

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU BERISIKO REMAJA DI KOTA MAKASSAR TAHUN 2009

Puti Sari Hidayangsih, Dwi Hapsari Tjandrarini, Rofingatul Mubasyiroh dan Supanni

Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan

Abstract. This research is to find out basic information about risky behaviors in adolescents related to health and related factors. Location of the research conducted in Makassar with 10 randomly selected health centers of 14 districts. Samples were adolescent boys and girls aged between 10-24 years of either a married or unmarried who lived in the working area of the selected health centers. Using quantitative and qualitative approach in data collection, which for this article focused on the quantitative approach, which is conducted interviews of a number of 300 adolescents was selected as the sample through visits to the homes of respondents. Dependent variable of this study were adolescent risk behaviors measured by the factor of juvenile delinquency, smoking behavior, drinking alcohol, drug abuse, STDs, sexual behavior before marriage, and abortion. Whereas independent variables of the study were age, sex, education, occupation, daily activities, parental supervision, parents drank alcohol, the role of information media, and Domestic Violence. The study showed that there was a significant relationship between gender, education level, work status, parents drink alcohol, get domestic violence treatment, with risk behavior in adolescents. It is recommended to improve parental knowledge about child a good upbringing and the importance of maintaining harmony in the home, for example, by organizing seminars to parents, so that children feel comfortable, in order to reduce risk behavior in adolescents.

Keywords: risk behavior, reproductive health, adolescence, gender

PENDAHULUAN

Sumber daya manusia merupakan salah satu komponen penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia yang berkualitas sangat dibutuhkan untuk dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat. Remaja sebagai bagian dari komponen sumber daya manusia adalah aset yang sangat berharga bagi bangsa pada masa yang akan datang.

Di Indonesia, seperlima dari jumlah penduduk ⁽¹⁾ adalah remaja yang berpeluang berperilaku berisiko tanpa mewaspadai akibat jangka panjang dari perilaku tersebut. Mereka mengadopsi perilaku

berisiko itu melalui pergaulan yang tidak sehat dan informasi yang tidak terarah. Kemajuan atau modernisasi ternyata mempunyai dua sisi yang dapat menguntungkan dan atau juga merugikan, khususnya masalah kemajuan dalam bidang teknologi informasi. Era globalisasi dan keterbukaan informasi, misalnya internet membuat segala bentuk informasi menjadi sangat mudah didapat, bahkan sampai ke kotakota kecil. Sayangnya sangat sulit untuk membendung informasi yang dapat merusak kepribadian remaja, misalnya pornografi dan kehidupan seksual bebas. Selain itu, orang tua, lingkungan dan juga institusi pendidikan, khususnya pendidikan dasar dan menengah, tampaknya belum siap

untuk menghadapi kemajuan teknologi informasi yang berkembang dengan sangat cepatnya.

Beberapa data (2, 3, 4) menunjukkan bahwa banyak masalah kesehatan remaja berakar dari kebiasaan merokok dan penyalahgunaan narkoba, kekerasan interpersonal, kecelakaan, serta hubungan seksual yang tidak aman yang bisa mengakibatkan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Kemudian perbedaan jenis kelamin seharusnya tidak diabaikan. Misalnya perbedaan jenis kelamin berdampak pada keputusan dalam menentukan waktu dan tempat pelayanan kesehatan. Remaja perempuan lebih cenderung terlibat dan dihadapkan kepada masalah seksual yang tidak aman dan persalinan usia muda berisiko. Peranan suami sangat besar dalam menentukan pelayanan kesehatan yang dijalani istri.

Menurunnya kualitas kehidupan remaja saat ini, misalnya status kesehatan, sangat berdampak buruk bagi kualitas keluarga saat ini dan juga keluarga di masa mendatang. Dampak buruk yaitu remaja yang tidak sehat baik fisik dan mentalnya dapat melahirkan keturunan yang tidak sehat pula, misal menderita gizi buruk atau penyakit tertentu. Identifikasi masalah perilaku berisiko secara lebih dini sangat penting untuk mencegah masalah lainnya yang akan muncul apabila tidak segera ditangani. (5)

Data statistik Departemen Kesehatan RI pada 1999 mencatat, terdapat dua hingga empat persen (sekitar empat juta hingga delapan juta jiwa) dari seluruh penduduk Indonesia yang menjadi pemakai narkoba. Sekitar 70 persen dari pecandu narkoba itu adalah anak usia sekolah berusia 14 hingga 21 tahun. (6)

Data dari SKRRI menunjukkan persentase remaja pria yang pernah minum-

minuman mengandung alkohol sekitar 34 persen dan 2 persen dilakukan remaja putri. Studi perilaku lain yang dilakukan di Jakarta dan Merauke melaporkan bahwa kaum muda memiliki kecenderungan cukup tinggi untuk melakukan kegiatan yang berkaitan perilaku seksual seperti berciuman, saling melakukan rangsangan seksual, melakukan onani/masturbasi, atau bahkan berhubungan seks sebelum menikah. Kecenderungan perilaku seksual pra nikah di kalangan remaja dewasa ini semakin banyak terjadi, tercermin kasus aborsi di Indonesia sebanyak 30% dilakukan oleh remaja atau sekitar 700 ribu kasus per tahun. Kondisi perilaku berisiko remaja Indonesia saat ini sungguh menunjukkan gejala yang makin mengkhawatirkan. (7)

Selain itu, Susenas 2004 melaporkan sejumlah 37% penduduk perdesaan adalah perokok, angka ini lebih tinggi dibanding perokok di perkotaan yaitu 32%. Persentase perokok laki-laki lebih tinggi dibanding perokok perempuan (63% dibanding 5%). (8)

Dari fakta tersebut di atas dapat terlihat gambaran morbiditas dan mortalitas pada remaja pada umumnya disebabkan terutama karena faktor *psychosocial* seperti kekerasan, kenakalan remaja, kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual, HIV / AIDS, penyalahgunaan obat, dan merokok. Berbagai masalah perilaku berisiko tersebut bisa saling berkaitan atau berakibat pada masalah perilaku berisiko lainnya.

Tulisan ini adalah bagian dari penelitian yang berjudul "Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku berisiko pada remaja di Kota Makassar tahun 2009" yang bertujuan untuk mempelajari faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi perilaku berisiko pada remaja. Kota Makassar dipilih sebagai lokasi penelitian dengan pertimbangan karena Kota Makassar

adalah tennasuk kota besar di belahan Indonesia Timur yang sedang dalam perkembangan pesat, ditambah derasnya kemajuan teknologi dan infonnasi dari luar, sementara proporsi remajanya juga cukup besar, sehingga rentan terhadap gejolak sosial dan budaya masyarakat.

METODE

Penelitian adalah penelitian non intervensi yang bersifat analitik dengan rancangan survei *cross sectional* (potong lintang). Lokasi penelitian dilakukan di Kota Makassar dan waktu penelitian dilakukan dalam kurun waktu Mei November 2009 (7 bulan).

Sumber data studi ini adalah berasal dari masyarakat (*community based*) atau penelitian primer, dengan metode wawancara langsung kepada responden menggunakan instrumen terstruktur. Sampel penelitian adalah remaja 10-24 tahun yang berstatus nikah maupun belum nikah di Kota Makasar. Sampel ditentukan secara acak berdasarkan wilayah kerja puskesmas. Metode pengumpulan data adalah metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif dengan wawancara kepada sejumlah 300 remaja terpilih sebagai sampel melalui kunjungan ke rumah responden. Dalam artikel ini difokuskan pada hasil yang diperoleh melalui pendekatan kuantitatif. Sampel ditentukan secara acak berdasarkan wilayah kerj a puskesmas. Sampel diambil dengan terlebih dahulu menetapkan batas wilayah kerja puskesmas di Kota Makasar. Kota Makasar memiliki 14 puskesmas yang terbagi dalam 14 wilayah kerja puskesmas. 10 puskesmas kecamatan yang wilayah kerjanya dipilih secara acak sebagai s amp el. Kemudian untuk memudahkan dalam memperoleh listing remaja sesuai kriteria yang telah ditetapkan dalam studi ini, maka pemilihan sampel diambil dari daftar remaja di *wilayah kerja*

puskesmas. Remaj a dipilih secara acak, tiap puskesmas 30 orang. Penelitian ini menerapkan kriteria eksklusi dan inklusi sebagai berikut. Kriteria inklusi adalah remaja umur 10-24 tahun belum menikah atau sudah / pernah menikah (janda / duda) yang dapat diwawancarai tanpa bantuan orang lain. Kriteria eksklusi adalah remaj a umur 10-24 tahun belum menikah atau sudah / pernah menikah G anda / duda) yang menolak diwawancarai / tidak mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan. Analisis data yang dilakukan dengan mengeluarkan tabel-tabel univariat, bivariat dan multivariat dengan menggunakan regresi logistik.

HASIL

Hasil penelitian di Kota Makasar menunjukkan bahwa remaja yang diwakilkan oleh sampel sebagian besar berusia antara 10-19 tahun (78%), perempuan (55%), berpendidikan tamat SMP (33%), masih sekolah (70%), tidak memiliki pekerjaan (86%), jika bekerja maka penghasilan umumnya sebesar lima ratus ribu hingga satu juta rupiah (58%), dan disamping itu umumnya mereka berstatus belum menikah (96%). (Tabell).

Jika dilihat dari fungsi keluarga, diketahui persentase orang tua remaj a yang bercerai sebanyak 15 persen. Namun demikian, sebagian besar remaja masih tinggal dengan orang tuanya (93 %) baik dengan kedua orang tua, atau salah satunya. Di samping itu sebagian besar remaja dibiayai hidup oleh ayah kandungnya (76%). Persentase remaja yang menyatakan bahwa hubungan dengan orang tua bennasalah ada sekitar 2 persen. Sedangkan hubungan antara kedua orang tua bennasalah dinyatakan oleh 9 persen remaja. Fungsi keluarga juga dapat digambarkan antara lain dengan kebiasaan minum alkohol pada orang tua. Persentase

Tabell Gambaran Karakteristik Remaja di Kota Makasar Studi Perilaku Berisiko Remaja di Kota Makasar tahun 2009

Karakteristik Remaja*	Persentase (%)
Kelompok umur	
10-19	78.3%
20-24	21.7%
Jenis kelamin Laki-laki	
Perempuan	44.7%
Pendidikan remaja	55.3%
Belum tamat SD	
Tamat SD	15.0%
SLTP	28.3%
SLTA Akademi	33.0%
D4/ Universitas	22.3%
Masih sekolah	1.0%
Ya	0.3%
Tidak	
Status bekerja	70%
Ya	30%
Tidak	
Jumlah penghasilan (gaji) responden	14.3%
< Rp 500.000,-	85.7%
Rp 500.000,- - Rp 1.000.000,Rp	
1.000.000,- - Rp 2.000.000,-	23.3%
Status kawin Belum kawin	58.1%
Kawin	18.6%
	95.7%
	4.3%

*N total= 300 responden

Tabel2 Gambaran Umur Pertama Menikah Remaja di Kota Makasar Studi Perilaku Berisiko Remaja di Kota Makasar tahun 2009

Umur pertama menikah*	Persentase (%)
Kelompok umur	
< 18 tahun	15.4%
18-19 tahun	30.8%
>= 20 tahun	53.8%

*N total = 13 responden

Hasil wawancara juga menemukan kurang lebih 20 persen remaja menyatakan dirinya kurang mampu mencerna pelajaran dengan baik di sekolah. Dan terdapat 4 persen sering absen dari sekolah. Masih banyak orang tua yang kurang atau bahkan

tidak mepedulikan kegiatan sekolah anaknya (20%), juga masih banyak guru yang berlaku kasar terhadap murid remajanya (18%). Hasil wawancara juga mengungkap prediksi awal terdapat sebanyak 39 persen remaja diasumsikan menderita

gangguan mental berdasarkan hasil pengukuran kondisi kesehatan jiwanya dengan mengacu pada ketentuan remaja telah memberi jawaban positif (jawaban = ya) pada 6 pertanyaan dari 20 pertanyaan tentang kesehatan jiwa dalam kuesioner yang digunakan untuk wawancara.

Persentase remaja yang melakukan kenakalan seperti mencoret-coret tembok sebesar 14 persen. Diketahui cukup banyak remaja yang suka dugem atau pergi ke diskotik (7%). Yang cukup mengejutkan 17 persen remaja mengaku mengalami tindakan pelecehan. Pelecehan disini adalah semua perlakuan yang tidak baik, termasuk pemukulan, diolok-olok, baik berkaitan dengan seksual atau tidak. Pelecehan terbanyak yang dialami remaja adalah pelecehan seksual (58%). Selain itu sebanyak 24 persen remaja pernah diserang secara fisik, yang dilakukan oleh teman sebaya. Yang dimaksud dengan penyerangan disini adalah remaja dipukul tanpa mereka mampu membalas. Sementara itu, selain diserang, remaja juga mengaku berkelahi secara fisik. Persentase remaja yang pernah berkelahi secara fisik yaitu sebesar 28 persen. Sementara remaja yang mengaku pernah ditahan/dipenjara karena melanggar peraturan sebanyak 2 persen. Tidak terdapat cukup data yang menyebutkan sebab penahanan tersebut.

Persentase laki-laki merokok (40%) jauh lebih besar daripada perempuan (1%), dimana remaja pria banyak yang merokok setiap hari (21%), sementara remaja wanita tidak. Mantan perokok pada remaja pria (5%) juga lebih banyak daripada mantan perokok pada remaja wanita (2%). Dalam setahun terakhir terdapat 9 persen remaja yang biasa mengkonsumsi alkohol. Dari jumlah tersebut, separuh remaja minum alkohol sampai mabuk (50%). Dan sebesar 28 persen remaja mengakui bahwa mereka minum alkohol sampai mabuk dan

mendapatkan masalah. Persentase terbesar frekuensi minum alkohol pada remaja yaitu 2: 5 hari per minggu (33%). Untuk jenis alkohol yang dikonsumsi paling banyak adalah anggur/wine (17%). Secara umum persentase remaja yang pernah minum minuman yang mengandung alkohol sekitar 9 persen. Berdasarkan jenis kelamin, remaja perempuan yang minum alkohol sebesar 4 persen dan remaja laki-laki sebesar 16 persen. Jika ditelusuri lebih jauh, persentase remaja yang minum alkohol sampai mabuk sebesar 3 persen, dan mabuk hingga mengakibatkan kerugian seperti tidak masuk sekolah/kantor atau berkelahi sebesar 1,7 persen. Persentase remaja laki-laki yang minum alkohol dengan usia dibawah 15 tahun sebesar 4 persen, sedangkan remaja wanita 3 persen untuk kelompok umur yang sama. Semakin bertambah usia remaja laki-laki semakin banyak yang minum alkohol. Sedangkan untuk obat-obatan, terdapat 1 persen remaja yang pernah mengkonsumsi obat-obatan terlarang. Namun saat diwawancara, mereka mengaku sudah tidak mengkonsumsi lagi. Jenis yang mereka konsumsi adalah ganja (33%) dan pil (33%) yaitu dengan cara dihisap (ganja) dan ditelan (Pil) masing-masing sebesar 67 persen.

Sebagian besar remaja tidak pernah mendengar bahwa infeksi kelamin dapat ditularkan melalui hubungan seksual (59%). Hanya 41 persen remaja yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Dari jumlah tersebut, sebagian besar remaja menyatakan bahwa orang yang terinfeksi HIV / AIDS dapat dikenali dari fisiknya (22%). Persentase remaja yang mempunyai gejala/keluhan pada alat kelaminnya sebesar 6 persen. Dari sejumlah remaja yang mengaku mengalami keluhan pada alat kelaminnya, mereka umumnya mencari pengobatan ke puskesmas atau tidak diobati, berturut-turut masing-masing 37 persen.

Persentase remaja yang memiliki ternan yang melakukan seks sebelum menikah sebanyak 28 persen. Sementara 6 persen responden menyatakan pernah melakukan hubungan seks. Dari jumlah tersebut, 59 persen melakukan karena sudah menikah. Sebanyak 2 persen remaja yang belum berstatus menikah, dan pernah melakukan hubungan seksual. Dari jumlah tersebut, persentase terbesar melakukan hubungan seksual dengan pacar (83%), dengan alasan saling cinta (67%), dan dilakukan di hotel (50%). Selain itu diketahui bahwa persentase remaja laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah sebesar 4 persen, sedangkan remaja wanita relatif lebih sedikit yaitu 1 persen (0,6%).

Dari 300 remaja yang diwawancarai diketahui ada 2 orang (kurang lebih 1 %) remaja yang mengaku pernah hamil namun tidak menginginkan kehamilannya. Dari jumlah tersebut, seorang remaja memilih untuk meneruskan kehamilan dan yang lain memutuskan untuk menggugurkan kandungannya.

Variabel perilaku berisiko pada remaja dibentuk dari gabungan beberapa

variabel sebagai berikut: kenakalan remaja, perilaku merokok, minum alkohol, konsumsi obat-obatan, penyakit menular seksual (PMS), hubungan seksual sebelum menikah dan aborsi (KTD). Adapun persentase kenakalan pada remaja sebesar 6 persen, perilaku merokok 18 persen, perilaku minum alkohol 9 persen, perilaku mengkonsumsi obat-obatan 1 persen, prevalensi penyakit menular seksual (PMS) 6 persen, perilaku seksual sebelum menikah 2 persen dan aborsi atau kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) sebesar 0,3 persen.

Untuk melihat korelasi antara variabel independen dan variabel dependen, telah dilakukan uji test chi-square. Hasil tes menunjukkan bahwa variabel yang dianggap berhubungan secara signifikan (p-value: $S0,05$) adalah variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status bekerja, pendidikan ayah, pendidikan ibu, pengawasan orang tua, orang tua minum alkohol, dan mendapat perlakuan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

PEMBAHASAN

Dari Tabel 2 diketahui jenis kelamin memiliki hubungan yang bermakna

Tabel 1 Gambaran Kenakalan Remaja, Perilaku Merokok, Minum Alkohol, Konsumsi ObatObatan, PMS, Perilaku Seksual dan Aborsi, Studi Perilaku Berisiko Remaja di Kota Makasar tahun 2009.

Variabel Dependen	Tidak (0)		Ya (1)	
	N	0/0	N	0/0
Kenakalan remaja	281	93.7	19	6.3
Merokok	245	81.7	55	18.3
Minum alkohol	273	91.0	27	9.0
Obat2	297	99.0	3	1.0
IMS	281	93.7	19	6.3
Sex pranikah	294	98.0	6	2.0
Aborsi	299	99.7	1	0.3
Gabungan Perilaku Berisiko	208	69.3	92	30.7

Tabel 4 Multivariat Perilaku Berisiko Kesehatan Remaja, Studi Perilaku Berisiko Kesehatan Remaja di Kota Makasar, 2009

Variabel	a	B	p-value	OR	CI95%	% klasifikasi benar
Konstanta	-1,239					81%
Jenis kelamin		1,68	0,000	5,363	2,890 - 9,954	
Pendidikan		0	0,036	0,514	0,276 - 0,959	
Status bekerja		-0,665	0,000	5,535	2,424 - 12,63	
Ortu minum alkohol		1,71	0,001	4,112	1,807 - 5	
KDRT		1	0,019	2,561	1,166 - 9,356	
		1,41			5,622	

dengan perilaku berisiko kesehatan remaja, dimana laki-laki ternyata lebih berisiko dalam berperilaku kesehatan daripada perempuan (OR = 5,363; 95% CI = 2,890 - 9,954). Hal ini sejalan dengan penelitian Dien (2007) yang menemukan bahwa laki-laki mempunyai peluang untuk berperilaku seksual berisiko 4,41 kali dibandingkan dengan perempuan (95% CI = 2,48-8,81).

Hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku seksual remaja juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan PPK-UI di Manado dan Bitung tahun 1997. Didapatkan 6% dari 400 pelajar SMU remaja putri dan 20% dari 400 pelajar SMU putra pernah melakukan hubungan seksual. Penelitian yang pernah dilakukan Jawiyah (2004) mendapatkan bahwa laki-laki lebih banyak melakukan perilaku seksual berisiko berat dibandingkan dengan perempuan. Proporsi perilaku seksual berisiko berat (risiko melakukan hubungan seksual bebas yang bisa mengakibatkan kehamilan) lebih tinggi pada laki-laki karena secara sosial laki-laki cenderung lebih bebas dibanding perempuan dan orang tua cenderung lebih protektif pada anak perempuan. Pengekspresian dorongan seks pada laki-laki (hubungan seks) terkesan lebih ditolerir dibandingkan jika hal tersebut dialami oleh kaum perempuan. (Dien, 2007).

Penelitian yang dilakukan Elizabeth (2009) melaporkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan sikap remaja terhadap hubungan seks pranikah. Laki-laki cenderung bersikap lebih permisif terhadap hubungan seks pranikah dibanding perempuan. Hasil

penelitian ini mendukung hipotesis tersebut, bahwa terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan sikap terhadap hubungan seks pranikah (nilai p 0,002 dan koefisien phi 0,403). Hasil ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Peplau et al (1977), Eaggleston et al (1999) and Early et al (2007). IY ARHS (*Indonesian Young Adult Reproductive Health survey*) 2002-2003 juga melaporkan bahwa laki-laki lebih menerima hubungan seks pranikah daripada perempuan. Shaluhayah (2006) juga melaporkan bahwa proporsi laki-laki lebih liberal lebih tinggi daripada perempuan (40 persen dan 20 persen). (Shaluhayah, 2006)

Pada umumnya masyarakat Indonesia menerapkan *double standard* dalam hal perilaku seksual antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki diperbolehkan mencari pengalaman seksual sebelum dan diluar nikah, sementara perempuan harus menghindari perilaku semacam itu. Norma-norma seksualitas yang ada didominasi oleh norma-norma maskulinitas yang menekankan pada kesenangan seksual (*sexual pleasure*) laki-laki, kemampuan seksual (*sexual powemess*) dan mendorong laki-laki untuk mempunyai lebih dari satu pasangan seks (*multiple partners*). (Hidayana, 2004).

Norma sosial semacam ini dikonstruksi dan disosialisasikan di masyarakat untuk mendefinisikan bagaimana laki-laki dan perempuan harus bertindak atau sering disebut sebagai peran gender. Sejak lahir, manusia sudah diperkenalkan dengan berbagai macam atribut yang berkaitan dengan perbedaan jenis

kelamin baik dari wama pakaian, jenis permainan dan perilaku tertentu yang merujuk pada feminitas dan maskulinitas. Sumber informasi tersebut sering mendefinisikan lakilaki sebagai seorang yang lugas, pemberani, rasional, dan mempunyai pekerjaan yang map an. Sedangkan perempuan digambarkan sebagai sosok yang sub-ordinat, emosional, mempunyai pekerjaan yang berstatus rendah dan tidak mandiri. Pendefinisian peran lakilaki dan perempuan ini mempengaruhi pola asuh orang tua, kegiatan anak dan jenis pertemanan dengan sebaya yang pada akhirnya membentuk sikap remaja terhadap hubungan seks pranikah. Hasil studi kasus dapat diketahui bahwa kontrol orang tua terhadap anaknya berbeda antara responden laki-laki dan perempuan. Memasukan issue gender di dalam upaya menurunkan perilaku berisiko umumnya, atau program kesehatan reproduksi khususnya, merupakan peluang untuk menekankan pentingnya keseimbangan peran dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan. Me lib atkan laki-laki dalam program dan diskusi kesehatan reproduksi akan berdampak sangat positif, karena selama ini masalah kesehatan reproduksi dianggap urusan perempuan. Hal ini tentunya akan memberikan dampak yang positif pula pada upaya penurunan perilaku berisiko pada akhirnya. (9)

Konsep gender menj adi penting dalam kaitannya dengan kesehatan terutama bagi kepentingan kaum perempuan. Selama ini perempuan banyak dirugikan dan sulit memperoleh akses, partisipasi, kontrol terhadap hak-hak reproduksinya sendiri. Akibat ketidakadilan ini perempuan termarginalkan dalam mendapatkan derajat kesehatan optimal. Perempuan Indonesia masih belum optimal dapat mengontrol kesehatannya sendiri termasuk hak-hak reproduksinya. Selain itu peran perempuan dalam sektor publik dan politik masih rendah. Ketergantungan perempuan terhadap laki-laki dalam beberapa hal masih tinggi (potensi untuk menerima kekerasan), perempuan dalam konstruksi so sial dituntut untuk penurut, pas if, sabar, setia sementara laki-laki bersikap dominan, agresif, pengambil inisiatif dalam relasi seksual dan memiliki

banyak pasangan adalah dianggap wajar. Pandangan (stereotip) bahwa domain perempuan hanya di sektor domestik masih kuat, hal inilah yang menyebabkan sulitnya mendapatkan akses, partisipasi, manfaat dan kontrol terhadap segala sesuatu diluar lingkup domestik. Kontrol terhadap perilaku seksual baik perempuan itu sendiri maupun pasangannya masih lemah. Semua hal tersebut berakibat negatif terhadap kesehatan perempuan sepanjang siklus hidupnya sehingga sulit memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Ditambah lagi peran ganda perempuan yaitu peran produktif (peran yang menghasilkan uang) , peran reproduktif (peran yang berhubungan dengan rumah tangga dan mensejahterakan keluarga termasuk hamil dan merawat anak) dan peran di masyarakat (ikut serta dalam kegiatan masyarakat). Peran-peran inilah yang menyebabkan perempuan harus bekerja keras setiap hari yang tentu saja mempengaruhi kesehatannya. Namun seringkali peran perempuan tersebut dianggap sesuatu yang bias a atau alami padahal hal ini mempunyai pengaruh yang cukup serius terhadap kesehatan perempuan.

(9)

Deklarasi Beijing menekankan bahwa pembagian peran dan tanggung jawab yang sarna antara laki-laki dan perempuan penting artinya untuk menjamin kesejahteraan mereka, keluarga, masyarakat dan kesejahteraan bangsa. Dalam Beijing Platform For Action (BPF A), isu tentang pembagian peran dan tanggung j awab yang sarna masuk dalam area kritis antara lain Perempuan dan Kemiskinan, Perempuan dan pendidikan, Perempuan dan kesehatan, Perempuan dan ekonomi, dan Perempuan dalam pengambilan keputusan. Pembagian tanggung j awab yang sarna antara wanita dan pria tidak hanya untuk menunjang kualitas hidup perempuan dan anak perempuan mereka menj adi lebih baik, tapi juga meningkatkan kesempatan dalam membuat dan merancang kebijakan publik, pembiayaan pembangunan yang responsif gender sehingga kebutuhan strategis gender terpenuhi. (10)

Hubungan yang bermakna juga terlihat antara tingkat pendidikan remaja dengan perilaku berisiko kesehatan remaja (OR = 0,514;

95% CI = 0,276 - 0,959). Namun hubungan ini bersifat negatif. Artinya, remaja yang berpendidikan tinggi justru lebih berisiko dalam berperilaku kesehatan daripada remaja berpendidikan rendah. Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan Saban (2003) dimana semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi perilaku berisiko HIV / AIDS. Kemungkinan ini disebabkan karena semakin tinggi pendidikan semakin dewasa seseorang sehingga semakin tinggi dorongan untuk melakukan perilaku berisiko, dalam hal ini hubungan seksual. Asumsi lain yang dapat ditengarai dari hasil ini disebabkan karena pendidikan kesehatan reproduksi belum dimasukkan dalam kurikulum sekolah.

Perilaku berisiko kesehatan remaja juga memiliki hubungan yang positif dengan status bekerja remaja (OR = 5,535; 95% CI = 2,424 - 12,635). Hal ini sejalan dengan penelitian Sarwanto (2004) yang mengatakan bahwa lama bekerja di perusahaan tersebut berpengaruh terhadap terdapatnya hubungan seksual pra-nikah pada pekerja remaja. Dengan bekerja, remaja akan berkesempatan lebih besar untuk bertemu dengan banyak orang, berkomunikasi lebih lama, bebas dan akrab dengan teman sebaya di tempat kerja, sampai dengan masalah yang sifatnya pribadi dan bermuara pada meningkatnya perilaku berisiko, misalnya dorongan seksual. Terutama yang bekerja pada jenis pekerjaan yang memang berisiko terhadap kesehatan. Seseorang *mental map* tentang obyek, tempat dan aktivitas, sehingga orang bisa mendapatkan teman yang dapat diajak berhubungan seksual. *Mental map* atau *Cogniting map* adalah struktur informasi yang dimiliki seseorang tentang lingkungan sekitarnya. *Cogniting map* ini dapat memotivasi tingkah laku (Kaplan, 1988). Jenis pekerjaan tertentu juga dapat mempengaruhi seseorang untuk melakukan kegiatan berisiko terhadap kesehatan, misal supir truk antar kota berpeluang lebih besar untuk melakukan hubungan seksual dengan PSK (Depkes 2007).

Orang tua yang memiliki kebiasaan minum alkohol mempunyai korelasi yang positif terhadap perilaku berisiko kesehatan remaja (OR = 4,112; 95% CI = 1,807 - 9,356).

Hal ini disebabkan risiko pengembangan penyalahgunaan alkohol dipengaruhi oleh seseorang gen dan gaya hidup. Penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik mempengaruhi kerentanan individu untuk alkoholisme. Ada kemungkinan yang lebih tinggi dari anak-anak pecandu alkohol untuk memulai minum selama masa remaja dan mengembangkan alkoholisme dibandingkan dengan anak-anak non-pecandu alkohol. Namun, relatif pengaruh lingkungan dan genetika belum ditentukan dan bervariasi di antara orang-orang. Perilaku yang minum dari orang tua memainkan peranan penting dalam mendorong ke arah penyalahgunaan alkohol. Awal inisiasi minum karena keadaan keluarga telah diidentifikasi sebagai faktor risiko penting untuk nanti masalah yang berhubungan dengan alkohol. Selama tahun-tahun remaja, anak-anak membutuhkan dukungan dan bimbingan dari orang tua untuk memotivasi mereka ke arah tujuan positif dalam hidup. Ini hanya dapat dicapai melalui komunikasi yang jelas dan kedekatan antara kedua belah pihak. Kurangnya dukungan orangtua, pemantauan dan komunikasi secara signifikan telah berkaitan dengan frekuensi minum, minum dan mabuk berat di kalangan remaja. Juga kekerasan, disiplin tidak konsisten dan permusuhan atau penolakan terhadap anak-anak menyebabkan remaja minum alkohol dan masalah-masalah terkait. Sebaliknya, penelitian membuktikan bahwa anak-anak yang memiliki ikatan dekat dengan orangtua mereka dan memperingatkan tentang implikasi negatif alkohol oleh orangtua mereka pada waktu yang tepat itu kurang rentan terhadap penyalahgunaan alkohol. Juga, anak-anak mengalami trauma kekerasan fisik, pelecehan seksual, kekerasan korban dan menyaksikan kekerasan dalam atau di luar keluarga mereka menunjukkan insiden yang lebih tinggi penyalahgunaan alkohol. (11)

Korelasi yang signifikan antara tindak Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dengan perilaku berisiko (OR = 2,561; 95% CI = 1,166 - 5,622) menunjukkan bahwa orang tua adalah pelaku utama dalam tindak KDRT pada remaja, karena sebagian besar remaja masih tinggal dengan orang tua. Remaja yang mendapat tindak KDRT baik itu oleh orang

tua, saudara atau pasangan berisiko lebih besar berperilaku buruk terhadap kesehatan jiwa. Hal ini disebabkan korban merasa dirinya lemah, tidak berdaya, ketidakmandirian (baik ekonomi maupun kejiwaan), ketidakmampuan untuk bersikap dan berkomunikasi secara terbuka (asertif) (Ervita & Utami, 2002). Semua korban merasa memiliki pengalaman akan rasa malu yang dalam, terisolasi, dan perasaannya tertekan. (Peterman & Dixon, 2003). Ada fakta yang menarik bahwa remaja yang masa kecilnya sering melihat atau mengalami korban kekerasan, maka pada masa dewasa juga cenderung untuk jatuh sebagai korban kekerasan (Clay, Olsheski & Clay, 2000). Dampak KDRT terentang dari kesehatan fisik yang terganggu sampai dampak psikologis dan ekonomis. Kekerasan dalam rumah tangga terkait dengan berbagai faktor. Oleh karena itu upaya mengurangi kekerasan di dalam rumah tangga juga memerlukan tindakan integratif antara faktor-faktor yang berkaitan. Oleh karena itu perlu suatu upaya integratif dan menyeluruh untuk menghentikan kekerasan terhadap perempuan. Setidaknya upaya itu harus menyentuh tiga persoalan yakni konstruksi budaya, kesadaran masyarakat akan relasi gender yang berkeadilan dan persoalan hukum.

KESIMPULAN

Remaja laki-laki cenderung berperilaku berisiko dibanding remaja perempuan, sementara itu tingkat pendidikan tinggi cenderung berperilaku berisiko lebih besar dibandingkan remaja yang berpendidikan rendah. Remaja yang bekerja cenderung lebih berperilaku berisiko dibandingkan dengan remaja yang tidak bekerja, Orang tua remaja yang minum alkohol cenderung mempengaruhi remaja untuk berperilaku berisiko lebih besar dibandingkan dengan remaja dengan orang tua yang tidak minum alkohol. Sementara remaja yang mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) cenderung lebih berperilaku berisiko dibanding remaja yang tidak mengalami KDRT.

SARAN

Pentingnya penyebaran informasi tentang perilaku berisiko (rokok, alkohol, napza, penyakit menular seksual, perilaku seks bebas dan aborsi) dan kesehatan reproduksi yang benar, j el as dan tepat sasaran kepada remaja, tanpa memperhatikan gender. Sudah waktunya untuk menerapkan kurikulum pendidikan reproduksi utk meningkatkan pengetahuan remaja, melalui seminar tentang kesehatan reproduksi remaja di sekolah, lingkungan kantor dan lingkungan temp at tinggal. Penting pula untuk meningkatkan aktivitas remaja dengan mengikutsertakan dan melatih remaja menjadi kader kesehatan remaja atau konselor sebaya dan pendidik sebaya untuk menjadi ternan curha~ bagi remaja yang membutuhkan. Informasi tentang kesehatan reproduksi tidak hanya untuk remaja tapi juga untuk orang tua dengan cara menyelenggarakan seminar untuk orang tua tentang pola asuh anak yang baik, meningkatkan peranan orang tua dalam menj aga kehangatan dan keharmonisan dalam rumah tangga. Di samping itu perlu sosialisasi dan optimalisasi pelaksanaan UU Anti KDRT serta pengawasan dan kontrol tayangan yang disiarkan di televisi. Dan tak kalah pentingnya adalah penanganan multidimensi dan kerja sarna lintas sektor dalam penanganan masalah perilaku berisiko pada remaja, yaitu segi pendidikan, fungsi keluarga, lingkungan pergaulan, hukum/sangsi masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih saya haturkan kepada drg. Ch. M. Kristanti, MSc. yang telah memberikan banyak wawasan tentang remaja dan kesehatan reproduksi kepada saya sehingga menimbulkan ide penelitian ini yang kemudian melahirkan artikel ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. <http://himapid.blogspot.com/2009/03/perilaku-berisiko-mahasiswa.html> (access: 18/4/2010).
2. Hawari, Dadang. *Penyalahgunaan & Ketergantungan NAZA (Narkotika, Alkohol & Zat Adiktif)* Edisi Kedua. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2006.

3. Ervita & Utami, P. (2002). Memahami Gender dan Kekerasan Terhadap Perempuan. Yogyakarta: Ritka Annisa Women's Crisis Center.
4. Judith C. Becher, Juan G. Garcia, David W. Kaplan, Alberto Rizo Gil, Jaime Li, Deborah Main, Julian A. Herrera, Liliana Arias, Arnoldo Bromet. Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students. Colombia: Journal of Adolescent Health, Volume 24, Issue 3, March 1999, Pages 220-225.
5. <http://www.idai.or.id/remaja.asp>.
6. Departemen Kesehatan RI. Pencegahan penyalahgunaan NAPZA di kalangan remaja: Modul kesehatan reproduksi remaja, Jakarta: Indonesia. 1999.
7. Sabon, Simon Sili. Determinan perilaku berisiko HIV/AIDS dikalangan remaja tidak kawin usia 15-24 tahun: sebuah analisis data sekunder hasil Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) 2002-2003. <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=111943&lokasi=lokal>
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2004 - Substansi Kesehatan: Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Indonesia, 2004.
9. Hidayana, I.M. Sexualitas Laki-laki, Gender dan Kesehatan Sexual, in Seksualitas: Teori dan Realitas, I.M. Hidayana, et al. Editors. Jakarta. Pusat Gender dan Seksualitas FISIP UI. 2004: p. 209-233.
10. Shaluhiah, Z. Sexual Lifestyle and Interpersonal Relationships of University Students in Central Java Indonesia and Theirs Implication for Sexual and Reproductive Health, in Phylosophy in Medical Geography. Exeter. 2006
11. <http://www.scumdoctor.com/IndonesianIabuse/alcohol-abuse/High-Risk-Families-And-Alcohol-Abuse.htm>.
12. David W. Kaplan, MD, MPH & Kathleen, A. Mammel.MD. Interrelation of High Risk Adolescent Behavior, in "Current Pediatric Diagnosis and Treatment" William, E. Hatraway, et all (eds). Prentice Hall International. INC 1991.
13. Depkes. Rangkuman Surveilans Pria Berisiko Tinggi. Surveilans Terpadu-Biologis Perilaku. 2007.
14. Dien G. Nursal. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Murid SMU Negeri Di Kota Padang Tahun 2007. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol. III No. 2/Maret 2008-September 2008. p.175-180.
15. Elizabeth, SAW. Faktor Personal dan Sosial yang Mempengaruhi Sikap Remaja terhadap Hubungan Seks Pra-Nikah: Sebuah Studi di Lokalisasi Sunan Kuning dan Gambilangu Semarang. 2009.
16. Felly Philipus Senewe dkk. Status Kesehatan Remaja Di Indonesia, analisis lanjut data Riskesdas 2007. Puslit Ekologi dan Status Kesehatan. Badan Litbang Kesehatan. Jakarta. Depkes RI. 2009.