eksternal dalam penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual remaja SMA di Surakarta, menemukan bahwa faktor-faktor yang berhubungan bermakna dengan perilaku seksual pranikah remaja adalah faktor pengetahuan, religiusitas, sumber informasi media, serta peran keluarga. Sumiati (2009) dalam penelitiannya yang menggunakan teori gabungan antara Teori *Reasoned Action* dengan Teori *Problem Behavior*, menyatakan bahwa faktor yang berhubungan bermakna dengan perilaku seksual remaja adalah jenis kelamin, pengetahuan, persepsi, dan perilaku seks teman sebaya. Yusneri (2006) mengatakan bahwa alasan remaja melakukan hubungan seksual pranikah adalah karena rasa ingin tahu (55,2%), kesenangan (17,2%), ikut-ikutan (13,8%), dipaksa pasangan (10,3%), dan alasan ekonomi (3,4%). Ketika ditanyakan dengan siapa responden melakukan hubungan seksual mereka mengatakan bahwa melakukan dengan pacar (65,5%), pekerja seks komersil (27,6%), dengan saudara atau orang lainnya (3,4%).

## **2.5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Berisiko Remaja**

### **2.5.1. Faktor Predisposisi**

Faktor predisposisi adalah faktor-faktor yang memotivasi atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang (Notoatmodjo, 2007), termasuk remaja.

Sedangkan menurut Green dan Kreuter (2005), faktor predisposisi adalah faktor yang merupakan alasan atau motivasi seseorang untuk berperilaku. Menurut beberapa hasil penelitian, faktor predisposisi yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja adalah faktor pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan remaja (Marcoux, 1997; Raharni, 2002; Yusneri, 2006; Iqbal, 2008; Darmasih, 2009; Sumiati, 2009; Octavia, 2009).

### 1. Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian Roger (1974) (dalam Notoatmodjo, 2007) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru terjadi proses yang berurutan, yakni:

- a). *Awareness*, yaitu seseorang mengetahui stimulus terlebih dahulu
- b). *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus
- c). *Evaluation*, yakni pertimbangan baik tidaknya stimulus tersebut
- d). *Trial*, yakni orang mencoba perilaku baru
- e). *Adoption*, yakni subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Yusneri (2006) menyatakan bahwa remaja yang berpengetahuan buruk berpeluang 2,030 kali untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan yang berpengetahuan baik. Raharni (2002) menyatakan bahwa remaja yang berpengetahuan buruk tentang narkoba 2,04 kali berpeluang untuk berperilaku narkoba dibandingkan yang berpengetahuan baik ( $p=0,013$ ;  $OR=2,04$ ;  $95\% CI=1,188-3,507$ ). Octavia (2009) dalam penelitiannya terhadap 150 orang remaja di Bogor menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku penyalahgunaan ganja ( $p=0,007$ ;  $OR=3,48$ ). Remaja dengan pengetahuan yang

tinggi, mempunyai peluang 3,48 kali untuk cenderung tidak menggunakan ganja dibanding dengan remaja yang berpengetahuan rendah.

Hasil penelitian Iqbal (2008) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan remaja dengan perilaku merokok ( $p=0,02$ ;  $OR=4,93$ ), yaitu remaja dengan tingkat pengetahuan yang rendah mengenai bahaya merokok memiliki peluang 4,93 kali untuk berperilaku merokok dibandingkan dengan responden dengan tingkat pengetahuan yang tinggi.

Darmasih (2009) mengatakan bahwa pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi berhubungan bermakna dengan perilaku seks pranikah remaja ( $p=0,000$ ). Semakin tinggi tingkat pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi, maka semakin kecil kemungkinannya untuk berperilaku seksual pranikah. Sumiati (2009) dalam penelitian tentang perilaku seksual remaja di DKI Jakarta dan Bandar Lampung menemukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan perilaku seksual, responden yang berpengetahuan rendah mempunyai risiko melakukan perilaku seksual 0,4 kali lebih tinggi dibandingkan yang berpengetahuan tinggi.

## 2. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon tertutup terhadap adanya stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung terlihat, tetapi dapat ditafsirkan lebih dulu pada perilaku yang tertutup (Notoatmodjo, 2007). Marcoux (1997) mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap remaja dengan perilaku minum alkohol ( $p = 0,001$ ). Remaja yang memiliki sikap yang baik dan menganggap bahwa konsumsi alkohol akan berakibat buruk bagi kesehatan, memiliki perilaku yang lebih baik daripada remaja yang memiliki sikap buruk dan menganggap bahwa konsumsi alkohol tidak berbahaya bagi kesehatan. Raharni (2002) menyatakan bahwa remaja yang mempunyai sikap negatif terhadap penyalahgunaan narkoba 0,505 kali kemungkinannya untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan yang bersikap positif ( $p=0,023$ ;  $OR=0,505$ ;  $95\% CI=0,287-0,887$ ).

### 3. Umur

Raharni (2002) mengatakan bahwa remaja yang berumur 17 tahun ke atas 3,32 kali kemungkinannya menyalahgunakan narkoba dibandingkan dengan yang berumur <17 tahun. Handayani dan Herman (2009) menemukan ada hubungan yang bermakna antara umur remaja dengan perilaku minum alkohol ( $p=0,007$ ). Semakin tua umur remaja, semakin besar frekuensi minum alkohol.

### 4. Jenis Kelamin

Yusneri (2006) menemukan bahwa jenis kelamin berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja. Laki-laki berpeluang 6,8 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ;  $OR=6,800$ ;  $95\% CI=3,709-12,467$ ). Iqbal (2008) menyatakan bahwa remaja laki-laki berpeluang 51 kali lebih besar untuk berperilaku merokok dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ;  $OR=51$ ).

Raharni (2002) menyatakan bahwa pelajar laki-laki berpeluang 14,03 kali lebih besar untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan dengan pelajar perempuan. Ismail (2006) menemukan bahwa penyalahgunaan narkoba cenderung 13,4 kali lebih besar berisiko pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan ( $p=0,001$ ;  $OR=13,4$ ;  $95\% CI=7,11-25,20$ ). Sumiati (2009) menemukan ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku seksual ( $p<0,005$ ;  $OR=2,7$ ). Remaja pria 2,7 kali lebih tinggi untuk berperilaku seksual dibandingkan remaja perempuan.

### 5. Pendidikan

Pendidikan formal adalah sesuatu yang sangat penting bagi perkembangan seorang remaja. Sekolah mengajarkan seorang remaja untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan, termasuk dalam hal kesehatan. Sekolah dan guru juga dapat memberikan kestabilan bagi remaja yang berasal dari budaya atau keluarga yang kurang stabil, misalnya karena perceraian orangtua. Sekolah merupakan sumber utama yang memberikan pendidikan dan pedoman dalam masalah-masalah kesehatan yang spesifik dan kadangkala juga memberikan penapisan dan pelayanan kesehatan secara sederhana. Walaupun sistem

pendidikan di negara berkembang sudah semakin baik dewasa ini, namun masih banyak remaja yang putus sekolah karena alasan sosial ekonomi, menikah dalam usia dini, atau alasan psikososial (WHO, 1993).

Moeliono (2004) menyatakan bahwa sebagian besar remaja yang berperilaku seksual aktif adalah remaja yang pada umumnya berpendidikan rendah. Yusneri (2006) menyatakan bahwa pendidikan berhubungan signifikan dengan perilaku berisiko remaja. Remaja yang tidak sekolah berpeluang 2,608 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang bersekolah.

Ismail (2006) menyatakan bahwa mereka yang berpendidikan rendah (SLTP ke bawah) berpeluang 0,33 kali untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi (SLTA ke atas) ( $p=0,001$ ;  $OR=0,33$ ;  $95\%CI=0,22-0,49$ ). Handayani (2009) menyatakan bahwa pendidikan remaja berhubungan bermakna dengan perilaku minum alkohol. Remaja yang berpendidikan tamat SLTP-SLTA lebih kecil frekuensi minum alkoholnya dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan lebih rendah (tidak tamat SD-tamat SD) atau tamat Perguruan Tinggi.

### **2.5.2. Faktor Pemungkin atau Pendukung**

Faktor pemungkin atau pendukung perilaku adalah faktor-faktor yang mendukung, mempermudah atau memfasilitasi terjadinya perilaku (Nototmodjo, 2007). Faktor pemungkin menurut Green dan Kreuter (2005) adalah perubahan lingkungan yang mengiringi motivasi atau kebijakan yang dapat direalisasikan. Faktor pemungkin yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja adalah daerah tempat tinggal, status ekonomi keluarga, dan akses terhadap media (cetak dan elektronik) (Ismail, 2006; Yusneri, 2006; Darmasih, 2009).

#### **1. Tempat tinggal**

Sebuah keluarga bisa dalam bentuk yang berbagai macam. Dalam lingkungan masyarakat perdesaan, biasanya sebuah keluarga berupa bentuk yang lebih besar dan terdiri dari berbagai generasi, meliputi orang tua, anak, kakek-nenek, paman-

bibu, sepupu, dan sebagainya. Struktur seperti ini memberikan dukungan moral dan material yang lebih besar bagi seorang remaja karena memberikan variasi model peran dalam perkembangannya menjadi seorang dewasa kelak, termasuk dalam hal mengontrol perilakunya. Sedangkan untuk keluarga di daerah perkotaan, biasanya hanya terdiri dari orang tua dan anak-anaknya. Bentuk ini mungkin kurang pengawasan dari orang yang lebih tua, namun memberikan panduan moral, pendidikan, dan kepercayaan diri yang lebih besar termasuk dalam hal memilih teman, pendidikan, pekerjaan, dan pasangan hidupnya kelak (WHO, 1993). Darmasih (2009) mengatakan bahwa remaja perkotaan berpeluang 1,5 kali untuk berperilaku berhubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja perdesaan.

## 2. Status ekonomi

Ismail (2006) menyatakan bahwa mereka yang berada pada tingkat sosial ekonomi menengah berpeluang 1,85 kali menyalahgunakan narkoba dibandingkan yang keluarga sangat miskin ( $p=0,006$ ;  $OR=1,85$ ;  $95\%CI=1,20-2,84$ ).

## 3. Akses terhadap media

Menurut Yusneri (2006) perilaku berisiko remaja berhubungan signifikan dengan akses informasi kesehatan yang diterima oleh remaja. Mereka yang mempunyai akses informasi kesehatan yang kurang berpeluang 4,778 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan yang mempunyai akses informasi yang cukup. Remaja yang tidak terpapar dengan radio, televisi, dan majalah dalam memberikan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, berpeluang 0,67 kali untuk berhubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja yang terpapar dengan ketiga media tersebut dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi (Darmasih, 2009).

### 2.5.3. Faktor Penguat

Faktor penguat adalah faktor-faktor yang dapat memperkuat terjadinya perilaku. Faktor penguat yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja adalah faktor pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orangtua

dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko (Sarwono, 2001; Raharni, 2002; Ismail, 2006; Iqbal, 2008; Darmasih, 2009; Handayani dan Herman, 2009; Sumiati, 2009).

### 1. Pendidikan Kepala Keluarga

Unit yang paling mendasar dari semua lingkungan sosial adalah keluarga. Keluarga adalah sumber utama dalam memenuhi kebutuhan dasar hidup maupun kesehatan seseorang, yaitu sebagai tempat mendapatkan cinta dan kasih sayang, makanan yang baik, pakaian yang memadai, air bersih, tempat berlindung, sanitasi, dan lain sebagainya (WHO, 1993).

Handayani dan Herman (2009) menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan kepala keluarga dengan perilaku minum alkohol remaja ( $p=0,03$ ). Remaja yang memiliki kepala keluarga berpendidikan tamat SLTP-tamat SLTA+berpeluang lebih rendah untuk berperilaku minum alkohol dibandingkan dengan remaja dengan pendidikan kepala keluarganya rendah.

### 2. Komunikasi dengan orang tua

Sulitnya komunikasi dengan orang tua akan menyebabkan perilaku berisiko yang tidak diharapkan, karena pendidik terbaik remaja adalah orang tua mereka sendiri, termasuk dalam hal ini adalah pendidikan mengenai kesehatan reproduksi. Membicarakan masalah seks adalah sesuatu yang sifatnya sangat pribadi sehingga dibutuhkan suasana yang tenang. Makin buruk taraf komunikasi antara remaja dengan orang tuanya, semakin besar kemungkinan remaja melakukan hubungan seksual pranikah (Sarwono, 2001). Darmasih (2009) mengatakan bahwa semakin baik peran keluarga dalam berkomunikasi dengan remajanya, maka semakin rendah kemungkinan remaja untuk berperilaku seksual pranikah ( $p=0,000$ ).

### 3. Keberadaan teman yang berperilaku berisiko

Sumber informasi yang mudah dijangkau oleh remaja ketika keingintahuannya mengenai masalah-masalah kesehatan reproduksi meningkat adalah teman-temannya sendiri. Informasi yang mereka dapatkan tidak selalu benar, terbaik, dan

bermutu, melainkan kadang kata-kata yang vulgar, jorok, sangat teknis (Sarwono, 2001). Raharni (2002) menemukan bahwa responden yang bergaul dengan teman sebaya yang menyalahgunakan narkoba 5,34 kali kemungkinannya untuk menyalahgunakan narkoba dibandingkan yang tidak mempunyai teman penyalahguna narkoba. Sedangkan Ismail (2006) menemukan bahwa penyalahgunaan narkoba berhubungan bermakna dengan adanya teman sebaya yang menjadi penyalahguna narkoba, yaitu 26,6 kali lebih besar peluangnya terjadi pada mereka yang memiliki teman pemakai narkoba dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki teman pemakai narkoba ( $p=0,001$ ;  $OR=26,6$ ).

Penelitian Iqbal (2008) tentang perilaku merokok pada remaja mengatakan bahwa sebanyak 83,9% responden yang merokok mempunyai teman yang merokok pula, dan ada hubungan yang bermakna antara perilaku merokok responden dengan keberadaan teman yang juga berperilaku merokok ( $p=0,003$ ;  $OR= 2$ ), yang artinya bahwa remaja yang mempunyai teman yang berperilaku merokok, berisiko berperilaku merokok juga sebanyak 2 kali lebih besar daripada remaja yang tidak mempunyai teman yang merokok juga. Sumiati (2009) mengatakan bahwa remaja yang memiliki teman sebaya yang berperilaku seksual berisiko cenderung 8,2 kali lebih tinggi untuk berperilaku seksual dibandingkan dengan remaja yang tidak punya teman yang pernah melakukan hubungan seksual.

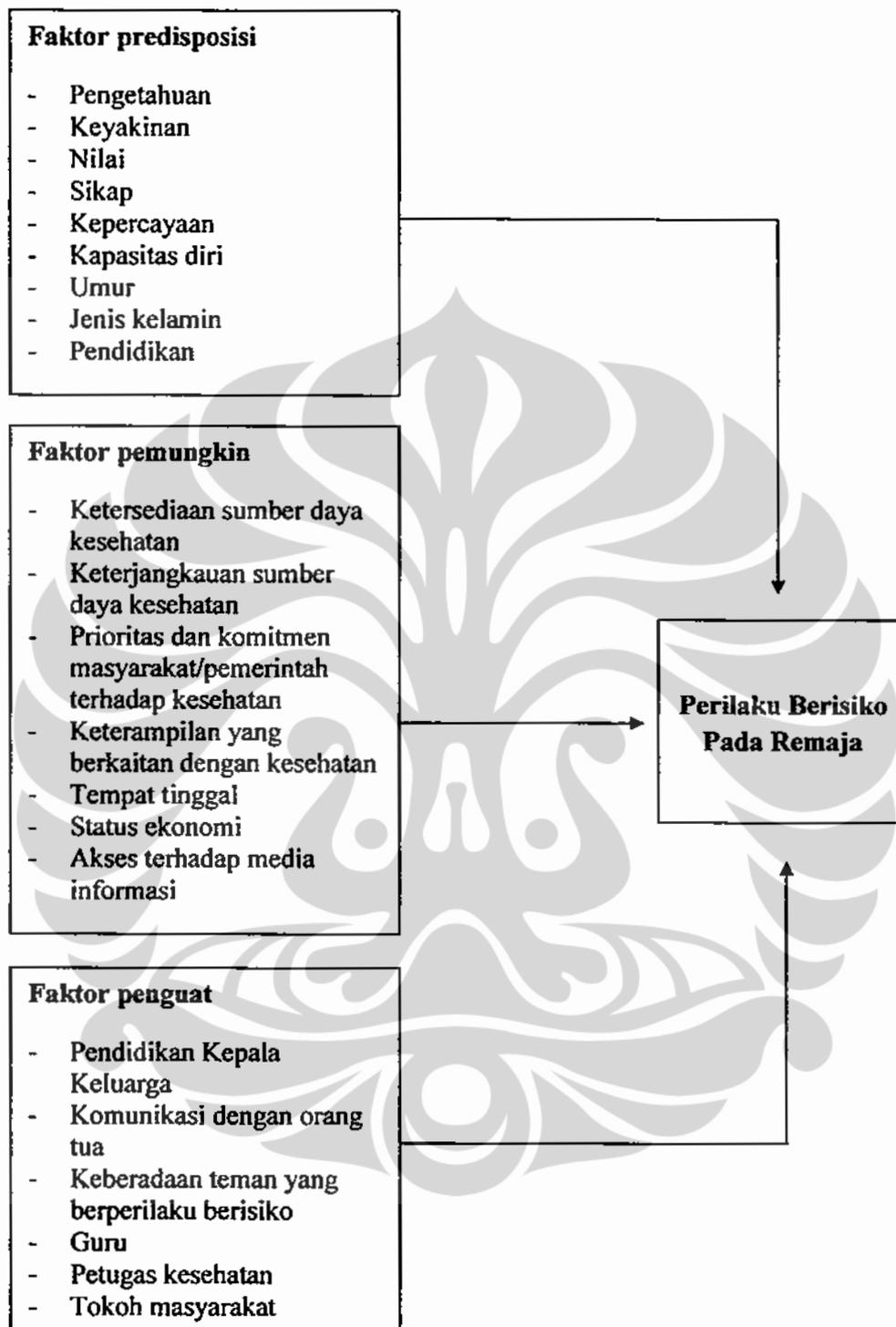
### BAB 3

## KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1. Kerangka Teori

Dari 5 (lima) jenis teori perilaku seperti yang penulis uraikan pada bab sebelumnya, maka kerangka teori yang penulis gunakan pada penelitian ini adalah kerangka teori PRECEDE-PROCEDE dari Green dan Kreuter (2005), karena kerangka teori tersebut lebih bersifat menyeluruh dan intervensi dapat dilakukan dalam setiap tahap perjalanan pembentukan perilaku, yaitu sejak tahap pemberian pendidikan kesehatan hingga status kesehatan dan kualitas hidup seorang remaja. Berdasarkan teori perilaku PRECEDE-PROCEDE dari Green dan Kreuter (2005) serta hasil-hasil penelitian sebelumnya, terdapat tiga faktor yang menyebabkan atau mempengaruhi suatu perilaku berisiko pada remaja, yaitu a) Faktor *predisposing* atau faktor yang melekat atau memotivasi yaitu faktor yang berasal dari dalam diri seorang remaja yang dijadikan sebagai alasan atau motivasi bagi seorang remaja atau sekelompok remaja untuk melakukan suatu perilaku; dimana yang termasuk dalam faktor ini adalah pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap, kepercayaan, kapasitas, umur, jenis kelamin, dan pendidikan; b) Faktor *enabling* atau faktor pemungkin yaitu faktor yang memungkinkan atau faktor yang dapat mendorong suatu perilaku tersebut dapat terlaksana yang meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat/pemerintah terhadap kesehatan, dan keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, serta faktor tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi; 3) faktor *reinforcing* atau faktor penguat yaitu faktor yang dapat memperkuat suatu perilaku tersebut terjadi, biasanya ditentukan oleh pihak ketiga atau orang lain yang meliputi keluarga, teman sebaya, guru, petugas kesehatan, tokoh masyarakat dan pengambil keputusan.

Gambar 3.1. di bawah ini adalah kerangka teori yang penulis bangun berdasarkan tinjauan pustaka sebelumnya.

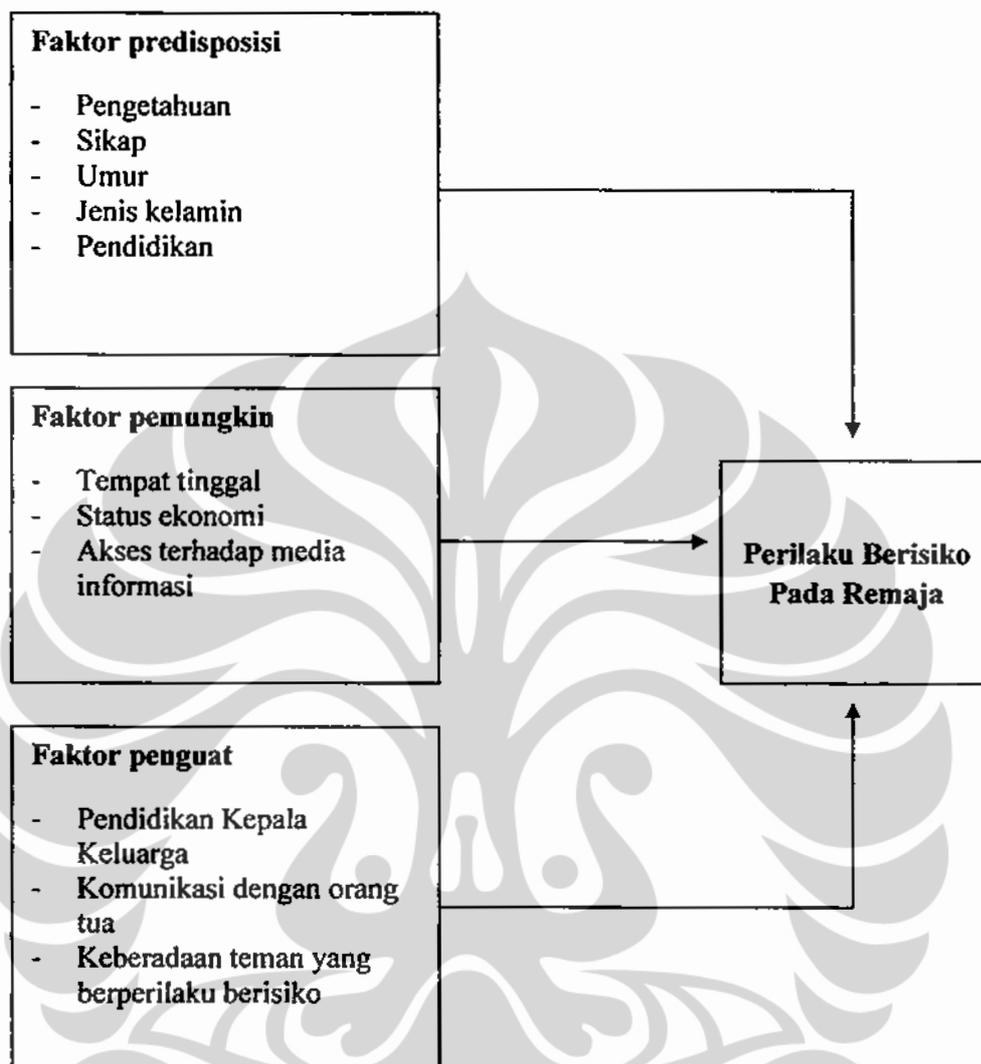


Gambar 3.1. Kerangka Teori Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja

### 3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori penelitian seperti gambar 3.1. di atas, kemudian dibuat suatu kerangka konsep penelitian yang merupakan penerapan dari kerangka teori tersebut. Karena keterbatasan variabel yang ada pada data sekunder yang penulis gunakan, maka tidak semua variabel yang ada pada kerangka teori penulis teliti.

Variabel dependen (terikat) yang penulis teliti adalah perilaku berisiko pada remaja, sedangkan variabel independen (bebas) adalah variabel-variabel yang meliputi faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan; Faktor pemungkin yaitu variabel tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi; dan Faktor penguat yaitu variabel pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko. Gambar 3.2. di bawah ini adalah kerangka konsep penelitian ini.



Gambar 3.2. Kerangka Konsep Determinan Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia

### 3.3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>VARIABEL DEPENDEN</b>					
	Perilaku Berisiko Pada Remaja	Adalah semua bentuk tindakan yang dilakukan seorang remaja yang dapat membahayakan kesehatan dan masa depannya, dalam hal ini adalah pernah merokok, pernah minum alkohol, pernah melakukan penyalahgunaan narkoba, dan pernah melakukan hubungan seksual pranikah	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan no. 501, 506, 511, 705	<ol style="list-style-type: none"> <li>Berisiko, jika responden pernah melakukan satu atau lebih dari 4 perilaku berisiko, yaitu merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah</li> <li>Tidak berisiko, jika responden tidak melakukan satu pun dari 4 perilaku berisiko</li> </ol>	Ordinal
<b>VARIABEL INDEPENDEN</b>					
1.	Pengetahuan	Adalah pemahaman responden tentang faktor penyebab, cara pencegahan, serta dampak dari perilaku yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan no. 211, 211A, 302, 303, 303A, 605A, 605C, 605E Setiap jawaban benar diberikan skor=1, salah skor=0, dan tidak tahu skor=0. Seluruh nilai dijumlah dan dikategorikan kurang dan baik dengan batasan nilai tengah. Untuk pertanyaan 211A, jika responden menjawab	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kurang, jika skor pengetahuan yang ditanyakan kurang dari nilai tengah, yaitu 6.</li> <li>Baik, jika skor pengetahuan yang ditanyakan <math>\geq</math> nilai tengah, yaitu 6.</li> </ol> <p>Karena data tidak berdistribusi normal, maka nilai tengah yang digunakan adalah median, yaitu 6.</p>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Sikap	Adalah respon setuju atau tidak setuju responden terhadap pertanyaan seputar kesehatan reproduksi	salah satu dari pilihan A s/d E, diberi skor=1, dan jika menjawab pilihan X dan Z diberi skor=0. Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 221, 717, 718, 719, 720, 721 Setiap pertanyaan / "favorable / disukai/diharapkan" diberi skor: setuju=1, tidak setuju=0, tidak tahu=0. Untuk pertanyaan "unfavorable/tidak disukai/tidak diharapkan" diberi skor: setuju=0, tidak setuju=1, tidak tahu=0, tergantung=0. Seluruh skor dijumlah dan dikategorikan sikap negatif dan positif dengan batasan nilai tengah	1. Sikap negatif, jika skor sikap yang ditanyakan < nilai tengah, yaitu 12 2. Sikap positif, jika skor sikap yang ditanyakan $\geq$ nilai tengah, yaitu 12  Karena data tidak berdistribusi normal, maka nilai tengah yang digunakan adalah median, yaitu 12	Ordinal
3.	Umur	Adalah lama hidup responden dalam tahun yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 103	1. 20-24 tahun 2. 15-19 tahun	Nominal
4.	Jenis Kelamin	Adalah ciri seksual primer dari responden	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 11	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
5.	Pendidikan	Adalah jenjang sekolah tertinggi yang pernah/sedang diduduki responden	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 105	1. Rendah, jika tidak lulus SLTA 2. Tinggi, jika lulus SLTA atau lebih	Ordinal
6.	Tempat tinggal	Adalah daerah dimana responden bermukim pada saat wawancara	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 5	1. Perkotaan 2. Perdesaan	Nominal
7.	Status ekonomi	Adalah tingkatan ekonomi rumah tangga dimana responden tinggal, yang dihitung berdasarkan data kepemilikan dan aset rumah tangga	Menggunakan data SDKI 2007 dari variabel <i>wealth index</i> , selanjutnya <i>wealth index</i> ini sudah diurut dari yang terendah sampai tertinggi, kemudian dibagi ke dalam 5 kelompok/kuintil, dari termiskin sampai dengan terkaya. Kemudian data tersebut dihubungkan dengan data SKRRI 2007 dengan menggunakan variabel kuncinya adalah kombinasi dari variabel propinsi, kab/kota, kecamatan dan no urut rumah tangga	1. Kuintil 1 (Termiskin) 2. Kuintil 2 (Menengah bawah) 3. Kuintil 3 (Menengah) 4. Kuintil 4 (Menengah atas) 5. Kuintil 5 (Terkaya)	Nominal
		Untuk kepentingan analisis bivariat dan multivariat, dikelompokkan lagi menjadi 2 kelompok, yaitu menengah ke atas dan menengah ke bawah	Mengelompokkan kembali kuintil tersebut ke dalam 2 kelompok	1. Kuintil 1-3 (termiskin hingga menengah) 2. Kuintil 4-5 (menengah atas hingga terkaya)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
8.	Akses terhadap media informasi	Adalah keterpaparan responden dengan media cetak dan elektronik dalam hal mendapatkan informasi tentang penundaan usia kawin, HIV-AIDS, IMS, kondom, narkoba, minum alkohol, dan pencegahan kehamilan	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 413, 415, 417 Jika responden menjawab ya, diberi skor=1 dan jika menjawab tidak diberi skor=0. Seluruh skor dijumlah dan dikategorikan dengan batasan nilai tengah	1. Kurang, jika total skor terhadap skor keterpaparan media cetak dan elektronik < nilai tengah, yaitu 7 2. Baik, jika total skor terhadap skor keterpaparan media cetak dan elektronik $\geq$ nilai tengah, yaitu 7  Karena data tidak berdistribusi normal, maka nilai tengah yang digunakan adalah median yaitu 7	Ordinal
9.	Pendidikan kepala keluarga	Adalah jenjang sekolah tertinggi yang pernah diduduki oleh kepala keluarga responden	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 18	1. Rendah, jika tidak lulus SLTA 2. Tinggi, jika lulus SLTA atau lebih	Ordinal
10.	Komunikasi dengan orang tua	Adalah proses pengiriman dan penerimaan pesan mengenai topik-topik kesehatan reproduksi antara responden dengan orangtuanya	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 203, 401, 402	1. Tidak aktif, jika seluruh jenis bentuk komunikasi dengan orang tua tidak aktif 2. Aktif, jika salah satu saja bentuk komunikasi dengan orang tua aktif	Ordinal
11.	Keberadaan teman yang berperilaku berisiko	Adalah adanya teman dari responden yang melakukan perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan berhubungan seksual pranikah	Menggunakan data SKRRI 2007 dari pertanyaan kuesioner no. 505(B), 509(B), 520, 715	1. Ada, jika ada salah satu teman dari responden yang melakukan salah satu atau lebih dari 4 perilaku berisiko, yaitu merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan berhubungan seksual pranikah 2. Tidak ada, jika tidak ada teman responden yang melakukan salah satu dari 4 perilaku berisiko	Ordinal

## BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

### 4.1. Sumber Data

#### 4.1.1. Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007

Data yang digunakan pada penelitian adalah data sekunder dari hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007, yang merupakan proyek kerjasama antara Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan (Depkes) serta MEASURE DHS Macro International, Inc. SKRRI 2007 merupakan survei yang kedua kali mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) yang berskala nasional di Indonesia dan dilaksanakan di 33 propinsi, dan dilaksanakan secara bersamaan atau terintegrasi dengan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 yang juga dilakukan oleh para pihak yang sama dengan SKRRI 2007.

SKRRI 2007 bertujuan untuk menyediakan data nasional dan provinsi tentang pengetahuan, sikap, perilaku, dan praktek remaja terhadap sistem reproduksi manusia, penggunaan rokok, konsumsi alkohol, penggunaan obat terlarang, hubungan seksual, HIV-AIDS dan penyakit menular seksual lain untuk pembuat kebijakan dan pengelola program (BPS, 2007).

#### 4.1.2. Rancangan Sampel SKRRI 2007

SKRRI 2007 adalah sub-sampel dari SDKI 2007. Kerangka sampel Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) 2007 digunakan sebagai kerangka sampel SDKI 2007, yang kemudian digunakan sebagai daftar sampel SKRRI 2007. Sampel Blok Sensus (BS) untuk SKRRI 2007 sama dengan sampel BS SDKI 2007. Dalam rancangan survei ini ditentukan paling sedikit 40 BS untuk setiap propinsi. Sebanyak 1.694 BS yang terdiri dari 676 di daerah perkotaan dan 1.018 di daerah perdesaan yang dipilih dari BS Sakernas 2007. Jumlah BS yang terpilih dalam setiap kabupaten/kota tidak dialokasikan secara proporsional terhadap

jumlah penduduk. Dengan demikian, penyesuaian penimbang akhir dilakukan untuk mendapatkan perkiraan seluruh variabel. Dalam setiap BS dilakukan *listing* bangunan dan rumah tangga secara lengkap dengan metode pengambilan sampel dua tahap (*second stage sampling*) (BPS, 2007).

Di setiap propinsi, pemilihan BS di wilayah perkotaan dan perdesaan dilakukan menggunakan *sampling* beberapa tahap (*multi stage stratified sampling*). Di daerah perkotaan, tahap pertama BS dipilih secara sistematis *sampling*. Di setiap BS terpilih, 25 rumah tangga dipilih secara acak. Di daerah perdesaan pemilihan rumah tangga dilakukan dengan tiga tahap. Tahap pertama, kecamatan dipilih dengan proporsi banyaknya rumah tangga. Di tahap kedua, di setiap kecamatan terpilih, dipilih BS dengan sistematis *sampling*. Di tahap ketiga, di setiap BS terpilih, dipilih 25 rumah tangga secara acak. Dari hasil *sampling* seperti di atas, terpilih 42.341 rumah tangga sebagai sampel, dimana 41.131 berhasil ditemui. Dari seluruh rumah tangga yang ditemukan dalam survei, 40.701 dapat diwawancarai dengan sukses, menghasilkan tingkat respon sebesar 99 persen.

Dari wawancara rumah tangga, 9.398 responden perempuan dan 12.541 responden laki-laki telah diidentifikasi untuk wawancara individu. Dari seluruh responden tersebut, wawancara berhasil dilaksanakan untuk 8.481 responden perempuan dan 10.830 responden laki-laki, yang masing-masing berusia 15-24 tahun dan berstatus belum kawin, dengan menghasilkan tingkat respon masing-masing 90 dan 86 persen. Respon yang lebih rendah untuk laki-laki kebanyakan berkaitan dengan ketidakhadiran laki-laki yang lebih sering dan lebih lama di rumah tangga tersebut. Tingkat respon ini lebih tinggi dari mereka yang diwawancarai dalam SKRRI 2002-2003, yaitu masing-masing sebesar 83% dan 80% (BPS, 2007).

#### **4.2. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi analitik dengan menggunakan data sekunder SKRRI 2007 dan rancangan penelitian yang digunakan adalah jenis rancangan

penelitian potong lintang (*cross sectional*), yaitu variabel independen dan variabel dependen diukur secara bersama dalam kurun waktu yang bersamaan.

### **4.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.3.1. Populasi Penelitian**

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh remaja berusia 15-24 tahun belum kawin pada SKRRI 2007.

#### **4.3.2. Sampel**

Sampel atau unit analisis dari penelitian ini adalah remaja usia 15-24 tahun belum kawin yang berhasil diwawancarai oleh SKRRI 2007, yaitu sebanyak 19.311 responden, yang terdiri dari 8.481 responden perempuan dan 10.830 responden laki-laki, yang berhasil didapatkan (*disampling*) sesuai dengan rancangan sampel yang digunakan oleh SKRRI 2007.

### **4.4. Manajemen dan Analisis Data**

#### **4.4.1. Manajemen Data**

Setelah mendapatkan data SKRRI 2007, maka manajemen atau pengolahan data yang penulis lakukan adalah:

1. Mempelajari variabel-variabel yang terpilih dari kuesioner, mengeksplorasi data sesuai dengan tujuan penelitian.
2. Menggabungkan data SDKI07-R (Daftar Pertanyaan Remaja) dengan data SDKI07-RT (Daftar Rumah Tangga) untuk menganalisis variabel status ekonomi dan pendidikan kepala keluarga.
3. Mengecek data, pembersihan data, maupun menghapus data yang berada di luar analisis.
4. Merekode ulang pada variabel-variabel terpilih yang sudah sesuai dengan definisi operasional dan kuesioner yang ada.
5. Melakukan perhitungan (*scoring*), komposit atau penggabungan data dari berbagai variabel dalam kuesioner dan mengkategorikannya sesuai dengan definisi operasional penelitian.
6. Melakukan analisis data sesuai dengan tujuan penelitian.

#### 4.4.2. Analisis Data

##### 1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk memberikan gambaran secara deskriptif masing-masing variabel yang terdapat pada penelitian ini, yaitu variabel dependen yang berupa kejadian perilaku berisiko remaja, serta variabel independen yang berupa faktor predisposisi, faktor pemungkin, serta faktor penguat. Untuk jenis variabel komposit, terlebih dahulu dilakukan analisis gambaran variabel sebelum dikompositkan/dikategorikan, kemudian bagaimana cara skoring maupun pengkategorianya serta nilai tengah yang digunakan.

##### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel, yaitu variabel independen terhadap variabel dependen, dengan menggunakan uji *Chi square*, karena variabel independen dan dependen sama-sama berjenis katagorik. Di samping itu juga dilakukan analisis bivariat di antara variabel perilaku berisiko sesuai dengan teori dan hasil-hasil penelitian sebelumnya.

##### 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel-variabel dominan yang berhubungan dengan kejadian perilaku berisiko remaja jika dianalisis secara bersamaan, serta mengetahui variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja di Indonesia. Karena jenis variabel independen dan dependen dalam penelitian ini adalah katagorik-katagorik, maka uji analisis yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda. Terdapat syarat-syarat dan tahapan analisis multivariat yang harus dipenuhi, yaitu diawali dengan menentukan variabel kandidat melalui uji regresi logistik sederhana dengan kriteria nilai  $p < 0,25$  atau  $p > 0,25$  tetapi secara substansi dinilai penting.

Pemodelan multivariat dilakukan secara bertahap dengan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$  dan dikeluarkan satu persatu diurut dari nilai  $p$  terbesar sehingga didapatkan semua variabel yang masuk ke dalam model akhir multivariat adalah variabel dengan nilai  $p \leq 0,05$ .

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

### 5.1. Ketersediaan Data

Data SKRRI 2007 ini penulis dapatkan dari Badan Pusat Statistik, dimana data tersebut sudah merupakan data yang sudah di-*cleaning* (data yang sudah bersih), dipilih berdasarkan variabel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dan sudah dilakukan pembobotan sehingga sudah siap untuk dianalisis. Jumlah responden penelitian ini adalah 19.311 remaja berusia 15-24 tahun, sama halnya dengan jumlah responden yang terlibat dalam SKRRI 2007.

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah analisis univariat, bivariat, dan multivariat. Analisis univariat dilakukan dengan membuat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang terdapat dalam kerangka konsep. Analisis bivariat dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji *Chi square* pada tingkat kemaknaan ( $\alpha$ ) 5% dan membuat tabel silang antar variabel perilaku berisiko untuk melihat hubungannya satu sama lain. Selanjutnya dilakukan analisa multivariat dengan uji regresi logistik ganda yang diawali dengan seleksi bivariat dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Variabel kandidat ditetapkan berdasarkan nilai p, variabel yang dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat adalah variabel yang mempunyai nilai  $p < 0,25$ . Analisa multivariat ini dimaksudkan untuk mengetahui variabel independen mana yang paling dominan hubungannya terhadap kejadian variabel dependen.

### 5.2. Hasil Analisis Univariat

Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen yang meliputi variabel pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan remaja, tempat tinggal, status ekonomi, akses terhadap media informasi, pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua serta keberadaan teman yang berperilaku berisiko, sedangkan variabel

dependen yaitu perilaku berisiko yang merupakan penggabungan dari perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, serta hubungan seksual pranikah.

### 5.2.1. Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia

Tabel 5.2.1 menunjukkan hasil analisis univariat dari variabel dependen penelitian ini, yaitu perilaku berisiko pada remaja. Perilaku berisiko pada remaja dalam penelitian ini merupakan komposit dari 4 jenis perilaku berisiko pada remaja yang dapat terjadi saling berkaitan, yaitu perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan melakukan hubungan seksual pranikah.

Tabel 5.2.1  
Gambaran 4 jenis perilaku berisiko pada remaja  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Variabel Perilaku Berisiko	Jumlah	Persentase
Merokok		
Ya	10.176	52,7
Tidak	9.135	47,3
Minum alkohol		
Ya	4.761	24,7
Tidak	14.550	75,3
Penyalahgunaan narkoba		
Ya	651	3,4
Tidak	18.660	96,6
Hubungan seksual pranikah		
Ya	801	4,1
Tidak	18.510	95,9

Hasil analisis menunjukkan bahwa remaja yang berperilaku berisiko terdiri dari: 10.176 (52,7%) remaja pernah merokok, 4.761 (24,7%) remaja pernah minum alkohol, 651 (3,4%) remaja pernah melakukan penyalahgunaan narkoba, dan 801 (4,1%) remaja pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Dari ke-empat jenis perilaku di atas, dikelompokkan ke dalam variabel perilaku berisiko. Responden dikatakan berperilaku berisiko apabila pernah melakukan salah satu dari keempat jenis perilaku seperti tabel 5.2.1 di atas. Hasil analisis menunjukkan bahwa 55,2% responden pernah melakukan perilaku berisiko dan 44,8% tidak pernah

melakukan perilaku berisiko. Berikut adalah tabel yang menggambarkan perilaku berisiko responden.

Tabel 5.2.2  
Distribusi responden menurut perilaku berisiko  
SKRRI 2007

Variabel Perilaku Berisiko	Jumlah	Persentase
Ya berisiko	10.661	55,2
Tidak berisiko	8.650	44,8
Jumlah	19.311	100,0

### 5.2.2. Faktor Predisposisi

Yang termasuk dalam faktor predisposisi pada penelitian ini adalah variabel pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, Hasil analisis univariat dari faktor-faktor predisposisi dapat dilihat pada tabel 5.2.3 hingga tabel 5.2.10. Masing-masing variabel dari faktor predisposisi disajikan gambarannya terlebih dahulu sebelum dikategorikan dan cara penulis mengkategorikan sesuai dengan definisi operasional penelitian ini.

Tabel 5.2.3.  
Gambaran pengetahuan responden tentang perilaku seksual  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Pengetahuan responden	Jumlah	Persentase
Tahu bahwa wanita dapat hamil dengan satu kali berhubungan		
Ya	10.307	53,4
Tidak	9.004	46,6
Tahu cara menghindari kehamilan		
Ya	10.632	55,1
Tidak	8.679	44,9
Tahu tentang umur berapa sebaiknya wanita menikah		
Ya	17.852	92,4
Tidak	1.459	7,6
Tahu tentang umur berapa sebaiknya laki-laki menikah		
Ya	17.531	90,8
Tidak	1.780	9,2
Tahu bahwa harus periksa kesehatan (tubuh, darah, air seni) sebelum menikah		
Ya	15.807	81,9
Tidak	3.504	18,1

Tabel 5.2.3.(lanjutan)  
Gambaran pengetahuan responden tentang perilaku seksual  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Pengetahuan responden	Jumlah	Persentase
Tahu penularan HIV-AIDS berkurang jika berhubungan seks hanya dengan seorang yang tidak punya pasangan lain		
Ya	10.357	53,6
Tidak	8.954	46,4
Tahu penularan HIV-AIDS berkurang dengan cara menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seks		
Ya	10.492	54,3
Tidak	8.819	45,7
Tahu penularan HIV-AIDS berkurang jika tidak melakukan hubungan seks sama sekali		
Ya	10.201	52,8
Tidak	9.110	47,2

Dari 8 (delapan) pertanyaan tentang variabel pengetahuan, setiap jawaban benar diberi skor=1, jawaban salah dan tidak tahu diberi skor=0. Untuk kepentingan analisis, skor pengetahuan dikompositkan/dijumlahkan dan dicari nilai tengahnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa skor pengetahuan sebagai berikut: nilai min-maks=0-8, mean=5,34, median=6,00, mode=7, SD=1,930, SE=0,014, uji kenormalan data menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal yaitu ditunjukkan oleh nilai *skewness* : *std error of skewness* yang lebih dari 2, yaitu=  $0,572 : 0,018 = 31,78$  sehingga nilai tengah yang digunakan untuk pengkategorian adalah median, yaitu 6. Selanjutnya pengetahuan dikategorikan menjadi 2 kategori sebagai berikut: responden yang mempunyai skor pengetahuan  $\geq 6$  berpengetahuan baik dan responden yang skor pengetahuan  $< 6$  berpengetahuan kurang, seperti tabel 5.2.4.

Tabel 5.2.4.  
Distribusi responden menurut variabel pengetahuan perilaku seksual  
SKRRI 2007

Variabel Pengetahuan	Jumlah	Persentase
Kurang	9.274	48,0
Baik	10.037	52,0
Jumlah	19.311	100,0

Dari hasil analisis univariat diketahui bahwa sebanyak 9.274 (48%) responden berpengetahuan kurang dan 10.037 (52%) responden berpengetahuan baik. Sedangkan tabel 5.2.5 berikut ini menunjukkan gambaran sikap responden terhadap perilaku seksual.

Tabel 5.2.5.  
Gambaran sikap responden terhadap perilaku seksual  
SKRRI 2007 (n=19.311)

No	Sikap responden	Jumlah	Persentase
1.	Kondom dapat mencegah kehamilan		
	Setuju	14.812	76,7
	Tidak setuju	4.499	23,3
2.	Kondom dapat mencegah HIV-AIDS		
	Setuju	13.194	68,3
	Tidak setuju	6.117	31,7
3.	Kondom tidak dapat dipakai ulang		
	Setuju	14.859	76,9
	Tidak setuju	4.452	23,1
4.	Laki-laki tidak boleh punya banyak pacar dalam waktu bersamaan		
	Setuju	14.868	77,0
	Tidak setuju	4.443	23,0
5.	Perempuan tidak boleh punya banyak pacar dalam waktu bersamaan		
	Setuju	16.956	87,8
	Tidak setuju	2.355	12,2
6.	Perempuan tidak boleh melakukan hubungan seksual pranikah		
	Setuju	18.360	95,1
	Tidak setuju	951	4,9
7.	Laki-laki tidak boleh melakukan hubungan seksual pranikah		
	Setuju	17.825	92,3
	Tidak setuju	1.486	7,7
8.	Hubungan seksual pranikah tidak dapat dilakukan hanya karena suka sama suka		
	Setuju	16.395	84,9
	Tidak setuju	2.916	15,1
9.	Hubungan seksual pranikah tidak dapat dilakukan hanya karena saling mencintai		
	Setuju	16.341	84,6
	Tidak setuju	2.970	15,4
10.	Hubungan seksual pranikah tidak dapat dilakukan hanya karena akan menikah		
	Setuju	16.036	83,0
	Tidak setuju	3.275	17,0
11.	Hubungan seksual pranikah tidak dapat dilakukan hanya karena dewasa dan tahu akibatnya		
	Setuju	17.181	89,0
	Tidak setuju	2.130	11,0

Tabel 5.2.5.(lanjutan)  
Gambaran sikap responden terhadap perilaku seksual  
SKRRI 2007 (n=19.311)

No.	Sikap responden	Jumlah	Persentase
12.	Hubungan seksual pranikah tidak dapat dilakukan hanya karena untuk menunjukkan rasa cinta		
	Setuju	17.188	89,0
	Tidak setuju	2.123	11,0
13.	Mempertahankan keperawanan penting bagi perempuan		
	Setuju	18.971	98,2
	Tidak setuju	340	1,8

Untuk kepentingan analisis, skor sikap dijumlahkan dan dicari nilai tengahnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa skor sikap sebagai berikut: min-maks=0-13, mean=11,03, median=12,00, mode=13, SD=2,213, SE=0,016, uji kenormalan data menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal yaitu ditunjukkan oleh nilai *skewness : std error of skewness* yang lebih dari 2, yaitu =  $1,432 : 0,018 = 79,56$  sehingga nilai tengah yang digunakan untuk pengkategorian adalah median, yaitu 12. Selanjutnya sikap dikategorikan menjadi 2 kategori sebagai berikut: responden yang mempunyai skor sikap  $\geq 12$  bersikap positif dan responden yang skor sikap  $< 12$  bersikap negatif, seperti disajikan pada tabel 5.2.6 di bawah ini.

Tabel 5.2.6.  
Distribusi responden menurut variabel sikap terhadap perilaku seksual  
SKRRI 2007

Variabel Sikap	Jumlah	Persentase
Negatif	8.767	45,4
Positif	10.544	54,6
Jumlah	19.311	100,0

Variabel dari faktor predisposisi lainnya adalah umur responden. Umur responden termuda adalah 15 tahun dan responden tertua pada penelitian ini adalah mereka yang berusia 24 tahun. Rata-rata umur responden adalah 18,57 tahun dengan median 18,00, mode=15 dan standar deviasi 2,750. Jika melihat nilai perbandingan antara *skewness : std error of skewness* yang lebih dari 2, yaitu =  $0,418 : 0,18 = 2,32$ , maka data umur juga tidak berdistribusi normal. Namun untuk kepentingan analisis, sesuai dengan indikator program kesehatan dan

kependudukan, umur responden dikategorikan menjadi 2, yaitu responden yang berumur 15-19 tahun dan responden yang berumur 20-24 tahun. Distribusi frekuensi umur responden setelah dikategorikan digambarkan pada tabel 5.2.7.

Tabel 5.2.7.  
Distribusi responden menurut variabel umur  
SKRRI 2007

Variabel umur	Jumlah	Persentase
20-24 tahun	6.821	35,3
15-19 tahun	12.490	64,7
Jumlah	19.311	100,0

Dari hasil analisis diketahui bahwa jumlah responden terbanyak adalah mereka yang tergolong dalam kelompok umur 15-19 tahun, yaitu sebanyak 12.490 (64,7%) responden. Sedangkan untuk yang berumur 20-24 tahun terdapat sebanyak 6.821 (35,3%) responden.

Tabel 5.2.8.  
Distribusi responden menurut variabel jenis kelamin  
SKRRI 2007

Variabel jenis kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	10.830	56,1
Perempuan	8.481	43,9
Jumlah	19.311	100,0

Tabel 5.2.8 menunjukkan kategori jenis kelamin responden, yaitu terdapat 10.830 (56,1%) responden yang berjenis kelamin laki-laki dan 8.481 (43,9%) responden yang berjenis kelamin perempuan.

Tabel 5.2.9.  
Gambaran tingkat pendidikan responden  
SKRRI 2007

Tingkat pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	3.476	18,0
SLTP	4.929	25,5
SLTA	8.862	45,9
D1/D2/D3	790	4,1
Sarjana	1.254	6,5
Jumlah	19.311	100,0

Tingkat pendidikan responden pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan tertinggi yang pernah/sedang diduduki oleh responden. Dari tabel 5.2.9 di atas, untuk kepentingan analisis penelitian, maka tingkat pendidikan responden dikelompokkan ke dalam tingkat pendidikan tinggi (yaitu responden yang telah lulus dari SLTA, Diploma, dan Sarjana) dan tingkat pendidikan rendah (yaitu responden yang tidak lulus SLTA). Kelompok tingkat pendidikan responden di sajikan dalam tabel 5.2.10 berikut ini.

Tabel 5.2.10.  
Distribusi responden menurut variabel pendidikan  
SKRRI 2007

Variabel pendidikan	Jumlah	Persentase
Rendah	8.405	43,5
Tinggi	10.906	56,5
Jumlah	19.311	100,0

Setelah dikelompokkan, dari hasil analisis didapatkan bahwa sebanyak 8.405 (43,5%) responden berpendidikan rendah dan 10.906 (56,5%) responden berpendidikan tinggi.

### 5.2.3. Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin dalam penelitian ini adalah tempat tinggal, status ekonomi rumah tangga di mana remaja tinggal, dan akses responden terhadap media informasi. Hasil analisis univariat untuk faktor pemungkin dapat dilihat pada tabel 5.2.11 hingga tabel 5.2.16.

Dari hasil analisis variabel daerah tempat tinggal, diketahui bahwa sebanyak 9.955 (51,6%) responden bertempat tinggal di perkotaan dan sebanyak 9.356 (48,4%) bertempat tinggal di daerah perdesaan. Distribusi frekuensi dari variabel daerah tempat tinggal digambarkan pada tabel 5.2.11 di bawah ini.

Tabel 5.2.11  
Distribusi responden menurut variabel tempat tinggal  
SKRRI 2007

Variabel tempat tinggal	Jumlah	Persentase
Perkotaan	9.955	51,6
Perdesaan	9.356	48,4
Jumlah	19.311	100,0

Faktor pemungkin lainnya yang dapat digambarkan pada penelitian ini adalah gambaran tingkat ekonomi responden. Gambaran tingkat ekonomi responden meliputi tentang berbagai macam pertanyaan tentang kepemilikan barang/jasa dan sebagainya yang dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan suatu rumah tangga.

Tabel 5.2.12.  
Gambaran tingkat ekonomi responden  
SKRRI 2007

Tingkat ekonomi	Jumlah	Persentase
Kuintil 1 (Termiskin)	2.903	15,0
Kuintil 2 (Menengah bawah)	3.453	17,9
Kuintil 3 (Menengah)	3.933	20,4
Kuintil 4 (Menengah atas)	4.216	21,8
Kuintil 5 (Terkaya)	4.806	24,9
Jumlah	19.311	100,0

Tabel 5.2.12 memperlihatkan tingkat atau status ekonomi rumah tangga dimana responden tinggal. Hasil analisis menunjukkan bahwa 15% responden merupakan kelompok status ekonomi termiskin, 17,9% menengah bawah, 20,4% menengah, 21,8% menengah atas, dan 24,9% kelompok terkaya. Persentase kelompok status ekonomi tertinggi adalah responden yang termasuk dalam kuintil 5 atau status ekonomi terkaya dan persentase terendah adalah kelompok status ekonomi kuintil 1 atau termiskin.

Dari tabel di atas, untuk kepentingan analisis penelitian, maka tingkat ekonomi responden dikelompokkan ke dalam tingkat ekonomi kuintil 1-3 (termiskin hingga menengah) dan tingkat ekonomi kuintil 4-5 (menengah atas hingga terkaya). Kelompok tingkat ekonomi responden di sajikan dalam tabel 5.2.13 berikut ini.

Tabel 5.2.13.  
Distribusi responden menurut variabel tingkat ekonomi  
SKRRI 2007

Variabel tingkat ekonomi	Jumlah	Persentase
Kuintil 1-3 (termiskin hingga menengah)	10.289	53,3
Kuintil 4-5 (menengah atas hingga terkaya)	9.022	46,7
Jumlah	19.311	100,0

Akses terhadap media informasi merupakan komposit jawaban dari 21 pertanyaan mengenai akses informasi yang didapat melalui media cetak, radio, dan televisi mengenai hal-hal penundaan usia kawin, HIV-AIDS, IMS, iklan kondom, narkoba, minuman keras, dan cara mencegah kehamilan. Gambaran distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis informasi kesehatan reproduksi yang diakses pada 6 bulan terakhir sebelum survei dari berbagai media dapat dilihat pada tabel 5.2.14 di bawah ini.

Tabel 5.2.14.  
Gambaran jenis informasi yang pernah diakses responden  
pada ketiga jenis media informasi dalam 6 bulan terakhir  
SKRRI 2007

Jenis informasi yang diakses	Media Cetak		Radio		Televisi	
	f	%	f	%	f	%
Penundaan usia kawin	2.086	10,8	1.781	9,2	3.265	16,9
HIV-AIDS	7.224	37,4	6.267	32,5	11.550	59,8
IMS	3.781	19,6	2.929	15,2	4.876	25,3
Kondom	6.189	32,1	5.356	27,7	12.836	66,5
Narkoba	9.783	50,7	8.851	45,8	14.697	76,1
Minuman keras	8.626	44,7	7.466	38,7	13.009	67,4
Mencegah kehamilan	3.931	20,4	3.125	16,2	6.330	32,8

Dari tabel 5.2.14 terlihat bahwa informasi mengenai narkoba adalah yang paling banyak diakses oleh responden dari media cetak (50,7%), radio (45,8%), dan televisi (76,1%) dalam 6 bulan terakhir. Sedangkan informasi mengenai penundaan usia kawin adalah yang paling sedikit diakses oleh responden dari ketiga jenis media, yaitu media cetak (10,8%), radio (9,2%), dan televisi (16,9%).

Tabel 5.2.15 di bawah ini menggambarkan mengenai sejauh mana responden mengakses informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, baik di media cetak maupun elektronik.

Tabel 5.2.15.  
Gambaran akses responden terhadap media informasi  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Akses terhadap media informasi	Jumlah	Persentase
Media Cetak		
Baik	5.945	30,8
Kurang	13.366	69,2
Radio		
Baik	4.719	24,4
Kurang	14.592	75,6
Televisi		
Baik	10.158	52,6
Kurang	9.153	47,4

Pada tabel 5.2.15 terlihat bahwa responden yang dikategorikan memiliki akses informasi yang baik pada media cetak sebanyak 5.945 (30,8%) responden, radio sebanyak 4.719 (24,4%), dan televisi sebanyak 10.158 (52,6%). Dari ketiga jenis media, terlihat bahwa persentase akses informasi tentang kesehatan reproduksi yang terbesar adalah melalui media elektronik yaitu televisi.

Pada akses terhadap media cetak, terdapat 7 pertanyaan tentang apakah responden pernah mengakses 7 jenis informasi (tentang penundaan usia kawin, HIV-AIDS, IMS, iklan kondom, narkoba, minuman keras dan cara mencegah kehamilan). Demikian juga halnya dengan radio dan televisi, masing-masing ada 7 pertanyaan seperti di atas. Dari 21 pertanyaan tentang variabel gambaran informasi kesehatan reproduksi yang pernah diakses melalui media, setiap jawaban pernah mengakses diberi skor=1 dan jawaban tidak pernah mengakses diberi skor=0. Untuk kepentingan analisis, skor akses terhadap media informasi dikompositkan dan dicari nilai tengahnya. Hasil analisis menunjukkan bahwa skor akses media informasi sebagai berikut: min-maks=0-21, mean=7,45, median=7,00, mode=0, SD=5,376, SE=0,039, uji kenormalan data menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal yaitu ditunjukkan oleh nilai *skewness : std error of skewness* yang lebih dari 2, yaitu = 0,443 : 0,18 = 24,61 sehingga nilai tengah yang

digunakan untuk pengkategorian adalah median=7. Selanjutnya akses terhadap media informasi dikategorikan menjadi 2 kategori sebagai berikut: responden yang mempunyai skor  $\geq 7$  mempunyai akses informasi yang baik terhadap media cetak maupun elektronik dan responden dengan skor  $< 7$  berarti mempunyai akses informasi yang kurang, seperti tabel 5.2.16 di bawah ini.

Tabel 5.2.16.  
Distribusi responden menurut variabel akses terhadap media informasi SKRRI 2007

Variabel akses media informasi	Jumlah	Persentase
Kurang	9.243	47,9
Baik	10.068	52,1
Jumlah	19.311	100,0

Hasil analisis yang dapat dilihat pada tabel 5.2.16 menunjukkan bahwa akses informasi responden terhadap media cetak maupun elektronik dalam 6 bulan terakhir sebelum survei yang dikategorikan kurang sebanyak 9.243 (47,9%) responden dan sebanyak 10.068 (52,1%) responden memiliki akses informasi yang dikategorikan baik. Hal ini berarti pada umumnya sudah lebih banyak remaja yang mengakses informasi melalui berbagai media cetak maupun elektronik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan informasi mengenai kesehatan reproduksi.

#### 5.2.4. Faktor Penguat

Variabel yang termasuk ke dalam faktor penguat pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko. Gambaran mengenai ketiga faktor penguat tersebut disajikan pada tabel 5.2.17 hingga tabel 5.2.22 berikut ini.

Tabel 5.2.17.  
Gambaran tingkat pendidikan kepala keluarga responden  
SKRRI 2007

Tingkat pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	9.610	49,8
SLTP	2.698	14,0
SLTA	3.581	18,5
D1/D2/D3	513	2,7
Sarjana	1.369	7,1
Data hilang ( <i>missing</i> )	1.539	8,0
Jumlah	19.311	100,0

Dari tabel 5.2.17 di atas, terlihat bahwa persentase tertinggi adalah kepala keluarga yang berpendidikan SD (49,8%) dan persentase terendah adalah mereka yang berpendidikan Diploma (2,7%). Untuk kepentingan analisis penelitian, maka tingkat pendidikan kepala keluarga responden dikelompokkan ke dalam tingkat pendidikan tinggi (yaitu kepala keluarga responden yang lulus SLTA, Diploma, dan Sarjana) dan tingkat pendidikan rendah (yaitu kepala keluarga responden yang tidak lulus SLTA). Kelompok tingkat pendidikan kepala keluarga responden di sajikan dalam tabel 5.2.18. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 12.309 (63,7%) kepala keluarga berpendidikan rendah, 5.463 (28,3%) kepala keluarga responden berpendidikan tinggi, dan sebanyak 1.539 (8,0%) adalah data hilang atau kepala keluarga tidak menjawab pertanyaan tentang pendidikan tertinggi yang berhasil ditamatkan.

Tabel 5.2.18.  
Distribusi responden menurut variabel pendidikan kepala keluarga  
SKRRI 2007

Variabel pendidikan KK	Jumlah	Persentase
Rendah	12.309	63,7
Tinggi	5.463	28,3
Tidak menjawab/data hilang	1.539	8,0
Jumlah	19.311	100,0

Variabel komunikasi dengan orang tua merupakan penggabungan jawaban dari pertanyaan tentang komunikasi responden dengan bapak atau ibu mengenai perubahan tubuh dari anak-anak menjadi remaja, komunikasi hal-hal yang

berkaitan dengan kesehatan reproduksi, dan komunikasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi secara lebih jauh. Pembicaraan mengenai kesehatan reproduksi meliputi pembicaraan tentang sistem reproduksi manusia, fisiologi reproduksi, mimpi basah, menstruasi, masa subur, kehamilan, infeksi menular seksual, dan metode keluarga berencana. Sedangkan pembicaraan mengenai kesehatan reproduksi secara lebih jauh adalah pembicaraan tentang masalah seksual yang berkaitan dengan infeksi menular seksual, termasuk HIV-AIDS, *sipilis*, *gonorrhoea*, dan lainnya, komplikasi infeksi menular seksual terhadap kesuburan dan bayinya bila mereka menikah.

Tabel 5.2.19.  
Gambaran komunikasi responden dengan orang tua  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Jenis komunikasi dengan orang tua	Jumlah	Persentase
Perubahan tubuh dari anak menjadi remaja		
Aktif	2.120	11,0
Tidak aktif	17.191	89,0
Membicarakan masalah kespro		
Aktif	5.345	27,7
Tidak aktif	13.966	72,3
Membicarakan kespro secara lebih jauh		
Aktif	4.163	21,6
Tidak aktif	15.148	78,4

Tabel 5.2.20.  
Distribusi responden menurut variabel komunikasi dengan orang tua  
tentang kesehatan reproduksi  
SKRRI 2007

Variabel komunikasi dengan ortu	Jumlah	Persentase
Tidak aktif	11.694	60,6
Aktif	7.617	39,4
<b>Jumlah</b>	<b>19.311</b>	<b>100,0</b>

Tabel 5.2.19 memperlihatkan gambaran komunikasi antara responden dengan orang tuanya dan tabel 5.2.20 menunjukkan variabel komunikasi antara responden dengan orang tuanya setelah dikategorikan. Komunikasi dengan orangtua dikategorikan aktif apabila responden berkomunikasi dengan aktif pula pada salah

satu dari ketiga pertanyaan tentang komunikasi seperti pada tabel 5.2.19 di atas. Dari tabel 5.2.20 dapat terlihat bahwa hanya 7.617 (39,4%) responden yang berkomunikasi aktif dengan orang tuanya, sedangkan 11.694 (60,6%) responden tidak berkomunikasi aktif dengan orang tuanya.

Tabel 5.2.21.  
Gambaran responden yang memiliki teman berperilaku berisiko  
SKRRI 2007 (n=19.311)

Variabel teman berperilaku berisiko	Jumlah	Persentase
Merokok		
Ada	12.362	64,0
Tidak ada	6.949	36,0
Minum alkohol		
Ada	11.164	57,8
Tidak ada	8.147	42,2
Penyalahgunaan narkoba		
Ada	7.853	40,7
Tidak ada	11.458	59,3
Hubungan seksual pranikah		
Ada	11.320	58,6
Tidak ada	7.991	41,4

Tabel 5.2.21 memperlihatkan bahwa sebanyak 64,0% responden memiliki teman yang merokok, 57,8% responden memiliki teman yang minum alkohol, 40,7% responden memiliki teman yang melakukan penyalahgunaan narkoba, dan 58,6% responden memiliki teman yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Sama halnya dengan perilaku berisiko responden, jenis perilaku berisiko teman sebaya responden yang tertinggi adalah perilaku merokok.

Tabel 5.2.22.  
Distribusi responden menurut variabel keberadaan teman yang berperilaku berisiko  
SKRRI 2007

Variabel teman berperilaku berisiko	Jumlah	Persentase
Ada	16.838	87,2
Tidak ada	2.473	12,8
Jumlah	19.311	100,0

Komposit variabel keberadaan teman yang berperilaku berisiko dilakukan dengan kriteria: jika responden mempunyai teman yang melakukan salah satu dari keempat perilaku berisiko seperti di atas, dikategorikan sebagai responden yang mempunyai teman yang berperilaku berisiko seperti tergambar pada tabel 5.2.22 di atas. Tabel 5.2.22 menunjukkan bahwa sebanyak 16.838 (87,2%) responden memiliki teman yang berperilaku berisiko dan hanya 2.473 (12,8%) responden tidak memiliki teman yang berperilaku berisiko.

### 5.3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan di antara variabel perilaku berisiko sebelum dikompositkan, dan juga hubungan antara faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat dengan variabel perilaku berisiko. Uji statistik yang digunakan pada analisis bivariat ini adalah uji *chi square* karena kedua jenis variabel yang akan dihubungkan adalah berjenis katagorik-katagorik. Keputusan hasil uji statistik adalah adanya hubungan yang bermakna atau tidak bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen, dan dilakukan dengan cara membandingkan *p value* (nilai p) dengan nilai  $\alpha$  (alpha) 5% atau  $\alpha=0,05$ . Analisis hubungan bivariat dikatakan bermakna jika nilai  $p \leq 0,05$  dan dikatakan tidak bermakna jika nilai  $p > 0,05$ .

#### 5.3.1. Hubungan di antara variabel perilaku berisiko pada remaja di Indonesia

Tabel 5.3.1.

Hasil analisis hubungan antara perilaku merokok, minum alkohol, dan hubungan seksual pranikah dengan penyalahgunaan narkoba pada remaja di Indonesia  
SKRRI 2007

Variabel Perilaku	Penyalahgunaan Narkoba		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Merokok					
Ya	646 (6,3%)	9.530 (93,7%)	10.176 (100%)	0,000*	123,777
Tidak	5 (0,1%)	9.130 (99,9%)	9.135 (100%)		(51,321-298,526)
Minum alkohol					
Ya	595 (12,5%)	4.165 (87,5%)	4.760 (100%)	0,000*	37,649
Tidak	55 (0,4%)	14.495 (99,6%)	14.550 (100%)		(28,501-49,734)
Hubungan seksual pranikah					
Ya	184 (23,0%)	617 (77,0%)	801 (100%)	0,000*	11,522
Tidak	467 (2,5%)	18.043 (97,5%)	18.510 (100%)		(9,542-13,912)

Dari tabel 5.3.1 di atas diketahui bahwa terdapat hubungan yang saling berkaitan antara perilaku merokok dengan penyalahgunaan narkoba, minum alkohol dengan penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah dengan penyalahgunaan narkoba. Remaja yang merokok berpeluang 123,8 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok. Remaja yang minum alkohol berpeluang 37,6 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah minum alkohol. Di samping itu juga diketahui bahwa remaja yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah berpeluang 11,5 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah melakukan hubungan seksual pranikah.

Hasil analisis yang dilakukan untuk melihat keterkaitan antara perilaku merokok dengan perilaku minum alkohol dapat dilihat pada tabel 5.3.2 di bawah ini. Dari hasil analisis diketahui bahwa remaja yang merokok berpeluang 15,9 kali lebih besar untuk melakukan perilaku minum alkohol dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok.

Tabel 5.3.2.  
Hasil analisis hubungan antara perilaku merokok dengan minum alkohol pada remaja di Indonesia SKRR1 2007

Variabel Perilaku	Minum alkohol		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Merokok					
Ya	4.351 (42,8%)	5.824 (57,2%)	10.175 (100%)	0,000*	15,939 (14,327-17,733)
Tidak	409 (4,5%)	8.726 (95,5%)	9.135 (100%)		

Selanjutnya dilakukan analisis hubungan antara perilaku minum alkohol dan hubungan seksual pranikah. Hasil analisis menunjukkan bahwa remaja yang minum alkohol berpeluang 15,7 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah minum alkohol. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 5.3.3 di bawah ini.

Tabel 5.3.3.  
 Hasil analisis hubungan antara perilaku minum alkohol  
 dengan hubungan seksual pranikah pada remaja di Indonesia  
 SKRRI 2007

Variabel Perilaku	Hubungan seksual pranikah		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Minum alkohol					
Ya	655 (13,8%)	4.106 (86,2%)	4.761 (100%)	0,000*	15,739
Tidak	146 (1,0%)	14.405 (99,0%)	14.551 (100%)		(13,111-18,894)

### 5.3.2. Hubungan antara faktor-faktor predisposisi dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia

Tabel 5.3.4 menunjukkan hasil analisis bivariat antara faktor-faktor predisposisi yang berupa pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan dengan perilaku berisiko responden. Dari 5 variabel predisposisi, setelah diuji statistik terbukti bahwa ada 4 variabel yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko, seperti terlihat pada tabel 5.3.4 di bawah ini.

Tabel 5.3.4.  
 Hasil analisis bivariat antara variabel faktor-faktor predisposisi  
 terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia  
 SKRRI 2007

Variabel Independen	Perilaku Berisiko		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Pengetahuan					
Kurang	5.078 (54,8%)	4.196 (45,2%)	9.274 (100%)	0,233	0,966
Baik	5.582 (55,6%)	4.454 (44,4%)	10.036 (100%)		(0,912-1,022)
Sikap					
Negatif	5.248 (59,9%)	3.519 (40,1%)	8.767 (100%)	0,000*	1,414
Positif	5.413 (51,3%)	5.132 (48,7%)	10.545 (100%)		(1,335-1,497)
Umur					
20-24 tahun	4.480 (65,7%)	2.341 (34,3%)	6.821 (100%)	0,000*	1,953
15-19 tahun	6.181 (49,5%)	6.309 (50,5%)	12.490 (100%)		(1,838-2,076)
Jenis kelamin					
Laki-laki	9.144 (84,4%)	1.686 (15,6%)	10.830 (100%)	0,000*	24,917
Perempuan	1.516 (17,9%)	6.965 (82,1%)	8.481 (100%)		(23,093-26,886)
Pendidikan					
Rendah	4.931 (58,7%)	3.474 (41,3%)	8.405 (100%)	0,000*	1,282
Tinggi	5.730 (52,5%)	5.176 (47,5%)	10.906 (100%)		(1,211-1,358)

Hasil analisis hubungan antara faktor-faktor predisposisi dengan perilaku berisiko diperoleh bahwa pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara variabel sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan responden dengan perilaku berisiko. Sedangkan pada  $\alpha=5\%$  pula, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara variabel pengetahuan tentang perilaku seksual responden dengan perilaku berisiko.

Pada variabel pengetahuan tentang perilaku seksual, diketahui bahwa proporsi perilaku berisiko antara remaja yang berpengetahuan baik (55,6%) dengan remaja berpengetahuan kurang (54,8%) tidak terlalu berbeda. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan remaja tentang perilaku seksual dengan perilaku berisiko pada remaja ( $p=0,233$ ;  $OR=0,966$ ;  $95\% CI=0,912-1,022$ ).

Hasil analisis hubungan antara sikap responden terhadap perilaku seksual dengan perilaku berisiko diperoleh bahwa ada sebanyak 5.248 (59,9%) responden yang bersikap negatif mempunyai perilaku yang berisiko. Sedangkan di antara responden yang bersikap positif, ada 5.412 (51,3%) responden yang berperilaku berisiko. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,000$  maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi perilaku berisiko antara remaja yang bersikap positif dengan remaja yang bersikap negatif (ada hubungan yang bermakna antara sikap terhadap perilaku seksual dengan perilaku berisiko remaja). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,414$ , artinya remaja yang bersikap negatif mempunyai peluang 1,414 kali untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang bersikap positif.

Variabel umur juga berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja. Dari hasil uji statistik diketahui bahwa remaja yang berumur 20-24 tahun berpeluang 1,953 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang berumur 15-19 tahun ( $p=0,000$ ;  $OR=1,953$ ;  $95\% CI=1,838-2,076$ ).

Hasil uji statistik antara variabel jenis kelamin dengan perilaku berisiko diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna, dan diketahui pula bahwa remaja laki-laki berpeluang 24,917 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ;  $OR=24,917$ ;  $95\% CI=23,093-26,886$ ).

Pada  $\alpha=5\%$ , tingkat pendidikan responden juga berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko ( $p=0,000$ ;  $OR=1,282$ ;  $95\% CI=1,211-1,358$ ). Remaja yang berpendidikan rendah berpeluang untuk berperilaku berisiko 1,282 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan tinggi.

Pada penelitian ini dilakukan analisis lebih lanjut mengenai hubungan antara jenis kelamin dengan masing-masing perilaku berisiko seperti tabel 5.3.5 di bawah ini.

Tabel 5.3.5.  
Hasil analisis bivariat antara masing-masing perilaku berisiko dengan jenis kelamin remaja di Indonesia SKRRI 2007

Perilaku Berisiko	Jenis kelamin		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Laki-laki	Perempuan			
Merokok					
Ya	8.981 (82,9%)	1.195 (14,1%)	10.176 (100%)	0,000*	29,615
Tidak	1.849 (17,1%)	7.286 (85,9%)	9.135 (100%)		(27,364-32,051)
Minum alkohol					
Ya	4.248 (39,2%)	512 (6,0%)	4.760 (100%)	0,000*	10,045
Tidak	6.582 (60,8%)	7.969 (94,0%)	14.551 (100%)		(9,114-11,072)
Penyalahgunaan narkoba					
Ya	624 (5,8%)	26 (0,3%)	650 (100%)	0,000*	19,882
Tidak	10.206 (94,2%)	8.455 (99,7%)	18.661 (100%)		(13,416-29,465)
Hubungan seksual pranikah					
Ya	691 (6,4%)	110 (1,3%)	801 (100%)	0,000*	5,186
Tidak	10.139 (93,6%)	8.371 (98,7%)	18.510 (100%)		(4,232-6,355)

Dari tabel 5.3.5 dapat terlihat bahwa remaja laki-laki yang merokok (82,9%) jauh lebih tinggi daripada remaja perempuan yang merokok (14,1%). Remaja laki-laki yang minum alkohol sebanyak 39,2% dan remaja perempuan yang minum alkohol sebanyak 6,0%. Remaja laki-laki yang pernah melakukan penyalahgunaan narkoba adalah 5,8% dan remaja perempuan sebanyak 0,3%. Untuk perilaku

hubungan seksual pranikah, sebanyak 6,4% remaja laki-laki pernah melakukannya dan remaja perempuan sebanyak 1,3%.

### 5.3.3. Hubungan antara faktor pemungkin dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia

Tabel 5.3.6.  
Hasil analisis bivariat antara variabel faktor pemungkin terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia SKRRI 2007

Variabel Independen	Perilaku Berisiko		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	5.268 (52,9%)	4.688 (47,1%)	9.956 (100%)	0,000*	0,826 (0,780-0,874)
Perdesaan	5.393 (57,6%)	3.963 (42,4%)	9.356 (100%)		
Status ekonomi					
Kuintil 1-3	5.994 (58,3%)	4.295 (41,7%)	10.289 (100%)	0,000*	1,302 (1,230-1,379)
Kuintil 4-5	4.667 (51,7%)	4.355 (48,3%)	9.022 (100%)		
Akses media informasi					
Kurang	4.916 (53,2%)	4.327 (46,8%)	9.243 (100%)	0,000*	0,855 (0,808-0,905)
Baik	5.744 (57,1%)	4.324 (42,9%)	10.068 (100%)		

Dari hasil uji statistik juga diketahui bahwa pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara daerah tempat tinggal dengan perilaku berisiko pada remaja, yaitu remaja yang tinggal di perkotaan berpeluang 0,826 kali lebih rendah untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tinggal di perdesaan ( $p=0,000$ ;  $OR=0,826$ ;  $95\% CI=0,780-0,874$ ).

Hasil analisis lebih lanjut diketahui bahwa perilaku pernah merokok lebih banyak terjadi di perdesaan (55,1%) dibandingkan dengan di perkotaan (50,5%). Perilaku minum alkohol lebih banyak terjadi di perdesaan (25,5%) dibandingkan dengan di perkotaan (23,9%). Perilaku penyalahgunaan narkoba lebih banyak terjadi di perkotaan (4,3%) dibandingkan dengan di perdesaan (2,3%). Sedangkan perilaku hubungan seksual pranikah juga lebih banyak terjadi di daerah perdesaan (4,5%) dibandingkan dengan di daerah perkotaan (3,8%).

Hasil uji statistik antara variabel status ekonomi dengan perilaku berisiko, menunjukkan bahwa pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi remaja dengan perilaku berisiko, yaitu remaja yang mempunyai status ekonomi termiskin hingga menengah berpeluang 1,302 kali untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang berstatus ekonomi menengah atas hingga terkaya.

Hasil analisis hubungan antara akses informasi responden dengan perilaku berisiko diperoleh bahwa ada sebanyak 4.916 (53,2%) responden yang akses informasinya kurang mempunyai perilaku yang berisiko. Sedangkan di antara responden yang berakses baik terhadap media informasi, ada 5.744 (57,1%) responden yang berperilaku berisiko. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,000$  maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi perilaku berisiko antara remaja yang mempunyai akses baik terhadap media informasi dengan remaja yang mempunyai akses kurang terhadap media informasi (ada hubungan yang bermakna antara akses remaja terhadap media informasi dengan perilaku berisiko remaja). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=0,855$ , artinya remaja yang akses informasinya baik mempunyai peluang 0,855 kali lebih baik untuk melindungi dirinya dari perilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang akses informasinya kurang.

#### 5.3.4. Hubungan antara faktor-faktor penguat dengan perilaku berisiko

Tabel 5.3.7.  
Hasil analisis bivariat antara variabel faktor-faktor penguat terhadap perilaku berisiko pada remaja di Indonesia SKRRI 2007

Variabel Independen	Perilaku Berisiko		Jumlah	Nilai p	OR 95% CI
	Ya	Tidak			
Pendidikan kepala keluarga					
Rendah	7.042 (57,2%)	5.267 (42,8%)	12.309 (100%)	0,000*	1,336 (1,253-1,424)
Tinggi	2.733 (50,0%)	2.731 (50,0%)	5.464 (100%)		
Komunikasi dengan ortu					
Tidak aktif	7.888 (67,5%)	3.805 (32,5%)	11.693 (100%)	0,000*	3,623 (3,410-3,850)
Aktif	2.772 (36,4%)	4.845 (63,6%)	7.617 (100%)		
Temannya berperilaku berisiko					
Ada	9.381 (55,7%)	7.458 (44,3%)	16.839 (100%)	0,000*	1,172 (1,077-1,276)
Tidak ada	1.280 (51,8%)	1.193 (48,2%)	2.473 (100%)		

Faktor-faktor penguat dari penelitian ini adalah variabel pendidikan kepala keluarga, komunikasi remaja dengan orang tua (ibu atau bapak), dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko. Pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara ketiga variabel tersebut dengan perilaku berisiko pada remaja. Remaja yang kepala keluarganya berpendidikan rendah berpeluang 1,336 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang kepala keluarganya berpendidikan tinggi ( $p=0,000$ ; OR=1,336; 95% CI=1,253-1,424). Remaja yang komunikasi dengan orangtuanya tidak aktif berpeluang 3,623 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko daripada remaja yang berkomunikasi aktif dengan orangtuanya ( $p=0,000$ ; OR=3,623; 95% CI=3,410-3,850). Keberadaan teman yang berperilaku berisiko berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja. Dari hasil uji statistik diketahui bahwa remaja yang mempunyai teman yang berperilaku berisiko berpeluang 1,172 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tidak mempunyai teman yang berperilaku berisiko ( $p=0,000$ ; OR=1,172; 95% CI=1,077-1,276).

#### **5.4. Hasil Analisis Multivariat**

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling erat hubungannya terhadap kejadian variabel dependen atau variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena variabel independen dan dependen adalah berjenis katagorik-katagorik. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan dengan beberapa estimasi koefisien regresi logistik sekaligus. Tahapan analisis multivariat yaitu dengan pemilihan variabel kandidat multivariat dan disebut sebagai seleksi bivariat, dengan memasukan variabel yang mempunyai nilai  $p<0,25$  atau nilai  $p>0,25$  namun secara substansi dianggap penting.

Tahap analisis selanjutnya adalah memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai  $p\leq 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai  $p>0,05$ . Pengeluaran

variabel tidak serentak pada semua variabel yang nilai  $p > 0,05$ , namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel dengan nilai  $p$  terbesar.

Setelah seluruh variabel yang memiliki nilai  $p > 0,05$  telah dikeluarkan, akhirnya didapatkan model akhir multivariat dan seluruh variabel yang masuk ke dalam model terakhir tersebut merupakan variabel dominan yang secara bersama-sama mempengaruhi terjadinya kejadian perilaku berisiko remaja. Variabel dengan nilai  $Exp(B)$  terbesar adalah variabel yang memiliki OR terbesar atau variabel yang paling dominan pengaruhnya terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja di Indonesia.

#### 5.4.1. Seleksi bivariat

Sebagaimana telah diuraikan di atas, langkah pertama analisis multivariat adalah melakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil seleksi bivariat mempunyai nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut masuk dalam tahap analisis multivariat dan disebut sebagai variabel kandidat. Untuk variabel yang menghasilkan nilai  $p > 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat. Seleksi bivariat dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Tabel 5.4.1 di bawah ini merupakan hasil analisis dari seleksi bivariat dimana dalam tabel tersebut terlihat bahwa seluruh variabel dalam penelitian ini merupakan variabel kandidat yang akan dimasukkan ke dalam model multivariat tahap 1.

Tabel 5.4.1.

Hasil analisis seleksi bivariat antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana

No	Variabel	Nilai p	Keterangan
1	Pengetahuan tentang perilaku seksual	0,228	Kandidat
2	Sikap terhadap perilaku seksual	0,000	Kandidat
3	Umur	0,000	Kandidat
4	Jenis kelamin	0,000	Kandidat
5	Pendidikan	0,000	Kandidat
6	Daerah tempat tinggal	0,000	Kandidat

Tabel 5.4.1. (lanjutan)  
 Hasil analisis seleksi bivariat antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana

No	Variabel	Nilai p	Keterangan
7	Status ekonomi	0,000	Kandidat
8	Akses media informasi	0,000	Kandidat
9	Pendidikan kepala keluarga	0,000	Kandidat
10	Komunikasi dengan orang tua	0,000	Kandidat
11	Keberadaan teman berperilaku berisiko	0,000	Kandidat

#### 5.4.2. Pemodelan multivariat

Selanjutnya dilakukan analisis multivariat terhadap ke-11 variabel tersebut dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja. Analisis dilakukan dengan memasukkan 11 variabel tersebut secara bersamaan dan dilihat nilai p yang diperoleh. Dari hasil analisis tahap 1 diketahui bahwa nilai p terbesar adalah pada variabel daerah tempat tinggal (nilai  $p=0,480$ ) dan variabel pendidikan kepala keluarga (nilai  $p=0,356$ ). Sedangkan pada sembilan variabel lainnya, nilai p yang diperoleh adalah  $<0,05$ , sehingga tidak dikeluarkan dari model.

Tabel 5.4.2  
 Hasil pemodelan multivariat (tahap 1)

No	Variabel	SE	Nilai p	OR	95%CI
1	Pengetahuan	0,047	0,000	0,680	0,621-0,745
2	Sikap	0,043	0,000	1,600	1,470-1,741
3	Umur	0,044	0,000	2,045	1,875-2,231
4	Jenis kelamin	0,047	0,000	26,475	24,155-29,019
5	Pendidikan	0,048	0,000	1,210	1,100-1,330
6	<i>Tempat tinggal</i>	<i>0,047</i>	<i>0,480</i>	<i>0,967</i>	<i>0,883-1,060</i>
7	Status ekonomi	0,050	0,046	1,105	1,002-1,218
8	Akses media informasi	0,046	0,000	0,676	0,618-0,740
9	<i>Pendidikan KK</i>	<i>0,050</i>	<i>0,356</i>	<i>1,047</i>	<i>0,950-1,154</i>
10	Komunikasi ortu	0,046	0,000	1,271	1,161-1,392
11	Teman perilaku berisiko	0,063	0,000	2,290	2,023-2,592

Tabel 5.4.2 memperlihatkan bahwa ada 2 variabel yang harus dikeluarkan dari model multivariat ini, yaitu variabel daerah tempat tinggal dan pendidikan kepala keluarga. Karena nilai p variabel daerah tempat tinggal (0,480) lebih besar daripada nilai p variabel pendidikan kepala keluarga (0,356), maka variabel yang

dikeluarkan terlebih dahulu adalah variabel daerah tempat tinggal. Setelah itu didapatkan model multivariat tahap 2. Tahap selanjutnya adalah mengeluarkan variabel pendidikan kepala keluarga dan akhirnya didapatkan pemodelan akhir multivariat. Model akhir multivariat dapat dilihat pada tabel 5.4.3 di bawah ini.

Tabel 5.4.3.  
Hasil pemodelan akhir multivariat (tahap akhir)

No	Variabel	SE	Nilai p	OR	95%CI
1	Pengetahuan	0,045	0,000	0,712	0,652-0,778
2	Sikap	0,042	0,000	1,522	1,403-1,651
3	Umur	0,043	0,000	2,020	1,858-2,196
4	Jenis kelamin	0,045	0,000	26,966	24,691-29,452
5	Pendidikan	0,046	0,000	1,207	1,103-1,321
6	Status ekonomi	0,043	0,000	1,168	1,074-1,271
7	Akses media informasi	0,044	0,000	0,672	0,616-0,733
8	Komunikasi ortu	0,045	0,000	1,303	1,194-1,422
9	Teman perilaku berisiko	0,059	0,000	2,378	2,117-2,671

Dari hasil analisis multivariat diketahui bahwa variabel yang secara bersama-sama berhubungan secara dominan terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah variabel pengetahuan tentang perilaku seksual, sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, pendidikan remaja, status ekonomi, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, dan adanya teman yang berperilaku berisiko. Dari hasil analisis diketahui pula bahwa faktor yang paling dominan hubungannya terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja di Indonesia adalah faktor jenis kelamin. Pada tabel 5.4.3 dapat dilihat bahwa nilai OR dari variabel jenis kelamin adalah 26,966, artinya bahwa remaja laki-laki akan berpeluang untuk melakukan perilaku berisiko 27 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja perempuan.

## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1. Limitasi Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder yang mempunyai beberapa keterbatasan, antara lain dalam hal pemilihan variabel disesuaikan dengan ketersediaan pada data tersebut yang dapat dilihat pada kuesioner yang digunakan. Penulis tidak terlibat langsung dalam SKRRI 2007, sehingga tidak dapat mengontrol isi materi kuesioner dan instrumen lainnya termasuk juga data yang diperoleh, juga dalam hal pelaksanaan di lapangan dan kesalahan sistematik lainnya. Namun demikian data yang penulis dapatkan dari BPS sudah merupakan data yang siap untuk diolah dan tidak banyak ditemukan data yang *missing* (hilang).

Penelitian ini menggunakan rancangan *Cross sectional* (potong lintang) yang mempunyai beberapa keterbatasan antara lain hasil yang dicapai merupakan gambaran sesaat terhadap faktor-faktor yang diteliti, dan hasilnya tidak mampu menjelaskan hubungan sebab akibat antara variabel independen dengan variabel dependen yang berupa perilaku berisiko remaja, hubungan yang ada hanya menunjukkan adanya keterkaitan saja dan bukan merupakan hubungan sebab akibat.

Termasuk dalam limitasi penelitian ini adalah bahwa pada variabel pengetahuan dan sikap, data yang tersedia hanya data tentang pengetahuan dan sikap tentang perilaku seksual dan tidak ada data pengetahuan dan sikap secara lebih spesifik mengenai perilaku merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba. Demikian juga halnya dengan variabel komunikasi dengan orang tua. Komunikasi dengan orang tua mengenai hal yang lebih spesifik tentang bahaya merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba tidak tersedia dalam data yang digunakan pada penelitian ini. Namun demikian, data ini masih dapat digunakan sebagai variabel proksi untuk menentukan hubungan antara variabel independen

dengan variabel dependen karena memenuhi kriteria validitas kriterium/prediktif, walaupun kurang memenuhi syarat validitas isi. Penulis tidak dapat mengontrol validitas isi instrumen yang digunakan pada penelitian ini, karena penelitian ini merupakan analisis data sekunder.

## **6.2. Gambaran Perilaku Berisiko Pada Remaja di Indonesia**

Hubungan antara perilaku merokok, penyalahgunaan narkoba, dan minum alkohol dengan kesehatan reproduksi yaitu bahwa merokok merupakan jembatan utama untuk penyalahgunaan narkoba dan minum alkohol. Secara langsung pecandu narkoba (khususnya mereka yang menggunakan jarum suntik) dapat menjadi sasaran penularan HIV-AIDS dan secara tidak langsung penyalahgunaan narkoba dan minum alkohol biasanya terkait erat dengan pergaulan seks bebas. Kecanduan narkoba juga akan mengakibatkan bayi lahir dengan ketergantungan obat pula sehingga harus mengalami perawatan intensif yang mahal. Kebiasaan menggunakan narkoba dan alkohol dapat menurun pada sifat anak-anak yang dilahirkan, yaitu menjadi peminum atau pecandu atau mengalami gangguan fisik dan mental (BKKBN, 2001).

Hasil analisis pada penelitian ini menguatkan teori tersebut serta teori-teori lainnya dan hasil-hasil penelitian terdahulu yang menyebutkan keterkaitan antara berbagai perilaku berisiko pada remaja. Sama halnya dengan penelitian Rahayu (2008), yang menyatakan bahwa mereka yang merokok, minum alkohol, dan melakukan hubungan seksual pranikah cenderung akan berpeluang lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba. Hasil analisis data sekunder SKRRI 2007 ini menemukan bahwa remaja yang merokok berpeluang 124 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba ( $p=0,000$ ;  $OR=123,777$ ;  $95\% CI=51,321-298,526$ ), remaja yang minum alkohol berpeluang 38 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba ( $p=0,000$ ;  $OR=37,649$ ;  $95\% CI=28,501-49,734$ ) dan remaja yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah berpeluang 12 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba ( $p=0,000$ ;  $OR=11,522$ ;  $95\% CI=9,542-13,912$ ).

Jika perilaku merokok dihubungkan dengan perilaku minum alkohol, maka didapatkan hasil bahwa remaja yang merokok berpeluang 16 kali lebih besar untuk berperilaku minum alkohol dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah merokok ( $p=0,000$ ;  $OR=15,939$ ;  $95\% CI=14,327-17,733$ ). Sedangkan apabila perilaku hubungan seksual pranikah dihubungkan dengan perilaku minum alkohol maka didapatkan hasil bahwa remaja yang pernah minum alkohol berpeluang 16 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja yang tidak pernah minum alkohol ( $p=0,000$ ;  $OR=15,739$ ;  $95\% CI=13,111-18,894$ ).

Perilaku berisiko pada remaja semakin hari semakin mengkhawatirkan dan jika kondisi ini tidak segera diatasi sesegera mungkin, bangsa Indonesia akan kehilangan banyak calon pemimpin bangsa atau hanya akan mendapatkan generasi yang tidak berguna dan menjadi beban yang berat bagi bangsa dan negara. Menurut hasil penelitian ini, gambaran perilaku berisiko pada remaja usia 15-24 tahun di Indonesia adalah 52,7% remaja pernah merokok, 24,7% remaja pernah minum alkohol, 3,4% remaja pernah menyalahgunakan narkoba, dan 4,1% pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Dan jika dikompositkan, sebanyak 55,2% remaja di Indonesia pernah melakukan perilaku berisiko. Jika dibandingkan dengan penelitian Yusneri (2006) yaitu 46,7% remaja berperilaku berisiko, maka perilaku berisiko pada penelitian ini memberikan gambaran dengan persentase yang lebih besar.

Jika dibandingkan dengan hasil SKRRI 2002-2003, hasil analisis SKRRI 2007 ini juga menunjukkan peningkatan persentase perilaku berisiko baik di kalangan remaja laki-laki maupun remaja perempuan. Menurut hasil SKRRI 2002-2003, sebanyak 72% remaja laki-laki dan 14% remaja perempuan pernah merokok, 34,2% remaja laki-laki dan 2,5% remaja perempuan pernah minum alkohol, sebanyak 4% remaja laki-laki dan 0,1% remaja perempuan pernah terlibat penyalahgunaan narkoba, dan sebanyak 5% remaja laki-laki dan <1% remaja perempuan pernah melakukan hubungan seksual pranikah (BPS, 2003).

Sedangkan hasil analisis penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 82,9% remaja laki-laki dan 14,1% remaja perempuan pernah merokok, 39,2% remaja laki-laki dan 6,0% remaja perempuan pernah minum alkohol, sebanyak 5,8% remaja laki-laki dan 0,3% remaja perempuan pernah terlibat penyalahgunaan narkoba, dan sebanyak 6,4% remaja laki-laki dan 1,3% remaja perempuan pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Dalam kurun waktu 5 tahun, terjadi peningkatan persentase dari keempat perilaku berisiko pada remaja, sehingga hal ini harus segera dapat diatasi secara baik dan benar agar bangsa ini tidak semakin terpuruk.

### **6.3. Hubungan antara faktor predisposisi dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia**

Dari hasil analisis bivariat, secara statistik diketahui bahwa faktor predisposisi yang berhubungan bermakna dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah faktor sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, dan pendidikan remaja.

Pada variabel pengetahuan tentang perilaku seksual, diketahui bahwa proporsi perilaku berisiko antara remaja yang berpengetahuan baik (55,6%) dengan remaja berpengetahuan kurang (54,8%) tidak terlalu berbeda. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan remaja tentang perilaku seksual dengan perilaku berisiko pada remaja ( $p=0,233$ ;  $OR=0,966$ ;  $95\% CI=0,912-1,022$ ). Secara univariat, diketahui bahwa responden yang berpengetahuan baik (52%) dan responden yang berpengetahuan kurang (48%) persentasenya tidak jauh berbeda, sehingga menyebabkan tidak adanya hubungan yang berbeda bermakna antara pengetahuan dengan perilaku berisiko. Bahkan hanya 53,4% responden yang tahu bahwa wanita dapat hamil dengan satu kali berhubungan dan 46,6% di antaranya tidak mengetahui hal tersebut.

Secara teori, variabel pengetahuan berhubungan bermakna dengan perilaku seseorang, namun pada saat dilakukan uji bivariat, hal tersebut tidak ditemukan dalam penelitian ini karena jenis pengetahuan pada penelitian ini kurang

memenuhi validitas isi dan hanya memenuhi validitas kriterium atau prediktif. Pertanyaan dalam variabel pengetahuan hanya dapat untuk memprediksi pengetahuan responden jika dihubungkan dengan perilaku berisiko hubungan seksual pranikah. Seharusnya variabel pengetahuan yang sebaiknya dijadikan alat ukur dalam penelitian ini juga meliputi pengetahuan tentang bahaya dan pencegahan merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba.

Namun jika dilakukan analisis dengan merekode kategori pengetahuan responden berdasarkan 10 persen responden dengan skor pengetahuan terendah dan 10 persen tertinggi dan hubungannya dengan perilaku berisiko, didapatkan hasil yang berbeda. Kategori skor pengetahuan dibagi menjadi kurang (skor=0-3), sedang (skor=4-7) dan baik (skor=8), berdasarkan analisis secara univariat dengan melihat persentil 10 persen. Selanjutnya didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara remaja yang berpengetahuan kurang dengan remaja yang berpengetahuan baik. Remaja yang berpengetahuan kurang berpeluang 0,869 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang berpengetahuan baik ( $p=0,009$ ;  $OR=0,869$ ;  $95\% CI=0,783-0,966$ ). Sedangkan perilaku berisiko pada remaja yang berpengetahuan sedang tidak berhubungan bermakna dengan remaja yang berpengetahuan baik ( $p=0,291$ ;  $OR=1,041$ ;  $95\% CI=0,966-1,120$ ). Hal ini lebih menguatkan validitas kriterium dari variabel pengetahuan, sehingga variabel pengetahuan mengenai perilaku seksual masih dapat digunakan sebagai variabel proksi yang berhubungan dengan perilaku berisiko pada remaja.

Hasil analisis hubungan antara sikap responden terhadap perilaku seksual dengan perilaku berisiko diperoleh bahwa ada sebanyak 5.248 (59,9%) responden yang bersikap negatif mempunyai perilaku yang berisiko. Sedangkan di antara responden yang bersikap positif, ada 5.412 (51,3%) responden yang berperilaku berisiko. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,000$  maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap terhadap perilaku seksual dengan perilaku berisiko pada remaja. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=1,414$ , artinya bahwa remaja yang bersikap negatif mempunyai peluang 1,414 kali untuk

berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang bersikap positif. Hasil ini sama dengan hasil penelitian Marcoux (1997) dan Raharni (2002) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan perilaku berisiko pada remaja. Secara univariat, terlihat bahwa dari 13 pernyataan sikap, mayoritas responden yang menjawab sikap yang diharapkan, persentasenya lebih dari 75%, sehingga ketika diuji bivariat, variabel ini menghasilkan kesimpulan yang berbeda bermakna.

Variabel umur juga berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko remaja. Dari hasil uji statistik diketahui bahwa remaja yang berumur 20-24 tahun 1,953 kali berpeluang untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang berumur 15-19 tahun ( $p=0,000$ ;  $OR=1,953$ ;  $95\% CI=1,838-2,076$ ). Hasil ini sama dengan Raharni (2002) yang menyatakan bahwa remaja yang melakukan penyalahgunaan narkoba adalah mereka yang berumur  $>17$  tahun. Handayani dan Herman (2009) juga menyatakan bahwa perilaku minum alkohol semakin meningkat seiring dengan meningkatnya usia remaja.

Hasil uji statistik antara variabel jenis kelamin dengan perilaku berisiko diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna, dan diketahui pula bahwa remaja laki-laki 24,917 kali berpeluang untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ;  $OR=24,917$ ;  $95\% CI=23,093-26,886$ ). Remaja perempuan yang melakukan perilaku berisiko 17,9%, sedangkan remaja laki-laki yang melakukan perilaku berisiko adalah 84,4%. Hasil ini sama dengan hasil penelitian Raharni (2002), Ismail (2006), Yusneri (2006), Sumiati (2009). Remaja laki-laki memang lebih mudah terpengaruh oleh lingkungan pergaulan dibandingkan dengan remaja perempuan. Bahkan hasil penelitian di Bandung mengatakan bahwa laki-laki yang tidak merokok dan tidak minum alkohol dikatakan bukan seperti laki-laki (Kristanti, Ch. M., Tjandrarini, D. H., Prasodjo, R., 2010).

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa remaja laki-laki berpeluang 30 kali lebih besar untuk merokok dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ;

OR=29,615; 95% CI=27,364-32,051). Remaja laki-laki berpeluang 10 kali lebih besar untuk minum alkohol dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ; OR=10,045; 95% CI=9,114-11,072). Selanjutnya didapatkan bahwa remaja laki-laki berpeluang 20 kali lebih besar untuk terlibat dalam penyalahgunaan narkoba dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ; OR=19,882; 95% CI=13,416-29,465). Untuk perilaku hubungan seksual pranikah, remaja laki-laki berpeluang 5 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja perempuan ( $p=0,000$ ; OR=5,186; 95% CI=4,232-6,355). Perbandingan yang terkecil antara perilaku berisiko pada remaja laki-laki dan remaja perempuan adalah perilaku hubungan seksual pranikah karena hal ini juga sudah banyak ditemukan pada remaja perempuan dengan alasan keterbatasan ekonomi, dipaksa pacar, merasa sudah dewasa, suka sama suka, atau pun tidak tahu akibat yang ditimbulkan dari jenis perilaku berisiko ini.

Pada  $\alpha=5\%$ , tingkat pendidikan responden juga berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko ( $p=0,000$ ; OR=1,282; 95% CI=1,211-1,358). Remaja yang berpendidikan rendah (tidak lulus SLTA) berpeluang untuk berperilaku berisiko 1,282 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja yang berpendidikan tinggi (lulus SLTA atau lebih). Hal ini sama dengan pernyataan yang menyebutkan bahwa sekolah merupakan sumber utama yang memberikan pendidikan dan pedoman dalam masalah-masalah kesehatan yang spesifik dan kadangkala juga memberikan penapisan dan pelayanan kesehatan secara sederhana (WHO, 1993). Sehingga mereka yang berpendidikan rendah cenderung untuk tidak mendapatkan penapisan bahaya perilaku berisiko dibandingkan mereka yang berpendidikan tinggi.

#### **6.4. Hubungan antara faktor pemungkin dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia**

Dari hasil uji statistik juga diketahui bahwa pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara daerah tempat tinggal dengan perilaku berisiko pada remaja, yaitu remaja yang tinggal di perkotaan 0,8 kali lebih rendah untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tinggal di pedesaan ( $p=0,000$ ;

OR=0,826; 95% CI=0,780-0,874). Remaja perdesaan yang berperilaku berisiko adalah 57,6% dan remaja perkotaan yang berperilaku berisiko adalah 52,9%. Hal ini disebabkan karena remaja perdesaan yang relatif berpendidikan rendah dan berstatus ekonomi kurang, melampaikan segala keterbatasannya dengan melakukan perilaku berisiko. Dari keempat jenis perilaku berisiko, hanya perilaku penyalahgunaan narkoba yang persentasenya lebih besar terjadi pada remaja perkotaan dibandingkan dengan remaja perdesaan, sedangkan untuk ketiga jenis perilaku berisiko lainnya, lebih tinggi persentasenya pada remaja perdesaan..

Hasil uji statistik antara variabel status ekonomi dengan perilaku berisiko, menunjukkan bahwa pada  $\alpha=5\%$ , terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi remaja dengan perilaku berisiko, yaitu remaja yang mempunyai status ekonomi termiskin hingga menengah berpeluang 1,302 kali untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang berstatus ekonomi menengah atas hingga terkaya. Persentase remaja dengan status ekonomi menengah hingga termiskin yang melakukan perilaku berisiko adalah 58,3% dan remaja menengah atas hingga terkaya yang berperilaku berisiko adalah 51,7%. Hal yang sama juga disampaikan oleh Ismail (2006) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa mereka yang berada pada tingkat sosial ekonomi menengah berpeluang 1,85 kali menyalahgunakan narkoba dibandingkan pada keluarga sangat miskin ( $p=0,006$ ; OR=1,85; 95% CI=1,20-2,84).

Faktor pemungkin lainnya dalam penelitian ini adalah akses terhadap media informasi dalam 6 bulan terakhir sebelum survei. Responden ditanyakan apakah pernah mengakses informasi yang berkaitan dengan penundaan usia kawin, HIV-AIDS, IMS, iklan kondom, narkoba, minuman keras dan cara mencegah kehamilan, baik melalui media cetak, radio, maupun televisi. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa akses informasi tentang kesehatan reproduksi tersebut paling banyak diakses melalui media televisi (52,6%), media cetak (30,8%), dan radio hanya 24,4%. Untuk ketiga jenis media, informasi yang terbanyak diakses responden adalah mengenai narkoba, dan terkecil adalah mengakses informasi mengenai penundaan usia kawin. Hal ini sesuai dengan

kenyataan yang ada, yaitu bahwa responden remaja lebih banyak mengakses radio hanya untuk mendengarkan acara musik, dan mereka jarang yang mau mendengarkan acara ceramah ataupun *talkshow* yang membahas masalah perilaku berisiko. Sedangkan untuk media televisi, secara visual media ini merupakan media yang baik dalam penyampaian pesan kepada remaja karena bisa menampilkan gambar-gambar yang menarik.

Dari hasil uji bivariat dengan perilaku berisiko pada remaja, secara statistik terbukti bahwa variabel akses terhadap media informasi berhubungan bermakna dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja ( $p=0,000$ ;  $OR=0,855$ ;  $95\% CI=0,808-0,905$ ). Dari hasil analisis diperoleh nilai  $OR=0,855$ , artinya remaja yang akses informasinya baik mempunyai peluang 0,855 kali lebih baik untuk melindungi dirinya dari perilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang akses informasinya kurang.

Hal ini sama dengan hasil penelitian Yusneri (2006) yang menyatakan bahwa perilaku berisiko pada remaja berhubungan bermakna dengan akses informasi kesehatan yang diterima oleh remaja. Mereka yang mempunyai akses informasi kesehatan yang kurang berpeluang 4,778 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan yang mempunyai akses informasi yang cukup. Sedangkan hasil penelitian Darmasih (2009) juga menyatakan bahwa remaja yang tidak terpapar dengan radio, televisi, dan majalah dalam memberikan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, berpeluang 0,67 kali untuk berhubungan seksual pranikah dibandingkan dengan remaja yang terpapar dengan ketiga media tersebut dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi (Darmasih, 2009). Oleh karena itu, disarankan agar informasi mengenai kesehatan reproduksi dan perilaku berisiko yang baik dan benar lebih banyak ditayangkan bagi remaja, daripada kisah sinetron yang mengharu-biru.

### **6.5. Hubungan antara faktor penguat dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia**

Yang termasuk ke dalam faktor penguat dalam penelitian ini adalah variabel pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko. Remaja yang kepala keluarganya berpendidikan rendah berpeluang 1,336 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang kepala keluarganya berpendidikan tinggi ( $p=0,000$ ;  $OR=1,336$ ;  $95\% CI=1,253-1,424$ ). Hal ini dapat dimengerti karena orang tua yang berpendidikan rendah cenderung tidak memiliki pengetahuan yang baik sehingga tidak dapat melindungi remajanya dari bahaya perilaku berisiko.

Remaja yang komunikasi dengan orang tuanya tidak aktif berpeluang 3,623 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko daripada remaja yang berkomunikasi aktif dengan orang tuanya ( $p=0,000$ ;  $OR=3,623$ ;  $95\% CI=3,410-3,850$ ). Makin buruk tingkat komunikasi antara remaja dengan orang tuanya, semakin besar kemungkinan remaja melakukan hubungan seksual pranikah (Sarwono, 2001). Darmasih (2009) mengatakan bahwa semakin baik peran keluarga dalam berkomunikasi dengan remajanya, maka semakin rendah kemungkinan remaja untuk berperilaku seksual pranikah ( $p=0,000$ ).

Keberadaan teman yang berperilaku berisiko berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja. Dari hasil uji statistik diketahui bahwa remaja yang mempunyai teman yang berperilaku berisiko berpeluang 1,172 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tidak mempunyai teman yang berperilaku berisiko. Hasil ini sama dengan penelitian Raharni (2002), Ismail (2006), dan Iqbal (2008) yang menyatakan bahwa remaja yang memiliki teman berperilaku berisiko cenderung juga akan berperilaku berisiko. Hal ini dikarenakan agar remaja diakui oleh lingkungan pertemanannya, tidak dianggap ketinggalan jaman, dan mempererat hubungan pertemanan.

#### **6.6. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia**

Sama halnya dengan kerangka teori yang digunakan dan dari hasil-hasil penelitian sebelumnya, dari 11 variabel yang terdapat pada penelitian ini, ketika diuji statistik secara sendiri-sendiri (analisis bivariat), ternyata 10 variabel di antaranya secara statistik terbukti berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja. Ke-10 variabel tersebut adalah variabel sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, pendidikan, daerah tempat tinggal, status ekonomi, akses terhadap media informasi, pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan adanya teman yang berperilaku berisiko. Variabel pengetahuan tentang perilaku seksual tidak berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja mungkin karena variabel ini tidak memenuhi validitas isi, yaitu isi pertanyaan tidak menggambarkan pengetahuan yang seharusnya dimiliki responden ketika akan kita hubungkan dengan variabel perilaku berisiko pada remaja. Komposit pertanyaan untuk variabel pengetahuan tidak mencerminkan pengetahuan untuk perilaku merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba. Namun pertanyaan mengenai pemeriksaan kesehatan (urin, darah, dan tubuh) dapat dijadikan prediksi untuk memperkirakan ketiga jenis perilaku berisiko selain perilaku hubungan seksual pranikah.

Namun dari hasil analisis multivariat, ketika variabel independen diukur secara bersama-sama dan diuji hubungannya dengan variabel dependen hasilnya adalah dari 11 variabel independen, terdapat 9 variabel independen yang secara dominan berhubungan terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja. Sama halnya dengan kerangka teori dan hasil-hasil penelitian terdahulu, bahwa faktor-faktor yang secara dominan berhubungan dengan perilaku berisiko pada remaja adalah faktor pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, serta adanya teman yang berperilaku berisiko. Sedangkan untuk variabel daerah tempat tinggal dan pendidikan kepala keluarga ternyata tidak berhubungan secara dominan dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah variabel jenis

kelamin. Remaja laki-laki secara statistik terbukti memiliki peluang 27 kali lebih besar untuk berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan.

Hasil penelitian Yusneri (2006) menyatakan bahwa perilaku berisiko pada remaja berhubungan bermakna dengan jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, dan pemaparan informasi kesehatan. Walaupun penelitian tersebut tidak melakukan analisis multivariat, namun sama halnya dengan hasil penelitian ini, secara bivariat penelitian tersebut menghasilkan OR terbesar pada variabel jenis kelamin (remaja laki-laki berpeluang 6,8 kali berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja perempuan).

Jika melihat OR hasil analisis bivariat dengan uji *chi square* dan hasil analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda, terlihat bahwa pada keduanya, OR terbesar dari variabel independen adalah jenis kelamin (24,917 dan 26,966). Namun ketika diuji sendiri (bivariat-*chi square*), OR terbesar kedua adalah komunikasi dengan orang tua (3,623) dan ketiga adalah umur (1,953). Pada saat multivariat, OR terbesar kedua adalah keberadaan teman berperilaku berisiko (2,378) dan terbesar ketiga adalah umur (2,020). Hal ini membuktikan berbagai teori perilaku remaja yang menyatakan bahwa pengaruh teman sebaya adalah sangat kuat bagi perkembangan jiwa dan perilaku seorang remaja. Demikian juga halnya dengan umur, yang menyatakan bahwa semakin bertambah umur seorang remaja, maka akan semakin berpeluang untuk berperilaku berisiko apabila tidak dilakukan intervensi sejak dini.

Dari hasil penelitian ini diketahui pula bahwa determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia pada tahun 2007 adalah pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi rumah tangga, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko. Variabel yang paling dominan berhubungan dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah variabel jenis kelamin.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Kesimpulan yang didapat dari hasil penelitian analisis data sekunder tentang determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia sebagai berikut:

1. Gambaran perilaku berisiko pada remaja di Indonesia sudah mengkhawatirkan, yaitu sebanyak 52,7% remaja pernah merokok, 24,7% remaja pernah minum alkohol, 3,4% remaja pernah melakukan penyalahgunaan narkoba, dan 4,1% remaja pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Dari keempat jenis perilaku tersebut, setelah dikompositkan menjadi perilaku berisiko terlihat bahwa 55,2% remaja di Indonesia mempunyai perilaku berisiko.
2. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat keterkaitan di antara keempat perilaku berisiko, yaitu remaja yang merokok berpeluang 124 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba, remaja yang minum alkohol berpeluang 38 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba dan remaja yang pernah melakukan hubungan seksual pranikah berpeluang 12 kali lebih besar untuk melakukan penyalahgunaan narkoba. Remaja yang merokok berpeluang 16 kali lebih besar untuk berperilaku minum alkohol dan remaja yang pernah minum alkohol berpeluang 16 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seksual pranikah.
3. Dari hasil analisis hubungan bivariat, diketahui bahwa faktor predisposisi yang berhubungan bermakna dengan kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, dan pendidikan.
4. Hasil analisis hubungan bivariat antara faktor pemungkin dan perilaku berisiko pada remaja menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara daerah tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi dengan perilaku berisiko pada remaja.

5. Faktor penguat yang berhubungan bermakna dengan perilaku berisiko pada remaja setelah dianalisis bivariat adalah faktor pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko.
6. Dari hasil analisis multivariat diketahui bahwa variabel yang secara bersama-sama berhubungan secara dominan terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja sekaligus dapat dikatakan sebagai determinan perilaku berisiko pada remaja di Indonesia pada tahun 2007 adalah variabel pengetahuan tentang perilaku seksual, sikap terhadap perilaku seksual, umur, jenis kelamin, pendidikan remaja, status ekonomi, akses terhadap media informasi, komunikasi dengan orang tua, dan adanya teman yang berperilaku berisiko. Dari hasil analisis diketahui pula bahwa faktor yang paling dominan hubungannya terhadap kejadian perilaku berisiko pada remaja adalah faktor jenis kelamin. Remaja laki-laki akan berpeluang untuk melakukan perilaku berisiko 27 kali lebih besar dibandingkan dengan remaja perempuan.
7. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa remaja laki-laki berpeluang 30 kali lebih besar untuk berperilaku merokok, 10 kali lebih besar untuk berperilaku minum alkohol, 20 kali lebih besar untuk berperilaku penyalahgunaan narkoba, dan 5 kali lebih besar untuk berperilaku hubungan seksual pranikah, jika dibandingkan dengan remaja perempuan.

## **7.2. Saran-saran**

### **7.2.1. Bagi Tim SKRRI**

Disarankan agar dapat membuat instrumen atau daftar pertanyaan yang dapat lebih mencakup segala hal yang berkaitan dengan berbagai jenis perilaku yang dapat diukur/diketahui, seperti pengetahuan, sikap, dan jenis komunikasi antara remaja dengan orangtuanya tentang perilaku merokok, minum alkohol, dan penyalahgunaan narkoba.

### 7.2.2. Bagi Pemerintah dan Swasta

1. Memberikan informasi dasar yang tepat dan akurat mengenai berbagai hal yang berkaitan dengan pencegahan perilaku berisiko, termasuk di dalamnya adalah memberikan informasi kepada remaja mengenai berbagai pengaruh sosial dan psikologis yang berdampak buruk bagi kehidupan mereka akibat dari perbuatan perilaku merokok, minum alkohol, penyalahgunaan narkoba, dan hubungan seksual pranikah, dengan cara antara lain mengadakan berbagai kegiatan seminar dan olahraga, seni atau ilmiah remaja.
2. Memberikan informasi agar remaja lebih mengembangkan kepercayaan diri termasuk di dalamnya keterampilan berkomunikasi, sehingga dapat mempunyai kemampuan dalam hal keterampilan hidup sehat, dengan cara lebih banyak menciptakan konselor-konselor remaja dari kalangan mereka sendiri.
3. Menyampaikan pendidikan kesehatan reproduksi dan keterampilan hidup sehat melalui media massa terutama televisi, dengan acara yang akrab dan diminati oleh remaja.
4. Membuat *blog* atau *website* remaja melalui internet yang memuat tentang hasil-hasil penelitian perilaku berisiko pada remaja dan pengetahuan tentang pencegahan perilaku berisiko pada remaja.

### 7.2.3. Bagi Sekolah/Perguruan Tinggi

1. Lebih meningkatkan kembali kegiatan ekstrakurikuler terutama bagi pelajar/mahasiswa laki-laki, misalnya dalam bentuk berbagai kelompok olahraga, pertandingan antar Kelas/Jurusan/Sekolah/Perguruan Tinggi, kesenian, kelompok diskusi ilmiah, dan sebagainya sehingga remaja laki-laki dapat lebih bersikap sportif dan tidak melakukan perilaku berisiko.
2. Mengadakan pusat informasi seperti *youth centre* dengan menggunakan tenaga *peer educator* dari lingkungan pelajar/mahasiswa setempat dan menggunakan bahasa yang ramah remaja dan disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi sekolah/ perguruan tinggi masing-masing.

3. Mengadakan acara seminar atau diskusi ilmiah mengenai perilaku berisiko pada remaja bagi para siswa atau mahasiswa baru di sekolah atau perguruan tinggi.

#### **7.2.4. Bagi Remaja, Keluarga, dan Masyarakat**

1. Agar orangtua dapat lebih dini dalam memberikan informasi mengenai berbagai dampak dari perilaku berisiko yaitu ketika seorang anak akan beranjak remaja sehingga ia dapat lebih siap dalam menghadapi berbagai ancaman di dalam kehidupannya ke depan, dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, ramah remaja dan orang tua sebaiknya selalu berusaha untuk dapat menjadi sahabat bagi remajanya. Dengan mengutamakan pola asuh yang baik di dalam keluarga, diharapkan remaja dapat menghindari perilaku berisiko.
2. Agar keluarga lebih meningkatkan kembali komunikasi antar orangtua dengan remajanya, sehingga remaja tidak mendapatkan informasi yang salah dari teman sebaya atau lingkungan pergaulannya, remaja juga tidak akan lari dari keluarganya ketika menghadapi masalah dan menjadikan keluarga atau orang tuanya sebagai orang pertama yang mengetahui masalahnya.
3. Agar remaja lebih meningkatkan kewaspadaan terhadap pengaruh lingkungan dan tekanan teman sebaya dalam pencegahan perilaku berisiko, dengan lebih meningkatkan iman dan takwa serta keterampilan untuk menangkal perilaku berisiko.

#### **7.2.5. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Agar dapat membuat penelitian yang lebih mendalam mengenai perilaku berisiko yang paling dominan peranannya sebagai prediktor perilaku berisiko pada remaja dengan variabel terkait lainnya.

## DAFTAR REFERENSI

- Aditama, T. Y. (1997). *Rokok dan kesehatan*. (Cetakan pertama, edisi ketiga). Jakarta: UI-Press
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional dan Yayasan Mitra INTI (2001). *Tanya Jawab Kesehatan Reproduksi Remaja: Seri Informasi KRR*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik dan Macro International (2003). *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2002-2003*. Calverton, Maryland, USA.
- Badan Pusat Statistik (2004). *Survei sosial ekonomi nasional*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik (2006). *Penduduk Indonesia, Hasil Survei Penduduk Antar Sensus 2005*. Jakarta: Sub Direktorat Statistik Demografi, Agustus 2006.
- Badan Pusat Statistik dan Macro International (2007). *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA.
- Badan Narkotika Nasional (2006). *Hasil survey nasional penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba pada kelompok pelajar dan mahasiswa di 33 propinsi di Indonesia tahun 2006*. Maret 29, 2010. [http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=HasilPenelitian&op=detail\\_hasil\\_penelitian&id=17&mn=2&smn=e](http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=HasilPenelitian&op=detail_hasil_penelitian&id=17&mn=2&smn=e)
- Badan Narkotika Nasional dan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (2009). *Laporan survey penyalahgunaan narkoba di Indonesia: Studi kerugian ekonomi dan sosial akibat narkoba tahun 2008*. [http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=HasilPenelitian&op=detail\\_hasil\\_penelitian&id=18&mn=2&smn=e](http://www.bnn.go.id/portalbaru/portal/konten.php?nama=HasilPenelitian&op=detail_hasil_penelitian&id=18&mn=2&smn=e)
- Damayanti, R. (2007). *Peran biopsikososial terhadap perilaku berisiko tertular HIV pada remaja SLTA di DKI tahun 2006*. [Disertasi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Darmasih, R. (2009). *Faktor yang mempengaruhi perilaku seks pranikah pada remaja SMA di Surakarta*. [Skripsi]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2003). *Materi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia 2007*. Jakarta.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008a). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 486/MENKES/SK/IV/2007 tentang kebijakan dan rencana strategi penanggulangan penyalahgunaan narkotika, psicotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA)*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Glanz, K., Lewis, F. M., dan Rimer, B. K. (1997). *Health behavior and health education: theory research, and practice* (2<sup>nd</sup> ed.). San Fransisco: Jossey-Bass Inc.
- Green, L.W. dan Kreuter, M.W (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach* (4<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Handayani, R. S. dan Herman, M. J. (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku anak dan remaja dengan status ekonomi marginal yang mengkonsumsi minuman keras. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 37, 3, 102-112.
- Helmi, A. F. (2007). *Faktor-faktor penyebab perilaku merokok pada remaja*. Maret 9, 2010.  
[http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok\\_avin.pdf](http://avin.staff.ugm.ac.id/data/jurnal/perilakumerokok_avin.pdf)
- Hidayat, Z. (2005). Remaja Indonesia dan permasalahan kesehatan reproduksi. *Warta Demografi*, 35, 4, 14-22.  
<http://episentrum.com/artikel-psikologi/tugas-perkembangan-remaja/>. Juni 26, 2010.  
<http://ilmupsikologi.wordpress.com/2009/12/11/tugas-perkembangan-remaja/>. Juni 26, 2010
- Iqbal, M. F. (2008). *Perilaku merokok remaja di lingkungan RW 22 kelurahan Sukatani kecamatan Cimangis Depok tahun 2008*. [Skripsi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Ismail, A. (2006). *Hubungan riwayat merokok dengan penyalahgunaan narkoba di Indonesia (Analisis data Survei Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Rumah Tangga di Indonesia tahun 2005)*. [Tesis]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Joewana, S. (2005). *Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif: penyalahgunaan NAPZA/Narkoba*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

- Kristanti, Ch. M., Tjandrarini, D. H., Prasodjo, R., Pradono, J., Hidayaningsih, P., Senewe, F. P., Mubasyiroh, R., Suparmi (2010) *Studi perilaku kesehatan remaja pada 4 kota besar di Indonesia tahun 2009*. [Laporan Penelitian]. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan.
- Marcoux, B. C dan Shope J. T. (1997). *Application of theory of planned behavior to Adolescent Use and Misuse of Alcohol*. Oxford University Press: Health Education Research, Theory and Practice. 12 (3), 1997, 323-331. Pebruari 28, 2010. <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/3/323.pdf>
- Moeliono, L. (2004). Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja: Apa yang masih bisa kita lakukan. *Majalah Kesehatan Perkotaan*, 11, 1 Agustus 2010.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Ilmu dan seni kesehatan masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007a). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Octavia, D. P. (2009). *Determinan perilaku penggunaan ganja pada remaja di Kelurahan Kedung Waringin Kota Bogor Bulan Mei Tahun 2009*. [Skripsi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Raharni (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyalahgunaan NAPZA di kalangan siswa SMU Negeri Kota Bekasi*. [Tesis]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Rahayu, P. S. (2008). *Tingkat kejadian penyalahgunaan narkoba pada kelompok pelajar/mahasiswa dan faktor risikonya di DKI Jakarta dan Jawa Timur tahun 2006 (Analisa data Survey Nasional Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba pada Kelompok Pelajar/Mahasiswa di Indonesia tahun 2006)*. [Skripsi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Sarwanto, Wilujeng, L. K., Rukmini (2009). Prevalensi penyakit hipertensi penduduk di Indonesia dan faktor yang berisiko. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12, 2, 13-19.
- Sarwono, S. W. (2001). *Psikologi Remaja*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: Gramedia.

LAMPIRAN 1. Daftar Pertanyaan Penelitian

**DAFTAR PERTANYAAN PENELITIAN**  
**DETERMINAN PERILAKU BERISIKO PADA REMAJA DI INDONESIA**  
 (ANALISIS SEKUNDER DATA SURVEI KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA  
 INDONESIA 2007)

Sumber : Daftar Pertanyaan Remaja dan Daftar Pertanyaan Rumah Tangga  
 Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007

<b>KETERANGAN RESPONDEN</b>			
1	PROVINSI		
2	KABUPATEN/KOTA *)		
5	DAERAH **) PERKOTAAN -1 PERDESAAN -2		
10	NAMA RESPONDEN		
11	JENIS KELAMIN **) LAKI-LAKI -1 PEREMPUAN -2		
103	Berapa umur (SEBUTAN) pada ulang tahun terakhir?	UMUR DALAM TAHUN ... (BILANGAN BULAT)	
105	Apakah jenjang sekolah tertinggi yang (SEBUTAN) pernah/sedang duduki: sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, akademi atau universitas?	SEKOLAH DASAR ..... 1 SEKOLAH LANJ. TKT PERTAMA ..... 2 SEKOLAH LANJ. TKT ATAS ..... 3 AKADEMI/DI/DII/DIII ..... 4 DIV/UNIVERSITAS ..... 5	
18	Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah diduduki kepala keluarga: sekolah dasar, sekolah lanjutan tingkat pertama, sekolah lanjutan tingkat atas, akademi atau universitas?	SEKOLAH DASAR ..... 1 SEKOLAH LANJ. TKT PERTAMA ..... 2 SEKOLAH LANJ. TKT ATAS ..... 3 AKADEMI/DI/DII/DIII ..... 4 DIV/UNIVERSITAS ..... 5	
<b>PERILAKU BERISIKO</b>			
501	Apakah (SEBUTAN) pernah mencoba merokok?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	
506	Sekarang saya ingin menanyakan beberapa pertanyaan mengenai minuman beralkohol seperti arak, tuak, bir, dsb. Apakah (SEBUTAN) pernah minum minuman beralkohol?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	

511	Apakah (SEBUTAN) sendiri pernah mencoba mengonsumsi obat-obatan seperti itu?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	
705	Apakah (SEBUTAN) pernah melakukan hubungan seksual?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	
<b>PENGETAHUAN</b>			
211	Apakah seorang wanita dapat hamil hanya dengan sekali melakukan hubungan seksual?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	
211A	Apakah (SEBUTAN) tahu bagaimana cara menghindari kehamilan? JIKA 'TAHU': Bagaimana caranya? Ada lagi? JANGAN MEMBACAKAN JAWABAN. LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.	TIDAK BERHUBUNGAN SEKS ..... A MENGUNAKAN METODE KONTRASEPSI ..... B PANTANG BERKALA ..... C SENGGAMA TERPUTUS ..... D MINUM JAMU ..... E LAINNYA ..... X (TULISKAN) TIDAK TAHU ..... Z	
302	Menurut pendapat (SEBUTAN), pada umur berapa seorang perempuan sebaiknya menikah?	UMUR DALAM TAHUN ..... TIDAK TAHU ..... 98	
303	Menurut pendapat (SEBUTAN), pada umur berapa seorang laki-laki sebaiknya menikah?	UMUR DALAM TAHUN ..... TIDAK TAHU ..... 98	
303A	Menurut (SEBUTAN) apakah pasangan yang akan menikah perlu memeriksakan kesehatannya?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	
605A	Bisakah seseorang menjadi berkurang kemungkinannya tertular virus HIV/AIDS jika berhubungan seks hanya dengan seorang yang tidak mempunyai pasangan lain?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	
605C	Bisakah seseorang menjadi berkurang kemungkinannya tertular virus HIV/AIDS dengan cara memakai kondom setiap melakukan hubungan seks?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	

605E	Bisakah seseorang menjadi berkurang kemungkinannya tertular virus HIV/AIDS dengan cara tidak melakukan hubungan seks sama sekali?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	
<b>SIKAP</b>			
221	Sekarang saya akan membacakan beberapa pernyataan mengenai pendapat (SEBUTAN) tentang penggunaan kondom. Apakah (SEBUTAN) setuju atau tidak setuju dengan pernyataan ini: - Kondom dapat digunakan untuk mencegah kehamilan. - Kondom dapat mencegah penularan HIV/AIDS dan infeksi menular seksual lainnya. - Kondom dapat dipakai ulang.	STJ TSTJ TT CEGAH HAMIL ..... 1 2 8 CEGAH HIV/AIDS DAN AIDS ..... 1 2 8 PAKAI ULANG ..... 1 2 8	
717	Apakah (SEBUTAN) setuju atau tidak setuju dengan pernyataan berikut: - Setuju bila seorang pria mempunyai banyak pasangan/pacar pada waktu bersamaan - Setuju bila seorang wanita mempunyai banyak pasangan/pacar pada waktu bersamaan	YA TDK TT LAKI-LAKI BANYAK PACAR ..... 1 2 8 PEREMPUAN BANYAK PACAR ..... 1 2 8	
718	Apakah (SEBUTAN) setuju jika seorang wanita melakukan hubungan seksual sebelum menikah?	SETUJU ..... 1 TIDAK SETUJU ..... 2 TERGANTUNG ..... 8	
719	Apakah (SEBUTAN) setuju jika seorang pria melakukan hubungan seksual sebelum menikah?	SETUJU ..... 1 TIDAK SETUJU ..... 2 TERGANTUNG ..... 8	
720	Apakah (SEBUTAN) setuju seseorang melakukan hubungan seksual sebelum menikah, jika: - Kedua belah pihak sama-sama senang melakukan hubungan.	STJ TSTJ SUKA-SAMA SUKA ..... 1 2 SALING CINTA ..... 1 2 AKAN MENIKAH ..... 1 2 WANITA DEWASA ..... 1 2 TUNJUKKAN CINTA ..... 1 2	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keduanya saling mencintai.</li> <li>- Keduanya merencanakan untuk menikah.</li> <li>- Wanita sudah dewasa dan sadar terhadap akibat-akibat yang akan timbul</li> <li>- Ingin menunjukkan rasa cinta.</li> </ul>																										
721	Apakah (SEBUTAN) sangat setuju, setuju atau tidak setuju dengan pendapat bahwa mempertahankan keperawanan sebelum menikah penting bagi wanita?	SANGAT SETUJU .....1 SETUJU .....2 TIDAK SETUJU ..... 3																									
<b>STATUS EKONOMI</b>																											
Merupakan variabel tersendiri berupa <i>wealth index</i> , yang sudah dibagi ke dalam 5 strata berupa kuintil 1 s/d kuintil 5																											
<b>AKSES TERHADAP MEDIA INFORMASI</b>																											
413	Dalam 6 bulan terakhir, apakah (SEBUTAN) pernah membaca artikel: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentang penundaan usia perkawinan</li> <li>- Tentang HIV/AIDS?</li> <li>- Tentang Infeksi menular seksual (IMS)?</li> <li>- Tentang iklan/penerangan kondom?</li> <li>- Tentang narkoba?</li> <li>- Tentang minuman keras?</li> <li>- Tentang bagaimana mencegah kehamilan / KB?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">YA</th> <th style="text-align: center;">TIDAK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PENUNDAAN USIA KAWIN ...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>IMS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>IKLAN KONDOM .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NARKOBA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MINUMAN KERAS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MENCEGAH HAMIL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YA	TIDAK	PENUNDAAN USIA KAWIN ...	1	2	HIV/AIDS .....	1	2	IMS.....	1	2	IKLAN KONDOM .....	1	2	NARKOBA .....	1	2	MINUMAN KERAS .....	1	2	MENCEGAH HAMIL .....	1	2	
	YA	TIDAK																									
PENUNDAAN USIA KAWIN ...	1	2																									
HIV/AIDS .....	1	2																									
IMS.....	1	2																									
IKLAN KONDOM .....	1	2																									
NARKOBA .....	1	2																									
MINUMAN KERAS .....	1	2																									
MENCEGAH HAMIL .....	1	2																									
415	Dalam 6 bulan terakhir, apakah (SEBUTAN) pernah mendengar radio yang menyiarkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentang penundaan usia perkawinan</li> <li>- Tentang HIV/AIDS?</li> <li>- Tentang Infeksi menular seksual (IMS)?</li> <li>- Tentang iklan/penerangan kondom?</li> <li>- Tentang narkoba?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">YA</th> <th style="text-align: center;">TIDAK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PENUNDAAN USIA KAWIN .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>IMS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>IKLAN KONDOM .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NARKOBA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MINUMAN KERAS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MENCEGAH HAMIL .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		YA	TIDAK	PENUNDAAN USIA KAWIN .	1	2	HIV/AIDS .....	1	2	IMS.....	1	2	IKLAN KONDOM .....	1	2	NARKOBA .....	1	2	MINUMAN KERAS .....	1	2	MENCEGAH HAMIL .....	1	2	
	YA	TIDAK																									
PENUNDAAN USIA KAWIN .	1	2																									
HIV/AIDS .....	1	2																									
IMS.....	1	2																									
IKLAN KONDOM .....	1	2																									
NARKOBA .....	1	2																									
MINUMAN KERAS .....	1	2																									
MENCEGAH HAMIL .....	1	2																									

	- Tentang minuman keras? - Tentang bagaimana mencegah kehamilan / KB?		
417	Dalam 6 bulan terakhir, apakah (SEBUTAN) pernah menonton televisi yang menyiarkan atau menayangkan: - Tentang penundaan usia perkawinan - Tentang HIV/AIDS? - Tentang Infeksi menular seksual (IMS)? - Tentang iklan/penerangan kondom? - Tentang narkoba? - Tentang minuman keras? - Tentang bagaimana mencegah kehamilan / KB?	<p style="text-align: right;">YA TIDAK</p> PENUNDAAN USIA KAWIN . 1 2 HIV/AIDS ..... 1 2 IMS..... 1 2 IKLAN KONDOM ..... 1 2 NARKOBA ..... 1 2 MINUMAN KERAS ..... 1 2 MENCEGAH HAMIL ..... 1 2	
<b>KOMUNIKASI DENGAN ORANG TUA</b>			
203	Dari mana (SEBUTAN) mendapat informasi mengenai perubahan pada tubuh dari anak-anak ke remaja? Ada lagi? JANGAN MEMBACAKAN JAWABAN. LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.	TEMAN ..... A IBU ..... B BAPAK ..... C SAUDARA KANDUNG ..... D KELUARGA..... E GURU ..... F PETUGAS KESEHATAN ..... G PEMUKA AGAMA ..... H TELEVISI ..... I RADIO ..... J BUKU/MAJALAH/SURAT KABAR ..... K LAINNYA ..... X (TULISKAN) TIDAK ADA ..... Z	
401	Saya ingin tahu dengan siapa (SEBUTAN) membicarakan atau menanyakan hal-hal mengenai kesehatan reproduksi. Apakah (SEBUTAN) pernah membicarakan hal-hal itu dengan: Teman? Ibu? Bapak?	<p style="text-align: right;">YA TIDAK</p> TEMAN ..... 1 2 IBU ..... 1 2 BAPAK ..... 1 2 SAUDARA KANDUNG.. 1 2 KELUARGA ..... 1 2 GURU ..... 1 2 PETUGAS KESEHATAN 1 2 PEMUKA AGAMA..... 1 2	

	Saudara kandung? Keluarga? Guru? Petugas kesehatan? Pemuka agama?		
402	Kalau (SEBUTAN) ingin tahu lebih jauh mengenai hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, pada siapa (SEBUTAN) akan bertanya? Siapa lagi? JANGAN MEMBACAKAN JAWABAN. LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG DISEBUT.	TEMAN ..... A IBU ..... B BAPAK ..... C SAUDARA KANDUNG ..... D KELUARGA..... E GURU ..... F PETUGAS KESEHATAN ..... G PEMUKA AGAMA ..... H LAINNYA ..... X (TULISKAN) TIDAK ADA ..... Z	
<b>KEBERADAAN TEMAN YANG BERPERILAKU BERISIKO</b>			
505B	Apakah (SEBUTAN) pernah mengingatkan/mengajak teman/orang lain untuk tidak merokok?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	
520	Apakah (SEBUTAN) pernah mengingatkan/mengajak teman/orang lain untuk tidak menggunakan obat-obatan terlarang?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	
509B	Apakah (SEBUTAN) pernah mengingatkan/mengajak teman/orang lain untuk tidak minum minuman beralkohol?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2	
715	Apakah (SEBUTAN) mempunyai teman yang sudah melakukan hubungan seksual sebelum menikah?	YA ..... 1 TIDAK ..... 2 TIDAK TAHU ..... 8	

LAMPIRAN 2. Hasil Analisis

ANALISIS MULTIVARIAT

Hasil seleksi 1

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	ptahu	-.386	.047	68.674	1	.000	.680	.621	.745
	totalsikap	.470	.043	118.273	1	.000	1.600	1.470	1.741
	kpumur	.715	.044	260.500	1	.000	2.045	1.875	2.231
	sex	3.276	.047	4900.463	1	.000	26.475	24.155	29.019
	didik	.190	.048	15.429	1	.000	1.210	1.100	1.330
	daerah	-.033	.047	.500	1	.480	.967	.883	1.060
	statuseko	.100	.050	3.976	1	.046	1.105	1.002	1.218
	totalmedia	-.391	.046	72.930	1	.000	.676	.618	.740
	didikkk(1)	.046	.050	.851	1	.356	1.047	.950	1.154
	kombg	.240	.046	26.964	1	.000	1.271	1.161	1.392
	tmngbg	.829	.063	171.217	1	.000	2.290	2.023	2.592
Constant	-7.422	.215	1194.609	1	.000	.001			

a. Variable(s) entered on step 1: ptahu, totalsikap, kpumur, sex, didik, daerah, statuseko, totalmedia, didikkk, kombg, tmngbg.

Dari hasil di atas diketahui bahwa yang nilai  $p > 0,05$  adalah variabel daerah tempat tinggal dan pendidikan kepala keluarga. Karena nilai  $p$  terbesar adalah daerah tempat tinggal, maka daerah tempat tinggal dikeluarkan dari model.

Setelah variabel daerah tempat tinggal dikeluarkan, didapatkan hasil sebagai berikut:

Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	ptahu	-.386	.047	68.568	1	.000	.680	.621	.745
	totalsikap	.472	.043	119.359	1	.000	1.602	1.472	1.744
	kpumur	.714	.044	260.093	1	.000	2.041	1.872	2.226
	sex	3.277	.047	4903.515	1	.000	26.491	24.169	29.036
	didik	.192	.048	15.709	1	.000	1.212	1.102	1.332
	statuseko	.112	.047	5.779	1	.016	1.119	1.021	1.226
	totalmedia	-.390	.046	72.559	1	.000	.677	.619	.741
	didikkk(1)	.049	.050	.967	1	.325	1.050	.953	1.157
	kombg	.241	.046	27.120	1	.000	1.272	1.162	1.393
	tmngbg	.829	.063	171.680	1	.000	2.292	2.024	2.595
	Constant	-7.498	.187	1615.486	1	.000	.001		

a. Variable(s) entered on step 1: ptahu, totalsikap, kpumur, sex, didik, statuseko, totalmedia, didikkk, kombg, tmngbg.

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

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

No : 1550 /H2.F10/PPM.00.00/2010  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

1 April 2010

Kepada Yth.  
**Direktur**  
**Statistik Kependudukan dan Ketenagaan**  
**Badan Pusat Statistik**  
Gd.5, Lt.7  
Jakarta Pusat

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Heny Lestary  
NPM : 0806474211  
Thn. Angkatan : 2008/2009  
Peminatan : Kesehatan Reproduksi  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data survei kesehatan reproduksi remaja tahun 2007 yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, "*Determinan Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia (Analisis Sekunder Data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia Tahun 2007)*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Kesehatan Reproduksi dinomor telp. (021) 7874265.

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,



**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**

**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip