



**AKSES INFORMASI, TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN  
REPRODUKSI DAN PERILAKU SEKSUAL PRANIKAH  
PADA REMAJA DI INDONESIA  
(Analisis Lanjut Data SDKI 2012)**

**SKRIPSI**

Oleh

**Edwin Chandra Wijaya  
112110101073**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**AKSES INFORMASI, TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN  
REPRODUKSI DAN PERILAKU SEKSUAL PRANIKAH  
PADA REMAJA DI INDONESIA  
(Analisis Lanjut Data SDKI 2012)**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

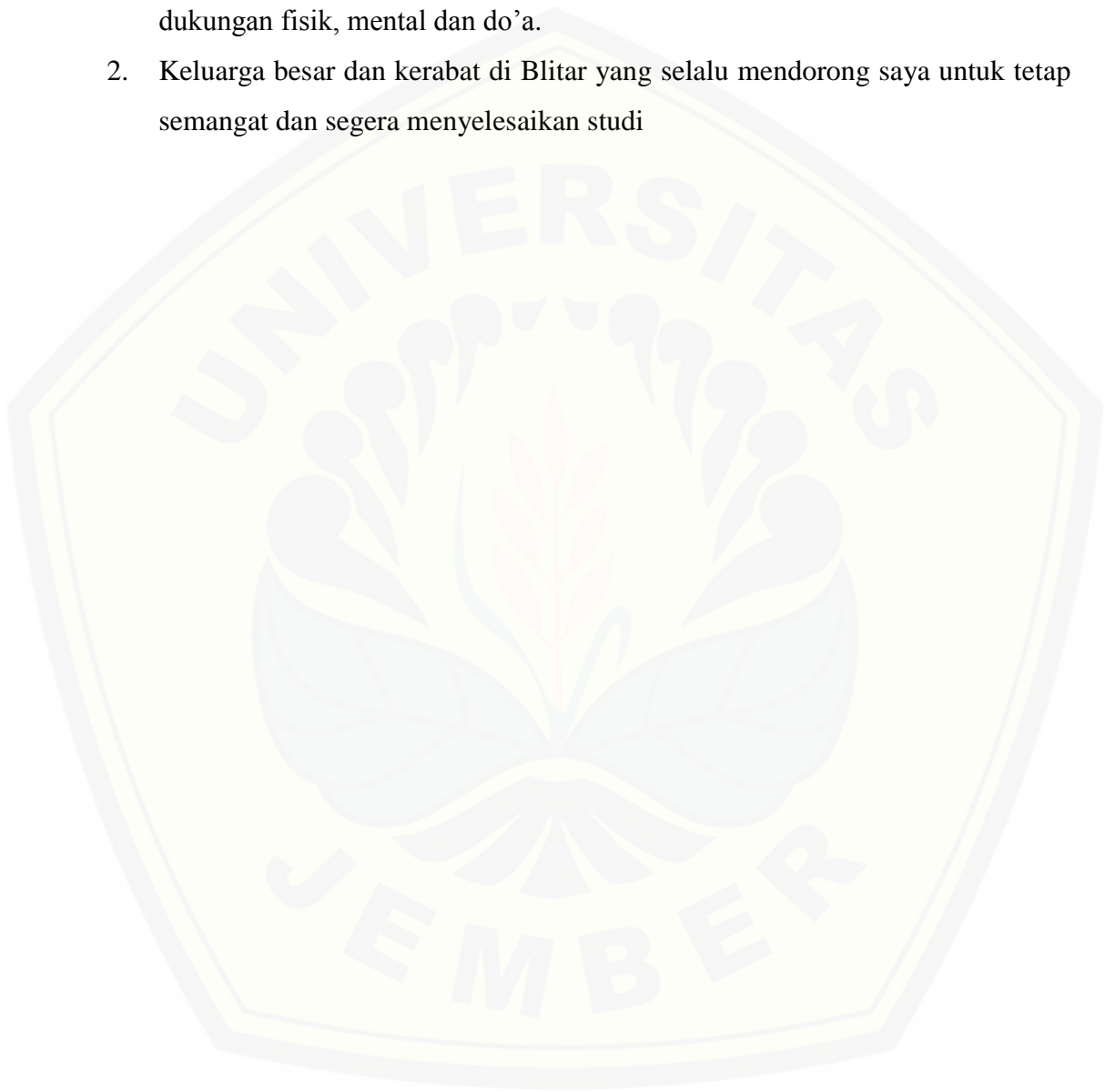
**Edwin Chandra Wijaya**  
**112110101073**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

### **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua yang selalu memberikan dukungan selama ini baik berupa dukungan fisik, mental dan do'a.
2. Keluarga besar dan kerabat di Blitar yang selalu mendorong saya untuk tetap semangat dan segera menyelesaikan studi



**MOTTO**

Dan janganlah kamu mendekati zina; (zina) itu sungguh suatu perbuatan keji dan suatu jalan yang buruk (QS Al-Isra':32)\*



---

\*) Yayasan Penyelenggara Penerjemah Al-Qur'an. 2010. *An-Nur (Terjemahan Al-Qur'an per Kata)*. Bandung: Mizan

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Edwin Chandra Wijaya

NIM : 112110101073

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Akses Informasi, Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja di Indonesia (Analisis Lanjut Data SDKI 2012)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Juni 2015

Yang menyatakan,

Edwin Chandra Wijaya  
NIM. 112110101073

**SKRIPSI**

**AKSES INFORMASI, TINGKAT PENGETAHUAN KESEHATAN  
REPRODUKSI DAN PERILAKU SEKSUAL PRANIKAH  
PADA REMAJA DI INDONESIA  
(Analisis Lanjut Data SDKI 2012)**

Oleh

Edwin Chandra Wijaya  
112110101073

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Akses Informasi, Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di Indonesia (Analisis Lanjut Data SDKI 2012)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu

Tanggal : 17 Juni 2015

Tempat : Ruang Sidang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.  
NIP. 197904112005011002

Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.  
NIP. 198003132008122003

Anggota,

Erwin Nur Rif'ah, M.A., Ph.D.  
NIDN. 0701127807

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 195608101983031003



## RINGKASAN

**Akses Informasi, Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja di Indonesia (Analisis Lanjut Data SDKI 2012);** Edwin Chandra Wijaya; 112110101073; 2015; 180 Halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Terdapat lebih dari 40 juta penduduk berusia remaja (15-24 tahun) di Indonesia. Besarnya penduduk remaja dapat menimbulkan potensi masalah seperti penyalahgunaan akses media informasi dan masalah seksual yang dapat timbul karena perkembangan seksual (baik primer maupun sekunder) dan rasa ingin tahu remaja yang tinggi. Masalah seksual yang dapat timbul salah satunya adalah kejadian perilaku seksual pranikah. Dampak yang diakibatkan oleh perilaku seksual pranikah antara lain adalah penularan IMS termasuk HIV dan AIDS, pernikahan dini, dan aborsi. Perhatian dari berbagai pihak terutama orang terdekat remaja (seperti teman dan keluarga) sangat diperlukan, khususnya terkait dengan akses remaja terhadap media informasi, pengetahuan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual pranikah. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara akses informasi dan pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual pranikah pada remaja.

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku seksual pranikah antara lain meliputi: 1) faktor predisposing yaitu faktor yang melekat pada diri individu yang meliputi: pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status pekerjaan, dan pendidikan; 2) faktor pemungkin (*enabling*), faktor yang memungkinkan atau mendorong suatu perilaku dapat terlaksana yang meliputi: status ekonomi, tempat tinggal dan akses terhadap media informasi; 3) faktor penguat (*reinforcing*), yaitu faktor yang dapat memperkuat terjadinya perilaku yang meliputi: dukungan sosial dan keberadaan teman yang berperilaku seksual pranikah.



Penelitian yang telah dilaksanakan merupakan jenis penelitian analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian yang telah dilakukan merupakan penelitian dengan menggunakan data SDKI 2012. Populasi pada penelitian merupakan remaja Indonesia dengan umur 15-24 tahun baik laki-laki maupun perempuan dan belum menikah. Analisis yang digunakan dalam penelitian meliputi analisis univariabel, bivariabel (*Chi-Square*), multivariabel (regresi logistik).

Analisis secara bivariabel dilakukan antara variabel bebas (karakteristik individu, pengetahuan, sikap, keberadaan teman berperilaku seksual pranikah, dan akses media informasi) dengan variabel terikat dalam penelitian (perilaku seksual pranikah pada remaja). Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat dua variabel yang tidak memiliki hubungan bermakna dengan kejadian perilaku seksual pranikah pada remaja yaitu tempat tinggal dan intensitas akses pada media informasi. Tetapi pada hasil uji analisis multivariabel dengan mempertimbangkan interaksi antara variabel bebas didapatkan hasil bahwa 9 dari 12 variabel bebas masuk ke dalam model regresi logistik yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status ekonomi keluarga, tingkat pengetahuan, intensitas akses media informasi, keberadaan teman dengan perilaku seksual pranikah, dan sikap.

Model yang dihasilkan pada regresi logistik juga menunjukkan bahwa model sesuai dan tidak terdapat perbedaan bermakna antara nilai prediksi dan observasinya yaitu sebesar 93,6%. Hasil penelitian juga menyatakan bahwa remaja Indonesia cenderung memiliki tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi yang baik, tidak setuju terhadap hubungan seksual pranikah namun lebih banyak yang memiliki teman dengan perilaku seksual pranikah dan intensitas akses pada media informasi terkait dengan kesehatan reproduksi yang kurang dari sekali seminggu.

**SUMMARY**

*The Access to Information, Knowledge of Reproductive Health and Premarital Sexual Behavior Among Indonesian Adolescents (Analysis of IDHS 2012 Data); Edwin Chandra Wijaya; 112110101073; 2015; 180 Pages; Departement of Epidemiology and Biostatistic Population Public Health Faculty Jember University*

There are over 40 million adolescents (15-24 years) in Indonesia. The problems that may arise from such a huge number of adolescents are misuse of access to media information and sexual problems, those problems may arise because of the adolescents are experiencing sexual development (both primary and secondary) and having the high curiosity. One of the sexual problem that may arise among the adolescents is premarital sexual behavior. There are several impact of the premarital sexual behavior, those are the transmission of STIs including HIV and AIDS, early marriage, and abortion. Attention from the various sector is highly needed especially those who has closest relation to the adolescents (such as friends and family). Those people are needed to provide control of the access to media information, knowledge of reproductive health and premarital sexual behavior among adolescents. According to that condition, this research objective is to analyze the relation between access to information and knowledge of reproductive health with the incidence of premarital sexual behaviour among adolescents.

There are several factors that may be able to influence the incidents of premarital sexual behavior: 1) predisposing factor, the factor that inherent to the individual own self, including knowledge, attitude, age, gender, employment status, and education; 2) enabling factor, the factor that encourage a behavior to be implemented, including economic status, the region of residence and the access to media information; 3) reinforcing factor, the factor that reinforce the behavior to be implemented, including social support and the presence of friends with premarital sexual behavior.

*The Research was an analytic study with cross-sectional approach. It used the data of IDHS 2012. The research population were adolescents of Indonesia, aged 15-24 years, both men and women, and both of them have not married yet. The research analysis used the univariable analysis, the bivariabile analysis (Chi-Square), and the multivariable analysis (logistic regression).*

*The bivariabile analysis was used to determine the relation between independent variables (individual characteristics, knowledge, attitude, the presence of friends with premarital sexual behavior, and the access to media information) with the dependent variable in this study (premarital sexual behavior). The results showed that there were two variables that have not a significant relation with the incidence of premarital sexual behavior, they were the region of residence and the intensity of access to media information. The result of multivariable analysis by considering the interaction between the independent variables showed that 9 of 12 variables were within the logistic regression model, they were age, gender, education, employment status, economic status, knowledge, the intensity of access to media information, the presence of friends with premarital sexual behavior and attitude.*

*The Model of logistic regression showed that the model was fit, it means that there was no difference between the predicted and the observed value, it was 93,6%. The results also showed that the adolescents of Indonesia have good knowledge of reproductive health, they did not agree to premarital sexual behaviour, but most of them have friends with premarital sexual behavior and their intensity of access to media information was less than once a week.*

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Akses Informasi, Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di Indonesia (Analisis Lanjut Data SDKI 2012)*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada skripsi ini dijabarkan hubungan antara akses media informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia, sehingga manfaat yang diharapkan melalui hasil dari skripsi ini adalah adanya peningkatan pengetahuan dan akses media informasi yang dapat berdampak pada penurunan perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Andrei Ramani, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan skripsi ini:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember,
2. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember,
3. Ibu Prehatin Trirahayu Ningrum, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing penulis selama menempuh studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember,
4. Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes selaku Ketua Penguji,



5. Ibu Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si selaku Sekretaris Penguji,
6. Ibu Erwin Nur Rif'ah, M.A., Ph.D selaku Anggota Penguji
7. Seluruh civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember (dosen dan staf) terutama dosen-dosen pada peminatan Biostatistika Kependudukan yang telah memberikan banyak ilmu bermanfaat,
8. *The Demographic and Health Survey Program (Measure DHS)* selaku penyedia data set SDKI 2012,
9. Orang tua dan kerabat yang telah memberikan dukungan baik berupa fisik, mental dan do'a selama pengerjaan skripsi ini,
10. Sahabat-sahabat yang selalu memberikan dukungan selama ini (Noval, Ipeip, Ajeng, Hafis, Ervan, dan Cerfi),
11. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2011, khususnya peminatan biostatistika kependudukan 2011 yang telah memberikan dukungan selama pengerjaan skripsi ini (Ima, Vita, Aviv, Dyta, Dila, Ichwan, Nisa, Syukron, Fike, Anggi, dan Yuni),
12. Teman-teman satu atap di Mamik Kost Management (Robbi, Tyas, Pungki, dan Reza),
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu saya dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Juni 2015

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>SUMMARY</b> .....	x
<b>PRAKATA</b> .....	xii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xviii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xix
<b>DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN</b> .....	xx
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1. Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2. Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3. Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4. Manfaat Penelitian</b> .....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2. Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
<b>2.1. Remaja</b> .....	6
<b>2.2. Kesehatan Reproduksi</b> .....	6
2.2.1. Kesehatan Reproduksi Remaja .....	6

2.2.2 Akses Informasi Kesehatan .....	14
2.2.3 Perilaku seksual pranikah Remaja.....	17
2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku seksual pranikah Remaja.....	18
<b>2.3. Kerangka Teori .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4. Kerangka Konsep .....</b>	<b>31</b>
<b>2.5. Hipotesis .....</b>	<b>31</b>
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1. Jenis Penelitian .....</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Penentuan Populasi dan Sampel.....</b>	<b>32</b>
3.3.1. Populasi Penelitian .....	32
3.3.2. Penentuan Sampel Penelitian .....	32
<b>3.4. Definisi Operasional .....</b>	<b>35</b>
3.4.1. Variabel Penelitian .....	35
3.4.2. Definisi Operasional .....	35
<b>3.5. Data dan Sumber Data .....</b>	<b>38</b>
<b>3.6. Teknik dan Alat Perolehan Data .....</b>	<b>38</b>
<b>3.7. Teknik Penyajian dan Analisis Data.....</b>	<b>39</b>
3.7.1. Teknik Pengolahan data.....	39
3.7.2. Teknik Penyajian Data .....	40
3.7.3. Teknik Analisis Data .....	40
<b>3.8. Alur Penelitian.....</b>	<b>42</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1. Hasil Penelitian.....</b>	<b>43</b>
4.1.1. Gambaran Umum Remaja Indonesia.....	43
4.1.2. Akses Media Informasi Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu .....	50
4.1.3. Tingkat Pengetahuan Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu.....	55



4.1.4. Sikap Remaja Indonesia Terhadap Hubungan Seksual Pranikah Berdasarkan karakteristik individu .....	56
4.1.5. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Indonesia .....	58
4.1.6. Analisis Terhadap Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di Indonesia .....	62
4.1.7. Analisis Kesesuaian Model ( <i>Goodness of Fit</i> ) dan <i>Diagnostic Check</i> .....	64
<b>4.2. Pembahasan</b> .....	67
4.2.1. Gambaran Umum Remaja Indonesia .....	67
4.2.2. Akses Media Informasi Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu .....	69
4.2.3. Tingkat Pengetahuan Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu .....	71
4.2.4. Sikap Remaja Indonesia Terhadap Hubungan Seksual Pranikah Berdasarkan karateristik Individu .....	72
4.2.5. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Indonesia .....	73
4.2.6. Analisis Kesesuaian Model ( <i>Goodness of Fit</i> ) dan <i>Diagnoostic Check</i> .....	82
4.2.7. Kelemahan Penelitian .....	84
<b>BAB 5. PENUTUP</b> .....	85
<b>5.1. Kesimpulan</b> .....	85
<b>5.2. Saran</b> .....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	88
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR TABEL**

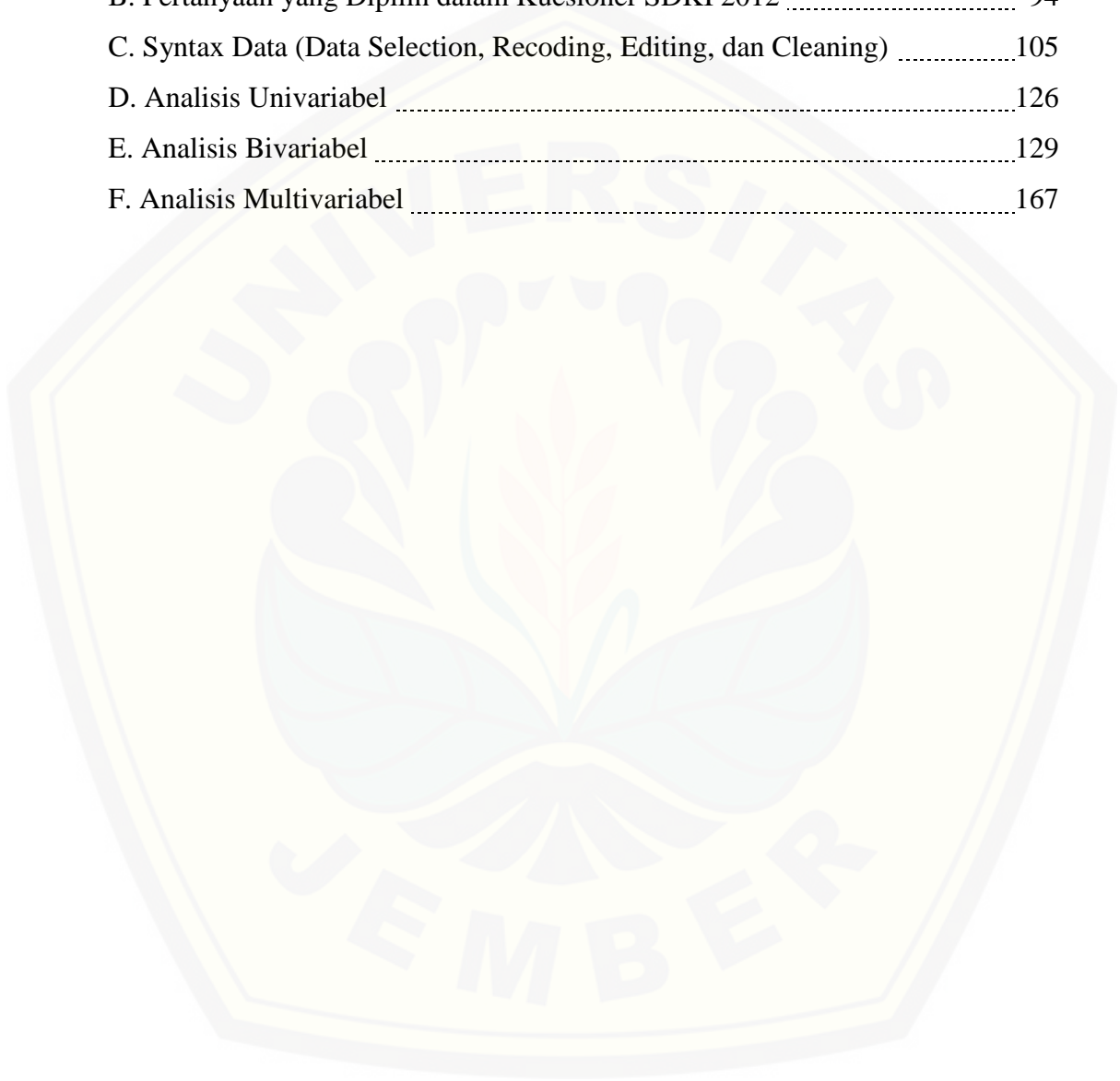
	Halaman
Tabel 3.1. Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengumpulan Data, Sumber Data, Identifikasi, dan Skala Ukur .....	35
Tabel 4.1. Gambaran Umum Remaja Indonesia .....	43
Tabel 4.2. Akses Media Informasi Remaja Indonesia .....	45
Tabel 4.3. Pengetahuan, Sikap, Keberadaan Teman Berperilaku Seksual Pranikah dan Perilaku Seksual Remaja Indonesia .....	47
Tabel 4.4. Intensitas Akses Media Informasi Berdasarkan Karakteristik Individu .....	51
Tabel 4.5. Jenis Media Informasi yang Diakses dalam 6 Bulan Terakhir Berdasarkan Karakteristik Individu .....	52
Tabel 4.6. Banyaknya Media Informasi yang Pernah Diakses Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu .....	54
Tabel 4.7. Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia Berdasarkan Karakteristik Individu .....	55
Tabel 4.8. Sikap Remaja Indonesia Terhadap Hubungan Seksual Pranikah Berdasarkan Karakteristik Individu .....	57
Tabel 4.9. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Berdasarkan Karakteristik Individu .....	58
Tabel 4.10. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Indonesia Berdasarkan Akses Media Informasi .....	60
Tabel 4.11. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Keberadaan Teman Berperilaku Seksual Pranikah .....	61
Tabel 4.12. Hasil Uji Analisis Regresi Logistik .....	62
Tabel 4.13. Hasil <i>Omnibus Test</i> , <i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i> , <i>Hosmer and Lemeshow Test</i> , <i>Overall Percentage</i> , dan Variabel dalam Persamaan .....	64
Tabel 4.14. <i>Runs Test</i> .....	66

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori .....	30
Gambar 2.2. Kerangka Konsep .....	31
Gambar 3.1. Alur Penentuan Sampel Penelitian .....	34
Gambar 3.2. Alur Penelitian .....	42
Gambar 4.1. Intensitas Akses Media Informasi Berdasarkan Provinsi di Indonesia .....	46
Gambar 4.2. Tingkat Pengetahuan Remaja Berdasarkan Provinsi di Indonesia .....	48
Gambar 4.3. Perilaku Seksual Pranikah Remaja Berdasarkan Provinsi di Indonesia .....	49
Gambar 4.4. <i>Pearson Residual</i> .....	65
Gambar 4.5. <i>Deviance Residual</i> .....	66

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Persetujuan Akses Data SDKI pada <i>Measure DHS</i> .....	92
B. Pertanyaan yang Dipilih dalam Kuesioner SDKI 2012 .....	94
C. Syntax Data (Data Selection, Recoding, Editing, dan Cleaning) .....	105
D. Analisis Univariabel .....	126
E. Analisis Bivariabel .....	129
F. Analisis Multivariabel .....	167



**DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN**

**Lambang**

n	: Besar populasi
<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
≤	: Kurang dari/sama dengan
≥	: Lebih dari/sama dengan
$\alpha$	: <i>alpha</i>
p	: <i>p-value</i>
%	: Persentase
R <sup>2</sup>	: <i>R Square</i>
$\chi^2$	: <i>Chi-Square</i>
Ln	: Natural Log

**Singkatan**

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
Ditjen PP&PL	: Direktur Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan
Kemkes RI	: Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	: <i>Human Papillomavirus</i>
IMS	: Infeksi Menular Seksual
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
OR	: <i>Odd Ratio</i>
PIK-R	: Pusat Informasi dan Konseling Remaja
SD	: Sekolah Dasar
SDKI	: Suvei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar belakang

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan fisik dan psikologi dari masa anak-anak menuju dewasa (Pratiwi dan Basuki, 2011:347). Masa remaja merupakan masa pencarian jati diri dengan rasa ingin tahu yang tinggi, ingin diperhatikan, diakui eksistensinya, dan emosi yang masih belum stabil sehingga mudah dipengaruhi oleh teman dan mengutamakan solidaritas kelompok (Pratiwi dan Basuki, 2011:347). Pada masa remaja terjadi perkembangan yang berkaitan dengan perkembangan organ seksualnya baik secara primer maupun sekunder dan menjadikan remaja sangat dekat dengan permasalahan yang berkaitan dengan seksual (Pratiwi dan Basuki, 2011:347). Berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2010 terdapat sebanyak 40.772.367 penduduk remaja (15-24 tahun) di Indonesia (BKKBN, 2013:4).

Keterbatasan informasi, ketidakpekaan orang tua dan pendidik terhadap kondisi remaja, ditambah dengan keengganan dan kecanggungan remaja untuk bertanya pada orang yang tepat semakin menguatkan latar belakang remaja sering bersikap tidak tepat terhadap organ reproduksinya (Pratiwi dan Basuki, 2011:347). Data yang disampaikan oleh Pratiwi dan Basuki (2011:347) menunjukkan bahwa dari remaja usia 12-18 tahun, 16% remaja mendapat informasi seputar seks dari teman, 35% berasal dari film porno, dan hanya 5% dari orang tua. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 juga menunjukkan hal yang sama, bahwa remaja cenderung lebih banyak mendapat informasi seputar seks dari teman dari pada orang tua maupun kerabat (BPS, 2013:8).

Ketidakpekaan, kurangnya perhatian dan kontrol dari orang terdekat remaja dapat terlihat dari adanya perilaku pacaran berlebihan yang dianggap wajar dilakukan oleh remaja, pacaran yang dilakukan oleh remaja saat ini tidak hanya sebatas untuk mengenal lawan jenis melainkan sudah sampai berciuman, saling meraba dan melakukan hubungan seksual pranikah (Oktavia, 2013:13). Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat sebesar 2,5% perempuan dan 19,1% laki-laki usia 15-24 tahun pernah



melakukan hubungan seksual pranikah (BPS, 2013:16). Berdasarkan sikap penerimaan terhadap perilaku seksual pranikah, remaja perempuan (15-24 tahun) yang setuju terhadap hubungan seksual pranikah sebesar 2,6% jika dilakukan oleh perempuan dan sebesar 3,6% jika dilakukan oleh laki-laki, sedangkan sikap remaja laki-laki (15-24 tahun) yang setuju terhadap hubungan seksual pranikah sebesar 8,1% jika dilakukan oleh perempuan dan 15,5% jika dilakukan oleh laki-laki (BPS, 2013:16).

Masa remaja merupakan kelompok umur yang rentan untuk melakukan perilaku seksual pranikah terlebih lagi prevalensi perilaku berisiko pada remaja semakin meningkat dan dampak yang dapat ditimbulkan juga semakin mengkhawatirkan, sedangkan pengetahuan remaja yang benar tentang kesehatan reproduksi belum terjadi peningkatan yang signifikan (Lestary dan Sugiharti, 2011:137). Hubungan seksual pranikah merupakan salah satu jenis perilaku berisiko yang dapat membahayakan kesehatan remaja, jenis perilaku berisiko lainnya selain hubungan seksual pranikah antara lain adalah perilaku merokok, mengonsumsi alkohol, dan menggunakan narkoba (Lestary dan Sugiharti, 2011:138). Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dalam mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja, seperti yang disampaikan oleh Lestary dan Sugiharti (2011:138) dalam penelitiannya dengan menggunakan data Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia tahun 2007 yaitu: 1) faktor predisposing yaitu faktor yang melekat pada diri individu (meliputi: pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan); 2) faktor pemungkin (*enabling*), faktor yang memungkinkan atau mendorong suatu perilaku dapat terlaksana (meliputi: tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi); 3) faktor penguat (*reinforcing*) yaitu faktor yang dapat memperkuat terjadinya perilaku (meliputi: pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman berperilaku berisiko).

Seperti yang telah disampaikan oleh Lestary dan Sugiharti (2011:138), bahwa akses terhadap media informasi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dalam mempengaruhi perilaku seksual pranikah pada remaja, sehingga dikhawatirkan dengan semakin berkembangnya media informasi dapat



menyebabkan penyalahgunaan dalam penggunaannya. Kemudahan akses informasi karena kemajuan teknologi dan transportasi dapat memperparah kejadian perilaku seksual berisiko (Rokhmah, 2014:186). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 menyebutkan bahwa remaja di daerah perkotaan cenderung memiliki akses lebih besar terhadap media massa dibandingkan dengan pedesaan (BPS, 2013:6). Berdasarkan pemaparan Nurachmah dan Mustikasari (2009:63) diperkirakan pada tahun 2020 sebesar 50% penduduk akan melakukan migrasi ke kota, karena kemudahan akses informasi, lapangan pekerjaan, kelengkapan akses fasilitas dan teknologi, serta kemudahan akses pelayanan kesehatan.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa berdasarkan daerah tempat tinggalnya, perilaku seksual pranikah remaja lebih banyak terjadi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah pedesaan (BPS, 2013:16). Salah satu dampak yang diakibatkan oleh perilaku seksual pranikah pada remaja adalah Infeksi HIV dan AIDS. Berdasarkan hasil dari laporan Ditjen PP&PL Kemenkes RI (2014:3) terdapat sebesar 4.400 penduduk usia 15-24 tahun di Indonesia yang terinfeksi HIV pada tahun 2014, 5.551 pada tahun 2013, dan 3.661 pada tahun 2012.

Akses media informasi dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja. Akses media informasi saat ini bisa didapatkan oleh remaja dari berbagai sumber baik cetak maupun elektronik. Saat ini, informasi tentang kesehatan reproduksi dapat secara mudah diakses oleh remaja, bahkan informasi ini dapat diperoleh dari teman, keluarga dan orang-orang di sekitarnya. Informasi yang salah tentang kesehatan reproduksi yang diperoleh dapat memicu persepsi yang salah dan dapat menyebabkan perilaku seksual pranikah yang berakibat pada terjadinya transmisi infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS, kehamilan tidak diinginkan, aborsi dan pernikahan dini di kalangan remaja. Memperhatikan dampak yang dapat terjadi pada remaja karena perilaku seksual pranikah, maka diperlukan analisis lebih lanjut antara keterkaitan akses media informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia.

## 1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana peran akses informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia?

## 1.3. Tujuan Penelitian

### 1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara akses informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik individu, akses media informasi, tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku seksual pranikah remaja Indonesia
- b. Mengidentifikasi akses media informasi remaja Indonesia berdasarkan karakteristik individu
- c. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi remaja Indonesia berdasarkan karakteristik individu
- d. Mengidentifikasi sikap remaja Indonesia terhadap perilaku seksual pranikah berdasarkan karakteristik individu
- e. Mengidentifikasi perilaku seksual pranikah remaja Indonesia berdasarkan karakteristik individu
- f. Mengidentifikasi perilaku seksual pranikah remaja Indonesia berdasarkan tingkat pengetahuan, sikap, dan keberadaan teman berperilaku seksual pranikah
- g. Menganalisis hubungan antara karakteristik individu, akses informasi, tingkat pengetahuan, sikap, dan keberadaan teman berperilaku seksual pranikah dengan terjadinya perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia
- h. Menganalisis kesesuaian model (*goodness of fit*) dan melakukan verifikasi asumsi dasar (*diagnostic checking*) yang dihasilkan dalam menggambarkan terjadinya perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1. Manfaat Teoritis

Menambah dan mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi remaja dan perilaku seksual pranikah

##### 1.4.2. Manfaat Praktis

- a. Menjadi landasan untuk penelitian selanjutnya terkait dengan kesehatan reproduksi dan perilaku seksual pranikah remaja di Indonesia
- b. Menjadi bahan pertimbangan bagi pemerintah dan instansi terkait dalam pengambilan keputusan dan pembuatan kebijakan terkait kesehatan reproduksi remaja
- c. Menambah pengetahuan masyarakat tentang hubungan antara akses informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi terhadap perilaku seksual pranikah pada remaja.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Remaja

Remaja (*adolescence*) menurut WHO (2009:2) adalah penduduk yang berusia antara 10-19 tahun dan pemuda (*young people*) adalah penduduk usia 10-24 tahun, sedangkan definisi remaja yang digunakan dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia menetapkan remaja dalam rentang usia 15-24 tahun (BPS, 2013:2-3). Saat usia remaja, individu akan mengalami perkembangan dengan dimulainya perkembangan reproduksi primer dan sekunder (pubertas) sampai mencapai kematangan seksual. Masa remaja merupakan masa dimana individu akan mengalami proses transisi atau perkembangan diri yang meliputi perkembangan dari masa anak-anak menuju dewasa, kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik serta merupakan usia dimana individu mulai berhubungan dengan masyarakat, telah mengalami perkembangan tanda-tanda seksual, pola psikologis, dan menjadi lebih mandiri (Nainggolan, 2014:8).

Gunarsa (2004:128-131) menjelaskan bahwa berdasarkan tahap perkembangannya masa remaja dibagi menjadi 3 tahap yaitu 1) Masa remaja awal yaitu 12-15 tahun (lebih dekat dengan teman sebaya, ingin bebas dan lebih banyak memperhatikan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak); 2) masa remaja tengah yaitu 15-18 tahun (mencari identitas diri, timbulnya keinginan untuk kencan, mempunyai rasa cinta yang dalam, mengembangkan kemampuan berpikir abstrak dan berkhayal tentang aktivitas seks); 3) masa remaja akhir (pengungkapan identitas diri, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta dan mampu berfikir abstrak).

### 2.2. Kesehatan Reproduksi

#### 2.2.1. Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi menurut WHO merupakan keadaan sehat sejahtera secara fisik, mental, dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala hal yang terkait dengan sistem, fungsi serta proses reproduksi. Berdasarkan ruang lingkupnya, aspek kesehatan reproduksi mencakup seluruh

fase kehidupan manusia sejak lahir hingga mati yang meliputi kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, dan kesehatan reproduksi lansia serta masalah keluarga berencana dan infeksi menular seksual termasuk HIV AIDS yang dapat terjadi pada setiap fase kehidupan manusia (Depkes, 2008:10-11). Terdapat beberapa hal terkait dengan kesehatan reproduksi yang perlu diketahui khususnya oleh remaja, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan kesadarannya untuk berperilaku sehat serta menjaga organ reproduksinya, diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Perkembangan seksual remaja

1) Perkembangan seksual primer

Perkembangan seksual primer pada laki-laki ditandai dengan mulainya mimpi basah/keluarnya sperma yang disebabkan karena adanya peningkatan sekresi gonadotropin, peningkatan hormon gonadotropin terjadi seiring dengan perkembangan testis pada masa remaja (Adriansyah, 2010:3-4). Pada remaja perempuan perkembangan seksual primer ditandai dengan terjadinya menstruasi yang merupakan peristiwa keluarnya darah dari alat kelamin perempuan karena luruhnya lapisan dinding rahim yang banyak mengandung darah (Gunarsa, 2004:91). Ketika seorang perempuan telah mengalami menstruasi, maka perempuan juga akan mengalami masa subur. Masa subur merupakan suatu masa dalam siklus menstruasi perempuan dimana terdapat sel telur matang yang siap dibuahi, sehingga bila perempuan tersebut melakukan hubungan seksual maka kemungkinan besar dapat terjadi kehamilan. Masa subur merupakan rentang waktu pada perempuan yang terjadi sebulan sekali, dalam siklus menstruasi normal 28 hari, masa subur pada perempuan terjadi pada 14 hari sebelum terjadinya menstruasi berikutnya.

2) Perkembangan seksual sekunder

Perkembangan seksual sekunder pada perempuan ditandai dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Pinggul lebar, bulat, membesar, puting susu membesar dan menonjol, serta berkembangnya kelenjar susu, payudara lebih membesar dan bulat.



- b) Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, lubang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak dan keringat menjadi lebih aktif.
- c) Otot semakin besar dan kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai.
- d) Suara menjadi semakin merdu dan lebih penuh

Perkembangan seksual sekunder pada remaja laki-laki ditandai dengan ciri-ciri sebagai berikut (Adriansyah, 2010:3-6):

- a) Dimulai dengan pertumbuhan testis dan pacu tumbuh, lalu diikuti pertumbuhan penis dan rambut pubis, rambut ketiak, kumis, janggut, dan perubahan suara
  - b) Massa otot mulai meningkat selama awal pubertas
  - c) Tinggi badan akan bertambah rata-rata sekitar 28 cm
- b. Usia Pertama Menikah dan Kehamilan

Riset Kesehatan Dasar (2013) menyebutkan bahwa prevalensi umur perkawinan pertama kurang dari 15 tahun sebanyak 2,6% dan sebanyak 23,9% menikah pertama pada rentang umur 15-19 tahun. Survei Sosial Ekonomi Nasional (2010) menyebutkan bahwa secara nasional rata-rata usia kawin pertama di Indonesia adalah 19,70 tahun, rata-rata usia kawin di daerah perkotaan 20,53 tahun dan di daerah perdesaan 18,94 tahun, masih terdapat beberapa provinsi dengan rata-rata umur kawin pertama perempuan dibawah angka nasional (BKKBN, 2011:1). Data pada tahun 2010 menunjukkan rata-rata perempuan di daerah perkotaan menikah pada usia 20-22 tahun, penyebabnya adalah karena partisipasi perempuan dalam karir dan pekerjaan sebelum perkawinan sehingga dapat menunda usia perkawinan (BKKBN, 2011:1-3). Usia menikah pertama sebaiknya adalah mulai usia 20 tahun pada perempuan dan usia 25 tahun pada laki-laki, karena pada usia tersebut pada laki-laki dan perempuan sudah terbentuk kematangan psikologis dan organ reproduksinya, sehingga organ reproduksi perempuan sudah siap untuk menjalani kehamilan.

Saat seorang perempuan pernah mengalami kehamilan dan melahirkan, maka jarak kehamilan berikutnya harus diperhitungkan dengan jarak melahirkan terakhir kali. Abidin (2010:13-14) menyatakan bahwa jarak kehamilan yang baik setelah terakhir kali melahirkan adalah 2-5 tahun, karena jarak kehamilan yang kurang dari dua tahun atau lebih dari lima tahun akan meningkatkan risiko kelainan maternal dan perinatal, dalam penelitiannya menyebutkan bahwa sebagian besar pasien yang mengalami abortus memiliki jarak kehamilan lebih dari 5 tahun.

c. Metode kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan tindakan atau usaha yang dilakukan untuk mencegah terjadinya konsepsi atau kehamilan, penggunaan kontrasepsi bertujuan untuk mencegah bertemunya sel telur dan sperma atau mencegah terjadinya pembuahan dan menyebabkan kehamilan (Syafitri, 2011:4). Berikut adalah jenis-jenis metode kontrasepsi yang dapat digunakan (Syafitri, 2011:4-13):

1) Senggama terputus

Senggama terputus dapat mencegah kehamilan dengan menarik penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi atau mengeluarkan sperma diluar organ reproduksi perempuan

2) Pembilasan pascasenggama

Pembilasan dilakukan oleh perempuan dengan cara membilas vagina dengan air biasa dengan atau tanpa larutan obat segera setelah berhubungan seks. Pembilasan ini dilakukan untuk membersihkan sperma secara mekanik dan penggunaan obat/cairan kimia bertujuan sebagai spermisida.

3) Pantang berkala/kalender

Pasangan suami istri melakukan perhitungan masa subur, sehingga dapat menghindari terjadinya kehamilan dengan melakukan hubungan seksual diluar masa subur istri



#### 4) Kondom

Merupakan metode kontrasepsi terbuat dari karet yang dipasangkan pada alat kelamin pria dengan tujuan untuk mencegah bertemunya sel telur dan sperma sehingga tidak terjadi pembuahan

#### 5) Pessarium (Diafragma Vaginal)

Pessarium merupakan kondom pada perempuan. Secara umum pessarium terbagi dua golongan, yaitu *diafragma vaginal* dan *cervical cap*. Diafragma vaginal merupakan alat kontrasepsi yang terdiri dari kantong karet yang berbentuk mangkuk dengan “per” elastis pada pinggirnya.

#### 6) Spermatisida

Spermatisida dapat berbentuk tablet, krim atau jelly yang berfungsi untuk mematikan spermatozoa sehingga tidak dapat melakukan pembuahan

#### 7) Pil

Pil merupakan alat kontrasepsi oral yang dapat mengganggu kondisi hormon pada perempuan. Konsumsi pil dapat menyebabkan perubahan hormon pada perempuan dan menyebabkan perubahan kondisi cairan vagina yang dapat menghalangi sperma untuk melakukan pembuahan.

#### 8) Suntik

Jenis kontrasepsi suntik berisi zat yang dapat mengganggu kerja hormon, sehingga mencegah terjadinya ovulasi

#### 9) Susuk/implant

Metode kontrasepsi dengan menyisipkan alat kontrasepsi di bawah kulit, metode kontrasepsi susuk/implan dapat bertahan hingga 5 tahun. Cara kerjanya hampir mirip dengan pil yaitu mengubah struktur cairan vagina hingga pada beberapa kasus dapat mencegah ovulasi

#### 10) IUD (*Intra Uterine Device*)

IUD merupakan alat kontrasepsi yang dipasangkan pada organ reproduksi perempuan, penggunaan IUD cukup efektif karena hanya memerlukan satu kali pemasangan dan mudah dilepas, namun efek samping dari IUD kadang dapat menimbulkan ketidaknyamanan, nyeri dan kejang perut.

#### 11) Sterilisasi (Vasektomi dan Tubektomi)

Vasektomi dan tubektomi merupakan metode kontrasepsi mantap yang permanen yaitu dengan memotong/mengikat vas deferens pada laki-laki dan tuba falopi pada perempuan, sehingga sel telur dan sperma tidak dapat bertemu.

#### d. Infeksi menular seksual (IMS)

Infeksi menular seksual (IMS) merupakan infeksi yang disebabkan oleh organisme yang biasanya terdapat pada saluran reproduksi atau diperoleh dari luar yang disebabkan karena melakukan hubungan seksual (Depkes, 2008:12). Berikut adalah jenis-jenis IMS (Depkes, 2008:20-39) :

##### 1) *Gonorrhoeae* (Kencing Nanah)

Disebabkan karena infeksi *Neisseria gonorrhoeae*. Gejala klinis pada pria antara lain adalah duh tubuh uretra, kental, putih kekuningan atau kuning, kadang-kadang mukoid atau mukopurulen; eritema dan atau edema pada meatus. Pada perempuan seringkali asimtomatik, bila ada duh tubuh serviks purulen atau mukopurulen, kadang-kadang disertai eksudat purulen dari uretra atau kelenjar bartholin.

##### 2) *Chlamydia*

Disebabkan oleh infeksi *Chlamydia trachomatis*. Gejala klinis pada pria antara lain adalah duh tubuh uretra, serosa atau seropurulen, kadang-kadang purulen, dapat disertai eritema meatus, sedangkan pada perempuan duh tubuh serviks seropurulen, ektopia serviks, serviks mudah berdarah

##### 3) Herpes genital

Disebabkan karena virus Herpes Simplex. Terbagi menjadi dua jenis yaitu herpes genital primer dengan bintil – lentingan – luka/erosi berkelompok, di atas dasar kemerahan, sangat nyeri, pembesaran kelenjar lipat paha, kenyal, dan disertai gejala sistemik. Herpes genital kambuhan timbul bila ada faktor pencetus (daya tahan menurun, faktor stress pikiran, senggama berlebihan, kelelahan dan lain-lain). Umumnya lesi tidak sebanyak dan seberat pada lesi primer.

#### 4) Sifilis (raja singa)

Disebabkan oleh infeksi *Treponema Pallidum*. Ditandai dengan gejala klinis luka atau koreng, jumlah biasanya satu, bulat atau lonjong, dasar bersih, teraba kenyal sampai keras, tidak ada rasa nyeri pada penekanan. Kelenjar getah bening di lipat paha bagian dalam membesar, kenyal, juga tidak nyeri pada penekanan

#### 5) Ulkus Mole

Disebabkan oleh *Haemophilus ducreyi*. Ditandai dengan gejala klinis Koreng jumlahnya banyak, bentuk tidak teratur, dasar kotor, tepi bergaung, sekitar koreng merah dan bengkak, terasa sangat nyeri. Kelenjar getah bening lipat paha membesar, nyeri, dengan kulit kemerahan di atasnya

#### 6) *Limfgranuloma venereum*

Disebabkan oleh infeksi *Chlamydia trachomatis*. Ditandai dengan gejala klinis kelainan kulit awal berupa lecet/luka jarang terlihat. Pembesaran kelenjar getah bening lipat paha bagian dalam, dengan tanda radang akut

#### 7) *Trichomoniasis*

Disebabkan oleh *Trichomonas vaginalis*. Gejala klinis yang timbul adalah duh tubuh vagina banyak, kuning-kehijauan, kadang-kadang berbusa, berbau seperti ikan busuk, dapat disertai gatal.

#### 8) *Condyloma Acuminata* (kutil kelamin)

Ditandai dengan gejala klinis bintil-bintil menonjol berbentuk seperti kutil terutama pada daerah yang lembab. Pada perempuan dapat menimbulkan kanker mulut rahim

#### 9) *Vaginosis bacterial*

Disebabkan karena infeksi *Gardnerella vaginalis* dan bakteri anaerob. Gejala klinis yang timbul adalah vagina berbau amis terutama setelah senggama, duh tubuh vagina tidak terlalu banyak, homogen, putih keabu-abuan, melekat pada dinding vagina, tidak ada tanda inflamasi.

#### 10) *Candidiasis vaginalis*

Disebabkan karena infeksi *Candida albicans*. Gejala klinis yang timbul adalah gatal pada vulva, peradangan pada mulut vagina dan labia disertai bengkak

atau fisura, duh tubuh vagina bergumpal, putih, kadang-kadang dapat kental atau kekuningan pH vagina  $< 4,5$ .

e. HIV dan AIDS

HIV merupakan virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Kebanyakan kasus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) menyebabkan AIDS (*Acquired Deficiency Syndrome*). AIDS merupakan kondisi dimana infeksi HIV telah diikuti dengan infeksi penyerta lainnya yang dapat meliputi (1) infeksi oportunistik tertentu; (2) kanker tertentu, seperti sarcoma kaposi, limfoma, dan karsinoma servikalis atau anal invasive; (3) sindrom pelisutan; (4) penyakit neurologis penyerta; dan (5) pneumonia berulang (Brashers, 2008:390). Penyakit HIV menyebar terutama melalui transmisi seksual, transmisi perinatal, atau melalui darah/cairan tubuh yang terinfeksi. Jenis infeksi melalui cairan tubuh dapat terjadi biasanya karena penyalahgunaan obat intravena, transfuse, dll (Brashers, 2008:390).

Epidemi global HIV paling cepat berkembang di kawasan Amerika Tengah dan Selatan, Asia Tenggara, dan subkontinen India. Dipandang dari segi jumlah, infeksi HIV paling banyak tetap berada di kawasan Sub Sahara Afrika (Brashers, 2008:390). Kebanyakan kasus di belahan dunia, transmisi virus melalui hubungan heteroseksual dan perinatal merupakan bentuk penularan yang paling umum, namun di Amerika Serikat, proporsi kasus AIDS telah menurun pada pria yang berhubungan seksual dengan pria dan pecandu obat melalui intravena (Brashers, 2008:390). Insidensi keseluruhan AIDS mencapai puncak pada tahun 1993 dan kemudian turun 37% pada tahun berikutnya, proporsi infeksi pada minoritas terus bertumbuh seperti yang terjadi di Amerika Serikat lebih dari separuh yang menderita AIDS adalah orang berkulit hitam (Brashers, 2008:390).

HIV merupakan jenis retrovirus dengan RNA rantai tunggal. Infeksi primer terjadi paling umum melalui membran mukosa dan terjadilah viremia pada sel yang terinfeksi. Begitu terjadi infeksi virus mulai melakukan replikasi dengan cepat. Waktu paruh virus dalam plasma adalah satu sampai dua hari, 30% HIV dalam plasma diganti setiap hari oleh replikasi virus sehingga seluruh populasi



HIV dapat berganti dalam 14 hari (Brashers, 2008:391). Replikasi virus di dalam darah berlangsung dengan kecepatan tinggi mengakibatkan lama kelamaan tubuh tidak dapat mengimbangi replikasi virus untuk membentuk sel CD4 yang berfungsi sebagai sistem pertahanan tubuh, sehingga terjadilah immunosupresi. Kondisi ini akan berkembang menjadi infeksi laten yang secara klinis memberikan fase 2 sampai 4 tahun dengan gejala kronis namun belum sampai mengancam jiwa. Kehilangan aktivitas sel CD4 normal mengakibatkan rusaknya setiap aspek fungsi imun terutama imuno seluler. Keadaan ini nantinya akan berkembang menjadi AIDS yang dapat menimbulkan keganasan yang umumnya berhubungan dengan sarcoma kaposi, limfoma, kanker anal dan servikal. Uji laboratorium diperlukan untuk dapat menegakkan diagnosis HIV yang meliputi beberapa tes antara lain adalah uji jumlah sel CD4, uji jumlah sel darah lengkap, foto ronsen dada, dll (Brashers, 2008:391-392).

#### 2.2.2. Akses Informasi Kesehatan

Akses informasi kesehatan reproduksi remaja dan pengetahuan tentang bahaya HIV dan AIDS pada remaja dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja. Akses informasi kesehatan reproduksi saat ini bisa didapatkan oleh remaja dari berbagai sumber, baik cetak, maupun elektronik. Saat ini informasi tentang sistem reproduksi dapat secara mudah diakses oleh remaja, bahkan informasi ini dapat diperoleh dari teman, keluarga dan orang-orang disekitarnya. Informasi yang salah tentang kesehatan reproduksi yang diperoleh dapat memicu persepsi yang salah pada remaja yang dapat menyebabkan mereka untuk membuat kesalahan dalam memilih perilaku seksual yang berdampak pula pada kejadian perilaku berisiko. Kesalahan dalam memilih perilaku seksual juga dapat berdampak pada bahaya transmisi infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS di kalangan remaja. Selain pemahaman yang benar tentang kesehatan reproduksi, remaja juga harus diberikan informasi tentang bahaya HIV dan AIDS untuk menghindari perilaku seksual pranikah dan Infeksi HIV dan AIDS.

Akses informasi erat kaitannya dengan media informasi yang digunakan untuk mengakses ke sumber informasi, salah satu jenis sumber media informasi

adalah media massa. Terdapat beberapa jenis media informasi yaitu media massa tradisional merupakan jenis media massa dengan otoritas dan memiliki organisasi yang jelas. Jenis media tradisional antara lain adalah surat kabar, majalah, radio, televisi, dan film (layar lebar). Media tradisional memiliki ciri-ciri seperti informasi dari lingkungan diseleksi, diterjemahkan dan didistribusikan, media massa menjadi perantara dan mengirim informasinya melalui saluran tertentu, penerima pesan tidak pasif dan merupakan bagian dari masyarakat dan menyeleksi informasi yang mereka terima serta hanya sedikit interaksi yang terjadi antara sumber berita dan penerima. Seiring dengan berkembangnya jaman, jenis media informasi juga mengalami perkembangan. Jenis media informasi yang sering digunakan sekarang ini seperti telepon genggam dan internet (media massa modern) merupakan cara baru yang digunakan sebagai alat dalam menyampaikan informasi (Indriana, 2012:33).

Vicki-Ann Ware (2013:4-6) mengemukakan komponen-komponen yang seharusnya tersedia dan dapat mempengaruhi dalam tercapainya akses pelayanan dan informasi kesehatan yang baik bagi masyarakat:

- 1) Ketersediaan

Ketersediaan dalam hal ini merujuk pada ketersediaan fasilitas fisik, dimulai dari ada atau tidaknya fasilitas layanan kesehatan dan distribusi layanan kesehatan tersebut di masing-masing wilayah. Ketersediaan fasilitas fisik layanan kesehatan akan mempengaruhi jalannya persebaran informasi terkait dengan kesehatan kepada masyarakat. Ketersediaan dalam perspektif ini juga merujuk pada ketersediaan tenaga medis di dalam fasilitas layanan kesehatan, sehingga mampu memberikan layanan kesehatan yang baik bagi masyarakat. Studi yang dilakukan di Australia oleh Vicki-Ann Ware (2013:4) masih menunjukkan adanya ketidakseimbangan sebaran fasilitas kesehatan antara wilayah urban dan wilayah terpencil di Australia. Sebaran fasilitas dan tenaga kesehatan yang tidak seimbang selain dapat mempengaruhi kualitas layanan kesehatan juga dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan kesehatan yang diperoleh oleh masyarakat karena keterbatasan informasi yang bisa mereka dapatkan di fasilitas layanan kesehatan yang tersedia.

## 2) Keterjangkauan

Keterjangkauan merujuk pada keterjangkauan dalam segi finansial, dimana pada studi yang dilakukan oleh Vicki-Ann Ware (2013:5) di Australia menunjukkan bahwa terdapat suatu batas antara penduduk asli Australia (Aborigin) dan penduduk pendatang terhadap kaitannya dengan jangkauan pada fasilitas layanan kesehatan. Biaya layanan kesehatan yang tinggi membuat layanan kesehatan tidak terjangkau oleh penduduk pribumi sehingga menyebabkan banyak penduduk pribumi yang menderita penyakit kronis seperti gagal ginjal, diabetes, dll. Batas tidak tampak dalam akses pelayanan kesehatan antara penduduk asli dan pendatang juga dapat membatasi jangkauan akses informasi kesehatan oleh masyarakat.

## 3) Kelayakan

Pemberian pelayanan kesehatan yang komprehensif dan non-diskriminatif menjadi upaya untuk meningkatkan akses layanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Perbaikan kualitas layanan kesehatan diharapkan mampu meningkatkan akses penduduk terhadap layanan kesehatan yang baik. Peningkatan akses pada layanan kesehatan juga dapat memberikan dampak terhadap meningkatnya akses informasi penduduk terhadap informasi kesehatan pada fasilitas layanan kesehatan.

## 4) Penerimaan

Penerimaan dari suatu pelayanan kesehatan adalah sejauh mana pelayanan tersebut sesuai dengan budaya pasien sasaran. Pelayanan kesehatan dapat diterima beroperasi jika sesuai dengan budaya dan adat yang berlaku. Penerimaan budaya merupakan faktor penentu penting dari masyarakat adat untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Begitu pula informasi kesehatan yang diberikan kepada masyarakat harus melalui pendekatan budaya dan adat masyarakat, sehingga masyarakat mampu menerima informasi kesehatan dengan baik dan tidak menimbulkan penolakan terhadap informasi kesehatan yang diberikan.



### 2.2.3. Perilaku seksual Pranikah Remaja

Perilaku seksual pranikah merupakan fenomena sosial yang kian marak ditemui di masyarakat, selain perilaku seksual pranikah terdapat beberapa contoh perilaku seksual berisiko lainnya antara lain (1) inkonsistensi penggunaan kondom dalam berhubungan seks (oral, vaginal, dan anal), (2) berganti-ganti pasangan seks, (3) memiliki banyak pasangan seks, dan (4) berhubungan seks dengan orang asing (Bancroft *et al.*, 2004:181-183). Hubungan seksual yang dilakukan sebelum menikah dapat menyebabkan dampak secara fisik dan psikologis. Berikut beberapa dampak perilaku seksual pranikah pada remaja:

#### a. Kehamilan Tidak Diinginkan

Heather (2009) menyebutkan bahwa di selatan dan tenggara Amerika Serikat tahun 2006 menunjukkan bahwa terdapat 435.000 kelahiran pada ibu dengan usia remaja yaitu 15-19 tahun dan melaporkan terjadi peningkatan sebesar 60% pada kehamilan remaja di negara bagian New Mexico dan 50% di negara bagian Texas. Berdasarkan hasil yang dipaparkan, maka perlu adanya kontrol terhadap perilaku seksual pranikah sehingga dapat mencegah terjadinya kehamilan tidak diinginkan karena adanya hubungan seksual pranikah.

#### b. Pernikahan Dini

Berdasarkan hasil penelitian dari Dubhashi dan Wani (2008:227-229) yang dilakukan di Mumbai pada remaja yang hamil tahun 2006-2007 menunjukkan bahwa terdapat 94% sudah menikah dan 5,63% belum menikah, dari 94% yang sudah menikah terdapat 33% yang masih berusia di bawah 18 tahun. Hasil dari penelitian yang dilakukan di Mumbai juga menyebutkan bahwa faktor yang menyebabkan terjadinya pernikahan dini di Mumbai pada tahun 2006-2007 disebabkan karena rendahnya tingkat pengetahuan dan adanya kehamilan pada remaja akibat hubungan seksual pranikah.

#### c. Aborsi

Aborsi merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan dengan sengaja baik dengan indikasi medis maupun tanpa indikasi medis. Upaya pencegahan terjadinya aborsi tidak aman harus dilakukan jika Indonesia secara serius ingin mencapai tujuan dari *Millennium Development*

*Goals* yaitu untuk meningkatkan kesehatan ibu dan menurunkan angka kematian maternal. Hasil riset yang dilakukan oleh G. Institute (2010:7) di Amerika pada tahun 2006 tentang angka abortus, yaitu sebanyak 19,3% dari 1000 remaja perempuan melakukan aborsi karena kehamilan, kondisi pada tahun 2006 mengalami peningkatan sebesar 1% dari tahun 2005.

d. Infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS

Infeksi menular seksual dan HIV/AIDS merupakan dampak yang dapat ditimbulkan akibat perilaku seksual pranikah pada remaja. Berdasarkan hasil survei nasional 2003-2004 (Nurhayati, 2011:39-40) menyebutkan bahwa 24% dari remaja berusia 14-19 tahun memiliki bukti laboratorium menderita salah satu jenis IMS yaitu HPV (*Human Papiloma Virus*) 18%, *Chlamydia trachomatis* 4%, *Trichomonas vaginalis* 3%, herpes simpleks virus tipe 2 (HSV-2) 2%, atau *gonorrhoeae*. Diantara gadis yang melaporkan pernah melakukan hubungan seksual, sebanyak 40% memiliki bukti laboratorium pernah menderita salah satu IMS tersebut, sebagian besar yang diderita adalah HPV 30% dan *Chlamydia* 7% (Nurhayati, 2011:39-40). Berdasarkan hasil dari laporan Ditjen PP&PL Kemenkes RI (2014:3) terdapat total 4.400 penduduk usia 15-24 tahun di Indonesia yang terinfeksi HIV pada tahun 2014. Jumlah penderita HIV remaja mengalami penurunan dibandingkan pada tahun 2013 yaitu sebanyak 5.551 penduduk dan memiliki jumlah yang hampir sama jika dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu 3.661 penduduk pada usia yang sama.

2.2.4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah Remaja

Lestary dan Sugiharti (2011:138) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku berisiko pada remaja antara lain meliputi: 1) faktor predisposing yaitu faktor yang melekat pada diri individu (meliputi: pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan); 2) faktor pemungkin (*enabling*), faktor yang memungkinkan atau mendorong suatu perilaku dapat terlaksana (meliputi: tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi); 3) faktor penguat (*reinforcing*), yaitu faktor yang dapat memperkuat terjadinya perilaku (meliputi: pendidikan

kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko).

a. Faktor intrinsik/Predisposing

Berdasarkan hasil kajian yang dilakukan oleh Nurachmah dan Mustikasari (2009:65) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor dalam diri atau yang melekat pada individu (faktor predisposing) yang dapat mempengaruhi perilaku berisiko yang dilakukan oleh seseorang yang dapat memicu terjadinya penularan infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS dan lainnya, antara lain adalah pengetahuan, sikap, usia, dan jenis kelamin.

1) Berdasarkan Karakteristik Individu

a) Umur

Remaja merupakan kelompok usia yang rentan terhadap perilaku berisiko. Tingkat keingintahuan remaja yang besar dapat menjadi faktor pendorong untuk mencoba hal-hal yang baru. Teman sebaya memberikan andil dalam penentuan sikap dan perilaku pada remaja, umur juga memberikan pengaruh dalam kematangan pola pikir dan pemahaman terkait dengan kesehatan reproduksi. Pemberian pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sejak dini perlu dilakukan sehingga pemahaman tentang bahaya perilaku berisiko dapat dipahami dan menghindarkan remaja dari melakukan perilaku berisiko yang dapat menyebabkan terjadinya penularan HIV/AIDS. Berdasarkan hasil dari laporan Ditjen PP&PL Kemenkes RI (2014:3) terdapat total 4.400 penduduk usia 15-24 tahun di Indonesia yang terinfeksi HIV pada tahun 2014. Jumlah penderita HIV remaja mengalami penurunan dibandingkan pada tahun 2013 yaitu sebanyak 5.551 penduduk dan memiliki jumlah yang hampir sama jika dibandingkan dengan tahun 2012 yaitu 3.661 penduduk pada usia yang sama. Terdapat persamaan antara laporan HIV mulai dari 2012 hingga 2014 yaitu penderita HIV lebih banyak ditemukan pada kelompok umur 20-24 tahun dibandingkan dengan umur 15-19 tahun. Tingginya angka kasus HIV pada kelompok umur 20-24 tahun dapat mengindikasikan bahwa kejadian perilaku seksual pranikah lebih tinggi dilakukan pada kelompok usia 20-24 tahun.

b) Jenis Kelamin

Jenis kelamin memiliki kaitan erat dengan peran kehidupan dan perilaku berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam hal menjaga kesehatan biasanya perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dibandingkan dengan laki-laki. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 terkait dengan sikap terhadap hubungan seksual pranikah juga menunjukkan bahwa persentase remaja laki-laki yang setuju adanya hubungan seksual pranikah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (BPS, 2013, 2013:16). Remaja laki-laki cenderung memiliki ketertarikan lebih terhadap sesuatu yang berkaitan dengan seksual, sehingga dapat mendorongnya untuk melakukan hubungan seksual pranikah karena rasa ingin tahu yang besar. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestary dan Sugiharti (2011:141) menyebutkan bahwa remaja laki-laki berpeluang sebesar 27 kali lebih besar untuk melakukan perilaku berisiko (termasuk perilaku seksual pranikah) dibandingkan dengan perempuan.

c) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang termasuk dalam aspek kesehatan reproduksi. Marwiyah dan Listyaningsih (2012:16) memaparkan bahwa faktor tingkat pendidikan merupakan faktor yang membedakan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dan Infeksi menular seksual (IMS), pendidikan dapat memberikan nilai-nilai tambah pada pola pikir sehingga dapat memberikan wawasan lebih yang akan membentuk pola pikir yang lebih maju bagi individu dengan pendidikan yang lebih tinggi. Pendidikan yang lebih tinggi diharapkan mampu memberikan efek kontrol dan membentuk sikap seseorang sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap perilaku seksual pranikah. Tingkat pendidikan dan pengetahuan yang tinggi seseorang dapat berpikir terhadap dampak buruk yang dapat terjadi akibat perilaku seksual pranikah yang antara lain meliputi kehamilan tidak diinginkan, aborsi, pernikahan dini, dan infeksi menular seksual.



#### d) Status Pekerjaan

Bekerja merupakan upaya seseorang untuk mencukupi kebutuhan hidupnya. Seseorang yang memiliki pekerjaan selayaknya akan mendapatkan upah atau gaji yang diterimanya sebagai hasil dari bekerja. Marwiyah dan Listyaningsih (2012:16) memaparkan bahwa faktor pekerjaan utama merupakan faktor yang membedakan tingkat pengetahuan HIV/AIDS dan Infeksi menular seksual (IMS). Pada jenis pekerjaan tertentu seperti pekerja musiman yang bekerja di sektor industri, konstruksi, atau transportasi (sopir) memiliki penghasilan lebih tinggi dibandingkan dengan yang bekerja sebagai petani dan gaji pekerja musiman cenderung didapatkan setiap minggu (Rokhmah, 2014:186). Kemudahan akses baik dalam hal transportasi maupun komunikasi terutama pada laki-laki akan cenderung menggunakan sisa uangnya untuk menyewa PSK (Rokhmah, 2014:186). Selain karena faktor upah atau gaji yang didapatkan oleh seseorang yang telah bekerja, keberadaan teman kerja dapat memberikan pengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku seksualnya.

#### 2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari adanya penginderaan yang dilakukan oleh manusia atau merupakan hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya), sehingga dapat menghasilkan suatu bentuk pengetahuan (Notoatmodjo, 2010:50). Pengetahuan yang didapatkan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek yang dilakukan penginderaan. Sebagian besar pengetahuan yang diperoleh seseorang didapatkan melalui indera pendengaran dan indera penglihatan (Notoatmodjo, 2010:50). Seperti yang dijelaskan oleh Notoatmodjo (2010:50) bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif dapat membuat perilaku akan bertahan lama, sehingga jika seseorang memiliki dasar pengetahuan yang baik terhadap kesehatan reproduksi, maka diharapkan akan berdampak pada perilaku seksual yang sehat dan bertahan lama. Peningkatan pengetahuan dan akses informasi tentang kesehatan reproduksi melalui promosi kesehatan harus dilakukan sebagai upaya dalam menanggulangi perilaku beresiko/seks pranikah dan kehamilan tidak diinginkan pada remaja (Yuniarti,

2013:3). Peningkatan pengetahuan dan akses informasi pada remaja dapat membentuk pola pikirnya terhadap bahaya perilaku seks pranikah yang dapat berdampak pada penularan infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS.

Notoatmodjo (2010:50-52) menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda, besar tingkatan pengetahuan tersebut dibagi menjadi 6 tingkat, yaitu sebagai berikut:

a. Tahu (*know*)

Tahu merupakan tingkatan dimana seseorang hanya berada pada tahap *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek berarti seseorang bukan hanya sekadar tahu dan dapat menyebutkan objek tersebut, namun orang tersebut harus dapat menggambarkan secara benar tentang objek tersebut. Misalnya orang memahami tentang cara pemberantasan sarang nyamuk, bukan hanya sekadar menyebutkan dengan melakukan 3M (mengubur, menutup, dan menguras), tetapi harus dapat menjelaskan alasan mengapa langkah-langkah di dalam 3M tersebut harus dilakukan pada tempat-tempat penampungan air tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi merupakan tahapan dimana seseorang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau menjalankan prinsip yang telah diketahui pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk mengidentifikasi, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat mengidentifikasi baik itu membedakan, memisahkan, atau menjabarkan terhadap pengetahuan atas suatu objek.



e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merujuk pada kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki, sehingga sintesis merupakan kemampuan seseorang untuk dapat menyusun kembali komponen-komponen yang telah dimiliki menjadi suatu formulasi yang baru berdasarkan pengetahuan yang telah didapat.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang telah ditentukan atau berdasarkan norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

Notoatmodjo (2010:26-108) memaparkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain:

a) Pengalaman

Pengalaman dapat berasal dari diri sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

b) Keyakinan

Merupakan ide/konsep tentang bagaimana pendapat atau pemikiran seseorang terhadap suatu.

c) Tingkat pendidikan

Secara umum, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang dengan pendidikan yang rendah.

d) Sumber Informasi

Sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang yang nantinya dapat berdampak pada perilaku atau tindakan yang diambil.

e) Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan keluarga dapat berpengaruh terhadap pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

### 3) Sikap

Sikap merupakan respon yang dihasilkan dari stimulus atau objek namun masih tertutup sehingga manifestasi dari sikap masih belum dapat dilihat namun dapat ditafsirkan (Notoatmodjo, 2010:52). Sikap secara nyata dapat menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu, sehingga sikap yang ditunjukkan oleh seseorang dapat ditafsirkan sebagai bentuk kesiapan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2010:52). Berdasarkan sikap penerimaan terhadap perilaku seksual pranikah, remaja perempuan (15-24 tahun) yang setuju terhadap hubungan seksual pranikah sebesar 2,6% jika dilakukan oleh perempuan dan sebesar 3,6% jika dilakukan oleh laki-laki, sedangkan sikap remaja laki-laki (15-24 tahun) yang setuju terhadap hubungan seksual pranikah sebesar 8,1% jika dilakukan oleh perempuan dan 15,5% jika dilakukan oleh laki-laki (BPS, 2013:16). Persentase remaja laki-laki yang setuju adanya hubungan seksual pranikah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (BPS, 2013:16). Remaja laki-laki yang setuju hubungan seksual pranikah sebesar 16,9% jika dilakukan perempuan dan sebesar 49,4% jika dilakukan oleh laki-laki (BPS, 2013:16). Hasil pemaparan tersebut dapat diasumsikan bahwa remaja laki-laki yang memiliki kesiapan untuk bertindak melakukan hubungan seksual pranikah lebih besar dibandingkan dengan remaja perempuan yang memiliki kesiapan untuk melakukan hubungan seksual pranikah. Sebagai upaya untuk menanggulangi sikap terhadap hubungan seksual pranikah, maka diperlukan promosi kesehatan terkait dengan kesehatan reproduksi yang diselenggarakan sejak dini melalui kegiatan-kegiatan aksi nyata yang diharapkan mampu menggugah kesadaran dan memotivasi seseorang sejak dini agar mampu bersikap mandiri dalam memenuhi hak-hak reproduksinya secara aman dan sehat sesuai dengan periode perkembangannya (Yuniarti, 2013:3). Sikap mandiri dan sadar tentang kesehatan reproduksi sejak dini dapat menghindarkan seseorang dari perilaku beresiko yang dapat mengakibatkan kerugian bagi dirinya seperti infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS.

b. Faktor ekstrinsik

Berdasarkan dari kajian yang dilakukan oleh Nurchmah dan Mustikasari (2009:65) menyebutkan terdapat beberapa faktor dari luar individu (faktor reinforcing/penguat dan enabling/pemungkin) yang dapat mempengaruhi perilaku berisiko yang dilakukan seseorang yang dapat memicu terjadinya infeksi menular seksual termasuk HIV dan AIDS antara lain adalah status ekonomi, lingkungan, hubungan dengan orang lain, fasilitas, dan dukungan sosial.

1) Faktor Enabling/Pemungkin

a) Status Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga dapat diukur salah satunya dengan besar pendapatan keluarga per bulan dan tingkat kesejahteraan keluarga. Status ekonomi dapat mempengaruhi gaya hidup seseorang, seseorang dengan status ekonomi tinggi lebih cenderung memiliki gaya hidup modern/barat sedangkan seseorang dengan sosial ekonomi rendah cenderung memiliki gaya hidup tradisional yang masih berpegang pada nilai atau norma yang ada di masyarakat (Suryoputo *et al.*, 2006:33). Seseorang dengan status ekonomi tinggi cenderung memiliki akses yang baik pada berbagai hal termasuk masalah kesehatan reproduksi, sehingga walaupun mereka cenderung memiliki gaya hidup modern/barat tetapi dengan kemampuan akses pada sumber informasi yang baik tentang kesehatan reproduksi, maka dapat mencegahnya dalam melakukan perilaku seksual pranikah. Seseorang dengan status ekonomi rendah memiliki peluang akses yang terbatas terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi dan dapat menyebabkan rendahnya tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi, walaupun seseorang dengan status ekonomi rendah memiliki gaya hidup tradisional yang masih berpegang teguh pada nilai dan norma yang berlaku, namun karena keterbatasan pengetahuan dan didorong oleh desakan untuk pemenuhan kebutuhan ekonomi keluarga, bisa menyebabkannya terpaksa melakukan perilaku seksual berisiko seperti menjadi pekerja seks. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Anjarwati dalam Nurhayati (2011:19-20) pada SMA Negeri Wonosari dan SMA Negeri 1 Karangmojo menyebutkan bahwa remaja dengan status ekonomi rendah memiliki perilaku seksual yang lebih tinggi sebesar 70% dibandingkan dengan remaja yang

berstatus ekonomi lebih tinggi yaitu sebesar 50%. Temuan yang telah dipaparkan tersebut dimungkinkan karena adanya perbedaan akses terhadap informasi kesehatan reproduksi akibat perbedaan fasilitas yang dimiliki, sehingga menyebabkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang berbeda antara tingkat status ekonomi.

b) Lingkungan/Tempat Tinggal

Purba (2005:15-16) menjelaskan bahwa lingkungan merupakan interaksi antara tiga aspek yaitu aspek alam (air, tanah, tumbuhan, dll), aspek sosial (pranata sosial, budaya, dll), dan aspek binaan/buatan (lingkungan buatan manusia). Pentingnya peran lingkungan harus diperhatikan karena dengan pengaruh lingkungan yang berpotensi memberikan dampak perkembangan kepada seseorang, termasuk di dalamnya adalah perkembangan pengetahuan seseorang yang dapat menentukan sikap dan tindakan seseorang nantinya. Pada wilayah urban/perkotaan akses informasi dan fasilitas lebih lengkap dibandingkan dengan wilayah rural/pedesaan, perbedaan dalam segi fasilitas dan akses informasi antar kedua wilayah memberikan dampak pada jumlah, intensitas, dan jenis informasi terkait dengan kesehatan reproduksi yang diperoleh. Perbedaan dalam penerimaan informasi yang diperoleh dapat menyebabkan perbedaan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi antara remaja yang tinggal di wilayah urban dan rural, tidak menutup kemungkinan karena adanya modernisasi dan gaya hidup modern di wilayah perkotaan dapat meningkatkan peluang terjadinya perilaku seksual pranikah.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa akses informasi media massa lebih banyak dilakukan di daerah perkotaan begitu pula dengan perilaku hubungan seksual pranikah yang banyak dilakukan di wilayah perkotaan (BPS, 2013:6). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Oktavia (2013:16) menyatakan bahwa dalam penelitian yang dilakukannya lebih banyak responden yang tinggal di daerah urban menunjukkan risiko melakukan perilaku seksual pranikah lebih besar dibandingkan dengan responden yang tinggal di daerah rural. Santrock dalam Oktavia (20013:16) menjelaskan bahwa terdapat perbedaan antara remaja yang tinggal di daerah urban dan rural, remaja



yang tinggal di wilayah urban cenderung telah melakukan hubungan seksual pranikah di usia yang lebih muda dibandingkan di daerah rural. Diperlukan adanya tindakan pencegahan yang dilakukan untuk menanggulangi kejadian perilaku seksual pranikah sehingga dapat menekan dampak yang ditimbulkan seperti infeksi menular seksual dan HIV AIDS.

c) Fasilitas dan Akses Media Informasi

Salah satu faktor yang mempermudah akses informasi adalah fasilitas. Fasilitas merupakan sarana yang digunakan dengan tujuan untuk memudahkan suatu kegiatan. Adanya fasilitas yang memadai jika tanpa diikuti dengan tanggung jawab dalam menggunakannya maka dapat menimbulkan kerugian bagi diri sendiri maupun orang lain. Akses informasi yang begitu besar juga sulit untuk dibendung, sehingga diperlukan adanya kontrol diri supaya dengan bijak dapat memanfaatkan informasi yang ada dan bukan menyalahgunakannya. Sejatinya akses informasi kesehatan yang dimanfaatkan dengan baik dapat membantu meningkatkan pengetahuan individu sehingga dapat membentuk sikap yang benar terkait dengan perilaku individu. Sikap yang benar inilah yang nantinya dapat digunakan sebagai pencegahan terhadap kejadian perilaku seksual pranikah akibat ketidaktahuan atau penyalahgunaan informasi tentang kesehatan.

Pengaruh akses informasi seperti media massa terhadap pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi memberikan dampak pada perilaku seksualnya. Kemudahan akses teknologi informasi seperti *handphone* dan internet serta sarana transportasi juga dapat memperparah potensi perilaku berisiko yang dilakukan oleh seseorang (Rokhmah, 2014:186). Seperti yang sudah dipaparkan sebelumnya bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akses informasi pada remaja antara lain adalah tempat tinggal, umur, status sosial ekonomi, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan teman sebaya. Penelitian yang dilakukan oleh Lestary dan Sugiharti (2011:141) menyebutkan bahwa akses terhadap media informasi bernilai signifikan dalam mempengaruhi perilaku berisiko pada remaja. Diperlukan adanya kontrol terhadap akses informasi pada remaja terkait dengan sumber/media informasi yang diakses, sehingga sumber informasi kesehatan reproduksi yang didapatkan dapat memberikan keuntungan

dalam peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi sikap yang benar terkait dengan kesehatan reproduksi sebagai upaya pencegahan perilaku seksual pranikah.

2) Faktor Reinforcing/Penguat

a) Hubungan Dengan Orang Lain dan Keberadaan Teman/Orang dengan Perilaku Berisiko (perilaku seksual pranikah)

Hubungan dengan orang lain juga dapat dikatakan sebagai pergaulan yang merupakan kontak langsung antara satu individu dengan individu lain. Berkembangnya perilaku kebiasaan yang ada dalam pergaulan akan mempengaruhi perkembangan jiwa seseorang, lingkungan dan pergaulan yang buruk dapat mempengaruhi seseorang untuk melanggar norma yang ada di dalam masyarakat (Sulistianingsih, 2010:23). Begitu pula dengan perilaku berisiko yang dilakukan oleh seseorang juga merupakan manifestasi dari model pergaulan yang dilakukannya sebagai hasil dari proses saat melakukan hubungan dengan orang lain. Lestari dan Sugiharti (2011:141) menyatakan bahwa keberadaan teman sebaya yang berperilaku berisiko terbukti berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian perilaku seksual pranikah di kalangan remaja. Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012 juga menyatakan bahwa remaja lebih banyak mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dari teman sebaya dibandingkan dengan orang tua atau kerabat dekatnya (BPS, 2013:8). Pengawasan terhadap remaja dengan teman sebaya oleh orang tua dan kerabat dekatnya harus diperhatikan karena remaja yang saat ini sedang mengalami masa transisi menuju kedewasaan memiliki rasa ingin tahu yang tinggi, lebih mementingkan teman sebaya dan solidaritas kelompok (Pratiwi dan Basuki, 2011:347).

b) Dukungan Sosial

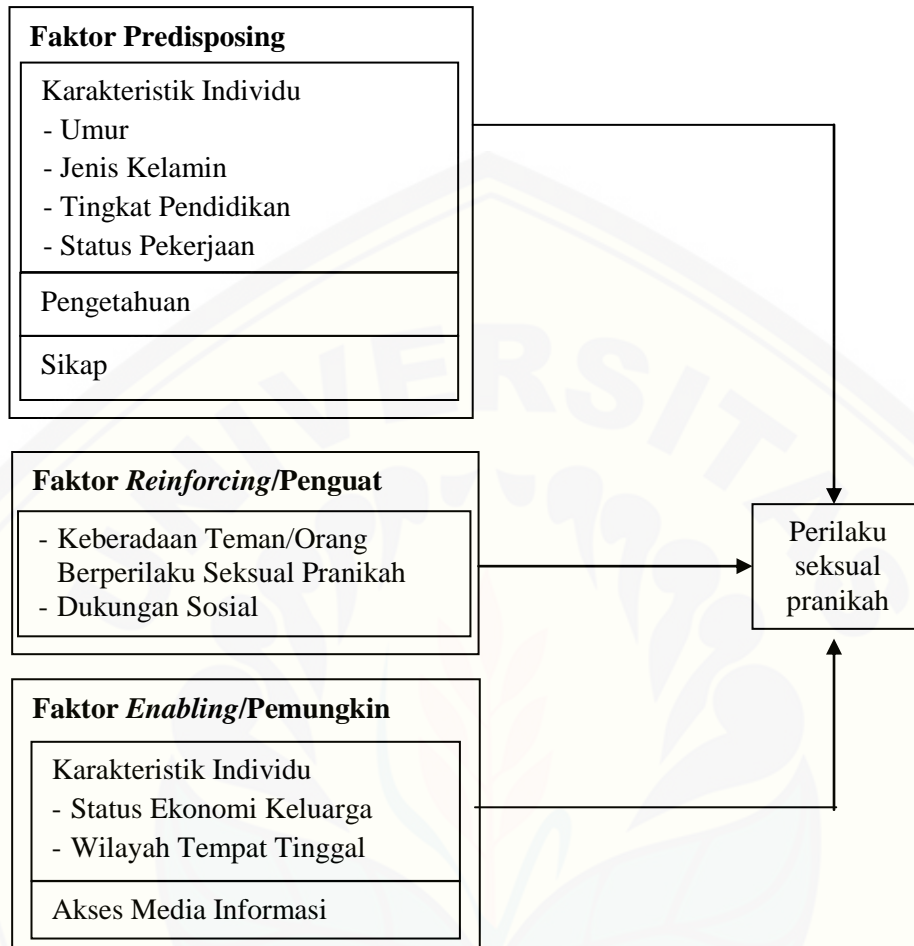
Suryoputro *et al.* (2006:37) menyatakan bahwa kondisi lingkungan sosial yang antara lain meliputi dukungan sosial, memiliki peran dalam terjadinya perilaku seksual pranikah, terlebih kondisi masyarakat Indonesia saat ini yang sedang mengalami pengaruh budaya barat yang liberal. Sikap pencegahan pada perilaku seksual dan menjalankan ajaran agama secara ketat mungkin dapat



mencegah terjadinya perilaku seksual pranikah, tetapi pada saat bersamaan juga dimungkinkan untuk menjalankan perilaku seksual yang liberal.

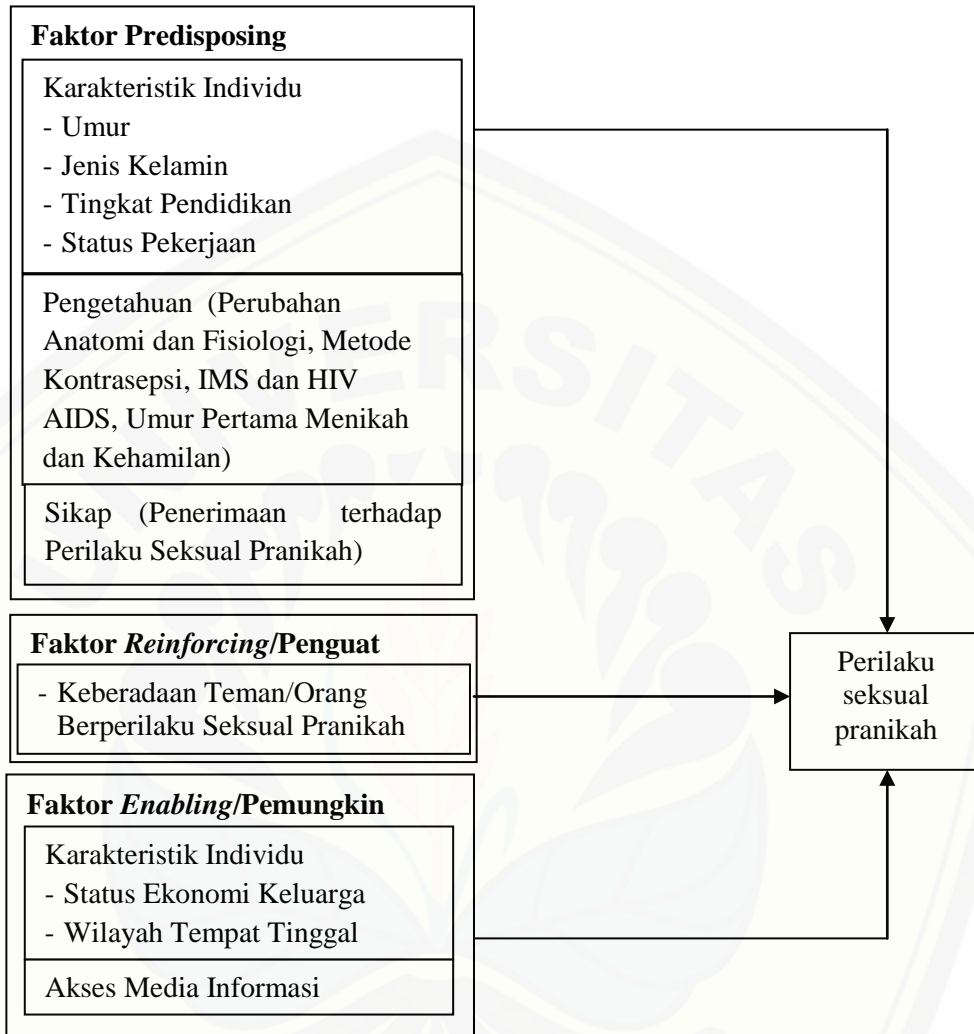
Penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah mengungkapkan bahwa tingkat aktivitas sosial yang tinggi mempunyai peluang lebih dari tiga kali ( $OR=3,5$ ) lebih besar untuk melakukan hubungan seksual pranikah, dukungan sosial terhadap hubungan seksual pranikah mempengaruhi terjadinya hubungan seksual pranikah (Suryoputro *et al.*, 2006:39). Responden yang menyatakan pernah melakukan hubungan seksual pranikah yaitu sebanyak lebih dari 75% mempunyai dukungan sosial yang “rendah”, variabel dukungan sosial dan hubungan seksual pranikah berhubungan secara bermakna ( $p<0,05$ ) dan hubungan kedua variabel menunjukkan jenis hubungan negatif, yaitu responden dengan dukungan sosial “rendah” terhadap hubungan seksual pranikah, kebanyakan justru melakukan hubungan seksual pranikah (Suryoputro *et al.*, 2006:37). Proporsi responden mahasiswa yang melakukan hubungan seksual pranikah mempunyai dukungan sosial “sedang”, proporsi responden buruh menunjukkan pola yang berbeda antara pria dan perempuan, hubungan seksual pranikah pada buruh pria banyak terjadi pada mereka dengan dukungan sosial “rendah” yaitu sebanyak 57% responden, sedangkan pada perempuan terjadi pada mereka dengan dukungan sosial yang “kuat” yaitu sebanyak 80% responden (Suryoputro *et al.*, 2006:37).

### 2.3. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Green dan Kreuter (2005) dalam Lestary dan Sugiharti (2011); Nurachmah dan Mustikasari (2009); Pratiwi dan Basuki (2011).

## 2.4. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

## 2.5. Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- Akses informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi berperan dalam mempengaruhi terjadinya perilaku seksual pranikah pada remaja di Indonesia
- Perilaku seksual pranikah lebih rentan terjadi pada remaja laki-laki dan bertempat tinggal di wilayah kota.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan jenis penelitian analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian analitik digunakan untuk menjelaskan adanya hubungan antara semua variabel yang diteliti. Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian menggunakan data SDKI 2012 dengan jenis penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara akses informasi dan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual pranikah pada remaja. Pendekatan *cross-sectional* digunakan karena mencakup semua jenis penelitian yang semua variabel pengukurannya (variabel dependen dan independen) diteliti secara simultan pada satu waktu (Sastroasmoro, 2011:131).

### 3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian menggunakan data SDKI 2012 yang telah dilakukan pada Bulan 7Mei – 31 Juli 2012 di seluruh Indonesia (BPS, 2013:3).

### 3.3. Penentuan Populasi dan Sampel

#### 3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian merupakan kumpulan individu yang akan diukur berdasarkan ciri-ciri tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian (Budiarto, 2004:37). Populasi penelitian yang digunakan adalah remaja (15-24 tahun) di Indonesia.

#### 3.3.2. Penentuan Sampel Penelitian

Pengambilan sampel penelitian dilaksanakan berdasarkan populasi penelitian, yang berarti adalah seluruh populasi penduduk usia remaja (15-24 tahun) di Indonesia yang terdaftar di dalam SDKI 2012. Pengambilan sampel yang mencakup seluruh anggota populasi umumnya dilakukan pada populasi yang relatif kecil/kurang dari 30, sedangkan pada penelitian yang dilaksanakan, data

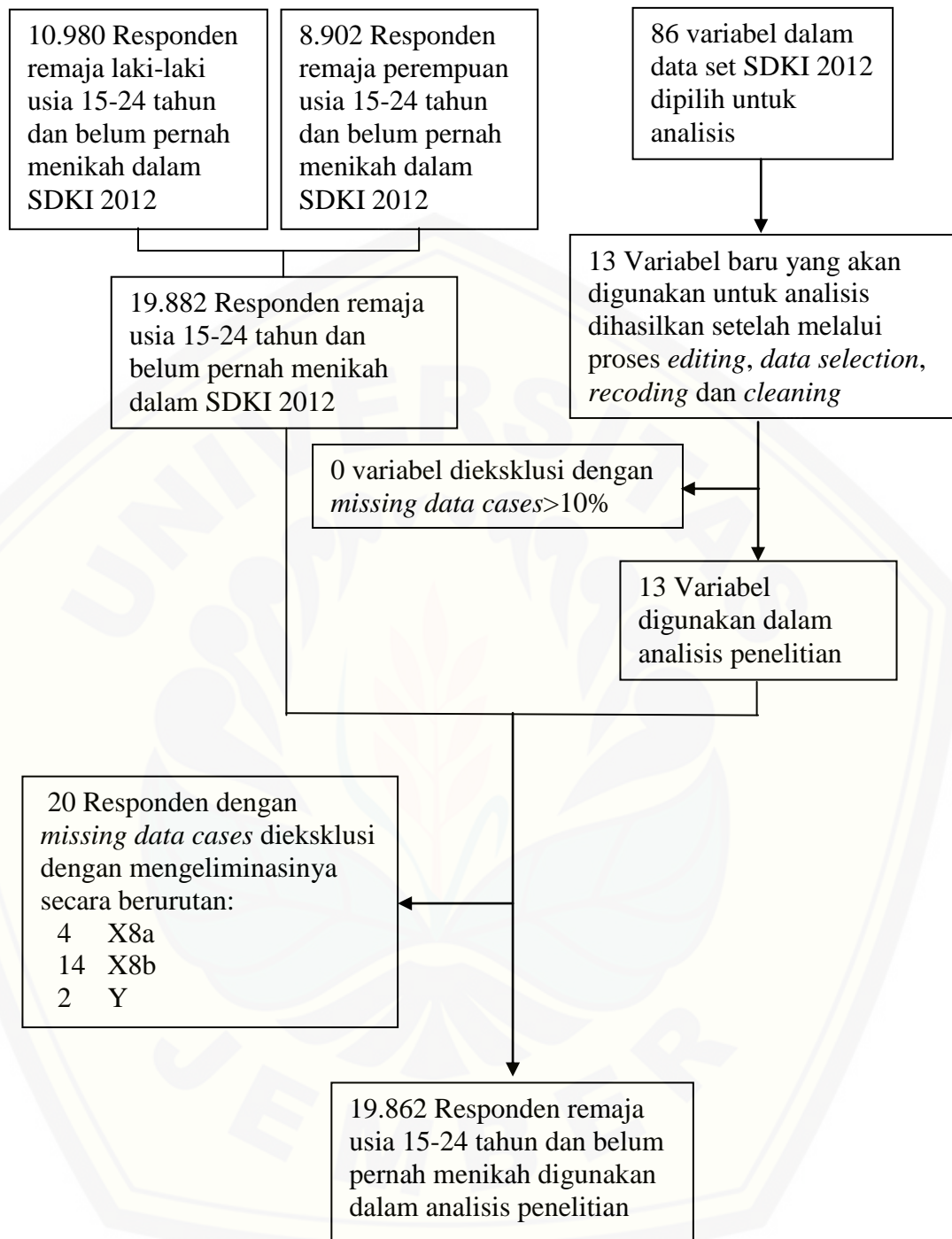
penelitian yang digunakan merupakan data sekunder/data survei yang telah melalui proses *sampling* pada pengambilan data sebelumnya, sehingga populasi sampel harus digunakan semua karena populasi sampel tidak dapat dipisahkan. Data yang akan digunakan dalam penelitian yaitu seluruh variabel dan sampel sudah tersedia dalam paket data set dengan kode IDOD6ASV (IDYW6AFL dan IDYM6AFL) dan data terkait dengan status ekonomi keluarga yang terdapat pada data set terpisah (IDYH6AFL) dan belum tersedia dalam dua data set sebelumnya.

a. Kriteria Inklusi

Penerapan Kriteria inklusi didasarkan pada karakteristik subjek penelitian yang akan diteliti, sehingga peneliti bisa mendapatkan hasil penelitian yang dihendaki (Budiarto, 2004). Dalam penelitian ini yang tergolong dalam kriteria inklusi adalah remaja (laki-laki dan perempuan usia 15-24 tahun) dan belum pernah menikah yang terdata dalam SDKI 2012.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah remaja (laki-laki dan perempuan usia 15-24 tahun serta belum pernah menikah) yang terdata dalam SDKI 2012, namun berada di luar data set IDYW6AFL dan IDYM6AFL.



Gambar 3.1. Alur Penentuan Sampel Penelitian



### 3.4. Definisi Operasional

#### 3.4.1. Variabel Penelitian

Variabel merupakan sesuatu atau bagian dari individu atau objek yang dapat diukur baik berupa fisik maupun pemikiran sehingga dapat dianalisis dan didapatkan suatu hasil (Swarjana, 2012:42). Variabel dalam penelitian terdiri dari variabel bebas (independen) yaitu karakteristik individu (meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, sosial ekonomi keluarga, dan status pekerjaan), tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi, sikap terhadap perilaku seksual pranikah, akses informasi kesehatan, dan tempat tinggal, sedangkan variabel terikat (dependen) adalah perilaku seksual pranikah remaja.

#### 3.4.2. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan pemberian definisi terhadap suatu variabel penelitian secara operasional sehingga peneliti mampu melakukan pengumpulan informasi yang dibutuhkan untuk melakukan analisis pada penelitian yang dilaksanakan (Swarjana, 2012:47). Pemberian definisi operasional yang tepat pada suatu penelitian akan membantu peneliti dalam menentukan kesesuaian variabel yang diperlukan di dalam penelitian. Berikut adalah uraian dari variabel, definisi operasional, nomor kuesioner, identifikasi, dan skala ukur

Tabel 3.1. Variabel, Definisi Operasional, Nomor Kuesioner, Identifikasi, dan Skala Ukur

Variabel	Definisi Operasional	No. Kuesioner dan Variabel	Identifikasi	Skala Ukur
Variabel Dependen				
Perilaku seksual pranikah	Remaja yang belum menikah pernah melakukan hubungan seksual dan/atau dalam kurun waktu 1 tahun terakhir (terhitung sejak pengambilan data SDKI 2012) pernah berhubungan seksual dan tidak menggunakan alat kontrasepsi	Kuesioner Nomor 705, 712, 713 dan 714 Variabel AY705, AY712U, AY712N, AY713 dan AY714	0 = Tidak 1 = Ya	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	No. Kuesioner dan Variabel	Identifikasi	Skala Ukur
<b>Variabel Independen</b>				
<b>1. Karakteristik Individu</b>				
a. Umur	Masa hidup mulai dari lahir hingga waktu dilakukannya pengambilan data SDKI 2012	Kuesioner Nomor 103 Variabel AY103	0 = 15-19 tahun 1 = 20-24 tahun	Nominal
b. Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis yang digunakan untuk membedakan gender responden remaja yang dapat ditentukan berdasarkan tipe kuesioner yang digunakan untuk responden remaja	Variabel AQTYPE	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Nominal
c. Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan tertinggi yang pernah/sedang dijalani saat dilakukannya pengambilan data SDKI 2012	Kuesioner Nomor 104 dan 105 Variabel AY104 dan AY105	0 = Tidak Sekolah 1 = SD/ Sederajat 2 = SMP/ Sederajat 3 = SMA/ Sederajat 4 = Akademi/ Perguruan Tinggi	Ordinal
d. Status Ekonomi Keluarga	Kondisi/kedudukan remaja dalam masyarakat berdasarkan tingkat kesejahteraan ekonomi keluarganya	Variabel AHWLTHI	0 = Sangat Miskin 1 = Miskin 2 = Menengah 3 = Kaya 4 = Sangat Kaya	Ordinal
e. Status Pekerjaan	Remaja yang melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan dengan lama bekerja paling sedikit 1 jam secara terus menerus dalam kurun waktu minimal seminggu terakhir/ dalam 12 bulan terakhir (termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang membantu dalam suatu usaha/ kegiatan ekonomi)	Kuesioner Nomor 118, 119, dan 120 Variabel AY118, AY119, dan AY120	0 = Bekerja 1 = Tidak Bekerja	Nominal
f. Tempat Tinggal	Wilayah/daerah tempat remaja menetap/tinggal	Variabel ATYPE	0 = Kota 1 = Desa	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	No. Kuesioner dan Variabel	Identifikasi	Skala Ukur
<b>2. Akses Media Informasi</b>				
a. Banyak Sumber/Media Informasi yang Diakses	Jumlah sumber informasi yang dapat dijangkau/pernah diterima oleh remaja yang berasal dari berbagai macam tempat maupun orang lain dan berkaitan dengan informasi kesehatan reproduksi (meliputi kesehatan reproduksi secara umum, HIV AIDS, dan IMS)	Kuesioner Nomor 201, 202, 204, 404, 406, 601, 601A, 618 Variabel AY201, AY202, AY204, AY404A, AY404B, AY404C, AY404D, AY406, AY601, AY601A, AY618	0 = Tidak ada 1 = 1 - 3 Sumber/Media Informasi 2 = >3 Sumber/Media Informasi	Ordinal
b. Jenis Sumber/Media Informasi	Sumber informasi yang berisi tentang kesehatan reproduksi yang pernah diakses/diperoleh remaja dalam 6 bulan terakhir	Kuesioner Nomor 112, 114, dan 116 Variabel AY112, AY114, dan AY116	0 = Tidak Pernah 1 = Media Cetak (Koran, Majalah, dll) 2 = Media Elektronik (Radio, Televisi) 3 = Media Cetak dan Elektronik	Nominal
c. Intensitas Akses Terhadap Sumber/Media Informasi Selama Satu Minggu	Seringnya remaja dalam mengakses beberapa jenis sumber/media informasi (cetak maupun elektronik) dalam kurun waktu seminggu/7 hari terakhir	Kuesioner Nomor 112, 114, dan 116 Variabel AY112, AY114, dan AY116	0= Tidak Pernah 1 = <Sekali Seminggu 2 = ≥Sekali Seminggu	Ordinal
3. Tingkat Pengetahuan	Segala sesuatu yang terkait dengan kesehatan reproduksi (meliputi perubahan anatomi dan fisiologi, metode kontrasepsi, HIV dan AIDS, IMS, usia menikah dan kehamilan) yang diketahui oleh remaja untuk kemudian dinilai dan diklasifikasikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan	Kuesioner Nomor 201, 202, 210, 211, 212, 216, 601, 616, 617, 208, 209, 302, 303, 310, 311, 312 Variabel AY201, AY202, AY210, AY211, AY212A\$0 - AY212A\$14,	Klasifikasi tingkat pengetahuan (Arikunto, 2006) :  0 = Kurang (<56%) 1 = Sedang (56% - 75%) 2 = Baik (>75%)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	No. Kuesioner dan Variabel	Identifikasi	Skala Ukur
		AY212B\$0- AY212B\$14, AY216(A-C), AY601, AY616, AY617, AY208, AY209, AY302, AY303, AY310, AY311, AY312		
4. Sikap	Penerimaan remaja terhadap adanya perilaku seksual pranikah yang dilakukan baik oleh laki-laki maupun perempuan dengan berbagai alasan yang mendasarinya	Kuesioner Nomor 718, 719, 720 Variabel AY718, AY719, AY720A, AY720B, AY720C, AY720D, AY720E	0 = Setuju 1 = Tidak Setuju 2 =Tergantung	Nominal
5. Keberadaan Teman/Orang Berperilaku Seksual Pranikah	Adanya teman sebaya yang melakukan perilaku seksual pranikah	Kuesioner Nomor 715 Variabel AY715	0 = Ya 1 = Tidak	Nominal

### 3.5. Data dan Sumber Data

Data yang akan digunakan dalam penelitian adalah data sekunder yang diperoleh secara tidak langsung melalui buku, arsip-arsip, dan dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi-instansi terkait maupun media lain. Data sekunder yang akan digunakan dalam penelitian adalah data sekunder yang merupakan data mentah SDKI 2012 yang diperoleh dari *The Demographic and Health Survey Program (Measure DHS)*.

### 3.6. Teknik dan Alat Perolehan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik dokumentasi dimana data bisa didapatkan dari catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dilakukan karena data yang digunakan didapatkan dengan mengakses data mentah SDKI 2012 yang berasal dari *The Demographic and Health Survey Program (Measure DHS)*.

### 3.7. Teknik Penyajian dan Analisis Data

#### 3.7.1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk mendapatkan data dari setiap variabel penelitian yang siap dianalisis dalam proses pengolahan data penelitian dengan alat bantu menggunakan perangkat lunak analisis statistika. Berikut adalah tahapan pengolahan data dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010:176-180 dan Zahroh, 2014:29):

a. Pengeditan Data (*Editing*)

Pengeditan merupakan pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan. Pengeditan dilakukan untuk memeriksa data yang masuk, apakah sudah memenuhi syarat atau belum, jika data yang masuk tidak memenuhi syarat maka dapat dilakukan eliminasi atau perbaikan untuk melengkapi data

b. *Data Selection*

*Data selection* merupakan proses seleksi yang dilakukan untuk menentukan data yang sesuai dengan kriteria tertentu yang telah ditetapkan

c. *Coding/Recoding*

*Recoding* merupakan pemberian kode baru yang bertujuan untuk mengklasifikasikan/mengkategorikan data sehingga dapat dilakukan analisis sesuai dengan kebutuhan

d. *Cleaning*

*Cleaning* merupakan kegiatan pengecekan kembali yang dilakukan dengan tujuan memeriksa ada atau tidaknya kesalahan yang masih terjadi pada data yang digunakan, jika masih terjadi adanya kesalahan maka perlu dilakukan pembersihan/eliminasi data. Salah satu cara pengecekan kembali adalah dengan melakukan pengecekan frekuensi data. Setelah dilakukan *cleaning* terhadap data didapatkan hasil bahwa tidak terdapat variabel penelitian yang mempunyai missing data cases lebih dari 10% dan terdapat 20 responden yang dieliminasi karena memiliki missing data cases yang tidak dapat diidentifikasi.



### 3.7.2. Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang bertujuan untuk membuat laporan hasil penelitian agar mudah dipahami sehingga dapat dilakukan analisis dan ditarik kesimpulan yang dapat menggambarkan hasil penelitian. Penyajian data pada penelitian dilakukan dengan menggunakan tabel, grafik, dan deskripsi tertulis dari analisis yang didapatkan dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:188-193).

### 3.7.2. Teknik Analisis Data

#### a. Analisis Univariabel

Merupakan cara analisis data dengan cara menjelaskan atau mendeskripsikan data secara sederhana. Cara penyajiannya dengan menggunakan persentase atau tabel distribusi frekuensi, grafik maupun diagram (Budiharto, 2008:22).

#### b. Analisis Bivariabel

Merupakan analisis yang digunakan untuk menjelaskan hubungan antara dua variabel yang merupakan variabel bebas dan terikat. Uji bivariabel dengan menggunakan uji *Chi-Square* dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas yaitu karakteristik individu (meliputi: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status ekonomi keluarga, status pekerjaan, dan tempat tinggal), tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi, sikap terhadap perilaku seksual pranikah, dan akses media informasi dengan variabel terikat yaitu perilaku seksual pranikah pada remaja. Masing-masing variabel bebas dihubungkan dengan variabel terikat, jika nilai  $p < 0,05$  maka variabel tersebut memiliki hubungan dengan variabel terikat.

#### c. Analisis Multivariabel

Analisis multivariabel dengan menggunakan regresi logistik digunakan untuk memprediksi faktor yang berperan dalam mempengaruhi adanya perilaku seksual pranikah pada remaja. Uji regresi logistik dapat digunakan untuk mengetahui besar faktor risiko dan hubungan antara masing-masing variabel

dalam mempengaruhi kejadian perilaku seksual pranikah pada remaja. Berikut adalah persamaan model untuk regresi logistik:

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon$$

persamaan yang digunakan untuk menentukan peluang dari persamaan logit:

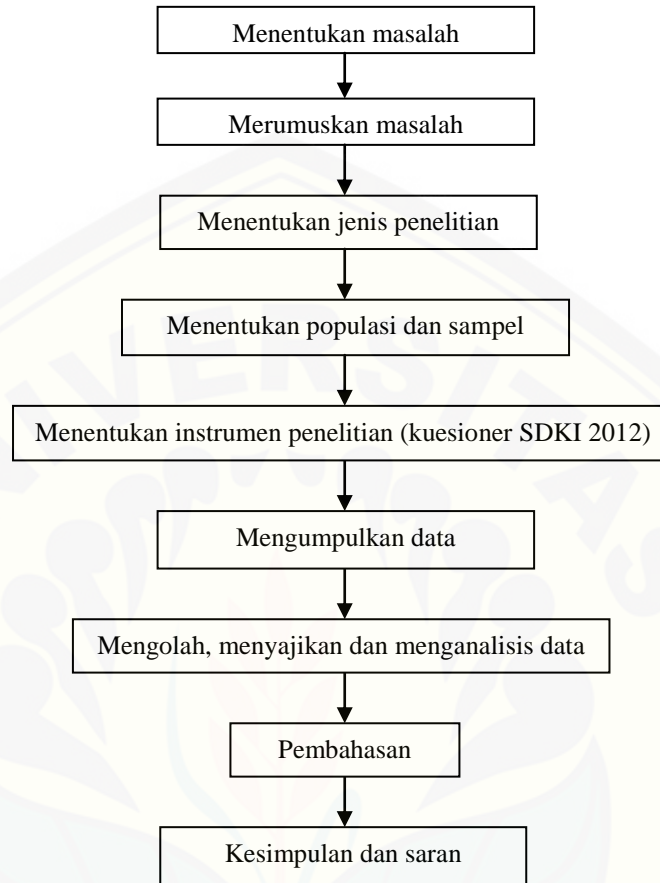
$$\pi(x) = \frac{1}{1 + e^{-g(x)}}$$

Analisis regresi logistik digunakan untuk memperoleh model yang baik. *Goodness of fit* merupakan alat statistik yang digunakan dalam pengujian untuk membandingkan kecocokan antara model yang dihasilkan dengan data yang diamati. Metode yang digunakan dalam penentuan *Goodness of fit* adalah fungsi likelihood, *Nagelkerke R Square*, dan *Hosmer-Lemeshow* (Ghozali dalam Zahroh, 2014:31). Konstruksi model pada regresi logistik dapat dikatakan fit/layak jika: (1) uji omnibus (*overall test*) memiliki nilai sig.< $\alpha$  (0,05); (2) terjadi penurunan yang signifikan pada nilai -2 Log likelihood; (3) koefisien *Nagelkerke R Square* mampu menjelaskan persentase keragaman total dari logit; (4) *Hosmer-Lemeshow test* memiliki nilai sig.> $\alpha$  (0,05); (5) tingginya nilai persentase ketepatan klasifikasi model pada *classification table*.

Verifikasi atau pemeriksaan asumsi dasar (*diagnostic check*) pada model yang dihasilkan dalam regresi logistik digunakan untuk menguji asumsi pada model statistik yang dihasilkan. Pemeriksaan asumsi dasar (*diagnostic check*) dapat dilakukan menggunakan bantuan dari *software* analisis statistik. Penilaian yang dilakukan dalam pemeriksaan asumsi dasar (*diagnostic checking*) pada regresi logistik antara lain meliputi: (1) Linieritas antara prediktor kontinyu dengan logit, (2) galat berdistribusi binomial, (3) analisis pada data berpengaruh dan data pencilan (*outlier*), (4) ada/tidaknya autokorelasi yang dapat diidentifikasi dengan menggunakan *run test*, jika sig. <  $\alpha$  (0,05) maka tolak  $H_0$  dan data tidak acak, (5) ada/tidaknya multikolinieritas (Zulaela, 2006:97-108).

### 3.8. Alur Penelitian

Kerangka alur penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.2. Alur Penelitian