

PENGARUH KEHARMONISAN KELUARGA TERHADAP PERILAKU SEKSUAL BERISIKO REMAJA DI WILAYAH PERKOTAAN INDONESIA

EFFECT OF PARENTAL HARMONY ON ADOLESCENTS SEXUAL RISK BEHAVIOUR IN URBAN AREAS OF INDONESIA

Suparmi

Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat
Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan RI
Jln. Percetakan Negara No. 29, Jakarta Pusat
Telp. (021) 42872392, Faks. (021) 42872392
Pos-el: suparmi@litbang.depkes.go.id

ABSTRACT

Adolescents are at high risk for a number of negative health consequences associated with early and unsafe sexual activity. This study is aimed to analyze the effect of parental harmony on adolescents sexual risk behaviour in urban areas. There were 1,491 adolescents entered into the analysis. The result shows that adolescents who had good parental harmony relationship accounted for 66% of the reduction to had sexual risk behaviour rather than those who did not. Adolescents who had juvenile delinquency increased 3.2-fold to had sexual risk behaviour rather than who did not. Main policy implication of this finding is the importance of parental harmony relationship to reduce adolescents sexual risk behaviour.

Keywords: *Sexual risk behaviour, Parental harmony*

ABSTRAK

Remaja sangat rentan terhadap perilaku seksual berisiko yang akan berakibat negatif terhadap status kesehatan. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui pengaruh keharmonisan keluarga terhadap perilaku seksual berisiko di wilayah perkotaan. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebesar 1.491 responden. Hasil analisis menunjukkan bahwa remaja yang memiliki persepsi keluarga harmonis memiliki risiko 66% lebih rendah dibandingkan remaja yang memiliki hubungan orang tua tidak harmonis. Selain itu, remaja yang memiliki riwayat kenakalan memiliki risiko 3,2 kali lebih besar untuk melakukan perilaku seksual berisiko dibandingkan remaja yang tidak memiliki riwayat kenakalan. Implikasi kebijakan dari temuan ini adalah pentingnya hubungan orang tua yang harmonis untuk mengurangi perilaku seksual berisiko.

Kata kunci: Perilaku seksual berisiko, Hubungan orang tua harmonis

PENDAHULUAN

Permasalahan remaja saat ini sangat kompleks dan memprihatinkan. Remaja Indonesia dewasa ini tampak lebih bertoleransi terhadap gaya hidup seksual pranikah. Hal ini terlihat pada data SKRRI 2002–2003, yaitu remaja perempuan dan laki-laki usia 14–19 tahun yang mengaku mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pranikah mencapai 34,7% dan 30,9%, sedangkan remaja perempuan dan laki-laki usia 20–24 tahun yang mengaku mempunyai teman pernah melakukan hubungan seksual pranikah mencapai 48,6% dan 46,5%.¹ Pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi masih tergolong rendah. Hal ini ditunjukkan dengan masih rendahnya pengetahuan remaja perempuan dan laki-laki usia 15–24 tahun yang tahu tentang masa subur baru mencapai 29% dan 32,3%.² Remaja perempuan dan laki-laki yang mengetahui risiko kehamilan jika melakukan hubungan seksual sekali baru mencapai 49,5% dan 45,5%.² Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan perilaku seksual berisiko tidak diiringi dengan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.

Selain berbagai masalah di atas, remaja Indonesia saat ini sedang mengalami perubahan sosial yang cepat dari masyarakat tradisional menuju masyarakat modern, yang juga mengubah norma-norma, nilai-nilai, dan gaya hidup mereka. Penurunan usia *menarche* dan peningkatan usia perkawinan menyebabkan masa subur/seksual aktif pranikah pada remaja bertambah panjang. Hal ini diikuti pula dengan penurunan nilai keluarga, dan globalisasi informasi melalui media (masuknya budaya luar), situasi ini bisa meningkatkan risiko terhadap kesehatan reproduksi termasuk kesehatan seksual bagi remaja.²

Gejala sekularitas terhadap budaya seksual remaja pada kenyataannya tidak hanya terjadi di kota-kota besar. Namun, data SDKI 2007 menunjukkan bahwa perilaku seksual berisiko, yaitu hubungan seksual multipartner di wilayah perkotaan lima kali lebih besar dibandingkan wilayah perdesaan.³ Kota-kota besar memiliki mobilitas penduduk yang tinggi, akses informasi yang lebih cepat, dan lebih heterogen dibandingkan wilayah perdesaan ataupun kota kecil.

Masalah pada remaja umumnya disebabkan oleh faktor perilaku dan lingkungan. Orang tua merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku remaja, seperti keterlibatan orang tua, komposisi keluarga, dan kualitas hubungan antarkeluarga.⁴ Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa remaja yang tinggal dengan orang tua tunggal atau orang tua tiri cenderung memiliki perilaku berisiko dibandingkan remaja yang tinggal dengan kedua orang tua biologisnya. Selain itu, remaja sangat rentan terhadap berbagai gangguan fungsi *psychosocial*, seperti perilaku seksual berisiko, kekerasan/*physical violence*, kenakalan remaja/*juvenile delinquency*, stres/depresi, rokok, minuman beralkohol, dan penyalahgunaan obat.⁵ Berbagai masalah perilaku berisiko tersebut bisa saling berkaitan atau masalah yang satu berakibat pada masalah perilaku berisiko lainnya. Berbagai hal tersebut mengakibatkan peningkatan kerentanan remaja terhadap berbagai macam penyakit, terutama yang berhubungan dengan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk ancaman yang meningkat terhadap HIV/AIDS.⁵

Oleh karena itu, sangat penting dilakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh keharmonisan keluarga terhadap perilaku seksual berisiko remaja. Dengan diketahuinya hubungan tersebut, diharapkan dapat digunakan sebagai pendukung kebijakan pencegahan sedini mungkin terjadinya permasalahan perilaku seksual berisiko pada remaja terutama di wilayah perkotaan.

METODE PENELITIAN

Populasi dan Sampel

Penelitian ini merupakan penelitian nonintervensi dengan rancangan survei potong lintang (*cross sectional*) yang dilakukan di lima kota besar, yaitu DKI Jakarta, Bandung, Surabaya, Medan, dan Makassar. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni–Desember tahun 2009. Populasi penelitian adalah remaja berusia 1–24 tahun, baik laki-laki maupun perempuan di wilayah perkotaan.^{6, 7} Sampel penelitian adalah responden 1–24 tahun yang mewakili Kota Jakarta, Bandung, Surabaya, Medan, dan Makassar.

Perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus besar sampel uji hipotesis beda proporsi. Hasil perhitungan besar sampel dikalikan dua sebagai *design effect* (DEF). Besar sampel minimal di tiap-tiap kota adalah 282 orang, untuk mempermudah pengambilan data dan mengantisipasi adanya *drop out* maka besar sampel dibulatkan menjadi 300 responden. Dengan demikian, keseluruhan besar sampel untuk lima kota tersebut adalah 1.500 responden. Akan tetapi, dari keseluruhan sampel tersebut hanya 1.491 responden yang dapat dikumpulkan. Hal ini disebabkan ada beberapa responden yang menolak untuk diwawancara sehingga proses analisis dalam penelitian ini dilakukan pada 1.491 responden tersebut.

Cara pengambilan sampel di tiap kota dilakukan dengan beberapa tahap. Tahap pertama adalah membuat daftar semua puskesmas di tiap tiap wilayah kemudian dipilih sepuluh puskesmas secara acak. Selanjutnya, dari tiap puskesmas terpilih dibuat *listing* RW dalam wilayah kerjanya kemudian dipilih secara acak satu RW. Pada RW yang terpilih dibuat *listing* atau daftar semua remaja usia 1–24 tahun oleh kader kesehatan dibantu oleh petugas RW terkait. Berdasarkan daftar tersebut, kemudian dipilih sampel sebanyak 30 responden secara acak. Remaja terpilih tersebut akan dilakukan kunjungan rumah oleh petugas pewawancara.

Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur yang dilakukan oleh enumerator. Enumerator untuk wilayah Bandung, Surabaya, Medan, dan Makassar direkrut melalui dinas kesehatan dengan kriteria pendidikan minimal D-3 kesehatan, sedangkan enumerator di wilayah Jakarta direkrut dari staf badan litbangkes. Jumlah enumerator pada tiap wilayah sebanyak empat orang. Setelah data dikumpulkan oleh enumerator, peneliti melakukan pemeriksaan kelengkapan isian kuesioner di lapangan dari hasil wawancara.

Manajemen dan Analisis Data

Sebelum dilakukan analisis data diperlukan pemeriksaan identitas dan pemberian nomor kuesioner yang telah diterima dari lapangan.

Pemeriksaan juga dilakukan pada kelengkapan isian kuesioner. Kuesioner siap dientri dalam program entri terkomputerisasi. Setelah data masuk program terkomputerisasi, dilakukan pengecekan terhadap data hasil entri sehingga validitas data terjamin. Kemudian jika data siap olah, dilakukan pengategorian variabel sesuai dengan definisi operasional

Analisa data dilakukan dengan bantuan perangkat lunak Stata versi 12.0. Analisis regresi-logistik ganda menggunakan metode *backward*⁸ dengan tingkat kepercayaan 95% digunakan untuk mengetahui pengaruh kenakalan remaja terhadap perilaku seksual berisiko dikontrol oleh variabel-variabel lain yang terkait, yaitu gangguan mental emosional, akses media, persepsi keluarga harmonis, kebiasaan bolos sekolah, dan faktor sosial demografi (tingkat pendidikan, umur, dan jenis kelamin).

Definisi Operasional

Penelitian ini menggunakan variabel-variabel yang dikategorikan dan disusun berdasarkan kerangka teori *Interrelation of High Risk Adolescent Behavior*.⁹ Teori tersebut berdasarkan pada pendapat bahwa perilaku berisiko remaja dipengaruhi oleh gangguan fungsi emosi, fungsi sosial, fungsi keluarga, dan kesehatan fisik. Berdasarkan teori tersebut, dilakukan analisis pengaruh kenakalan remaja terhadap perilaku seksual berisiko yang dikontrol oleh variabel-variabel lain yang terkait, yaitu gangguan mental emosional, akses media, persepsi keluarga harmonis, kebiasaan bolos sekolah, dan faktor sosial demografi (tingkat pendidikan, umur, dan jenis kelamin).

Adapun variabel-variabel tersebut didefinisikan sebagai berikut. Perilaku seksual berisiko yang dimaksud dalam penelitian ini adalah remaja yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Kenakalan remaja adalah aktivitas keseharian responden yang menunjukkan perilaku yang dapat menunjukkan gejala patologis sosial pada remaja yang disebabkan oleh satu bentuk pengabaian sosial. Responden dikategorikan nakal apabila pernah melakukan aktivitas mencoret-coret tembok, berkelahi secara fisik, atau pernah ditahan/dipenjara.

Kesehatan mental emosional dinilai dengan *selfreporting questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 pertanyaan.¹⁰ Responden dikatakan mengalami gangguan kesehatan mental emosional apabila menjawab minimal enam atau lebih jawaban “ya”. Akses media adalah kebiasaan responden untuk mendapatkan informasi tentang penundaan usia perkawinan, bagaimana mencegah kehamilan/KB, HIV/AIDS, infeksi menular seksual (IMS), iklan/penerangan kondom, narkoba, dan minuman keras. Responden dikatakan pernah mengakses media apabila menjawab minimal satu jawaban ya” pada media artikel, radio, atau televisi. Keluarga harmonis yang dimaksud dalam penelitian ini adalah persepsi responden tentang keharmonisan hubungan ayah dengan ibu atau wali laki-laki dengan wali perempuan. Umur responden dikategorikan menjadi tiga kelompok, yaitu 1–13 tahun, 1–17 tahun, dan 1–24 tahun.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil pengumpulan data dengan kuesioner terstruktur diketahui bahwa proporsi responden perempuan adalah sebesar 53% dan laki-laki 47. Hal ini menunjukkan bahwa proporsi responden laki-laki dan perempuan hampir sebanding. Adapun rerata dari usia responden adalah 16 tahun, dengan proporsi terbesar pada kategori umur 1–24 tahun, yaitu sebesar 39,6%. Sebagian besar responden berpendidikan dasar (69,3%). Berdasarkan pola karakteristik sosial-demografi pada sampel mengindikasikan bahwa walaupun usia responden seharusnya telah menginjak pendidikan lanjut, sebagian besar memiliki pendidikan dasar. Hal ini menunjukkan banyaknya responden yang putus sekolah pada tahap pendidikan dasar (Tabel 1).

Tabel 1. Analisis Univariat Karakteristik Responden

Variabel	n	%
Pendidikan		
Belum tamat SD/tamat SD/SLTP	1.032	69,3
Tamat SLTA/PT	457	30,7
Umur		
10–13 tahun	506	33,9
14–17 tahun	395	26,5

18–24 tahun	590	39,6
Jenis kelamin		
Perempuan	790	53,0
Laki-laki	701	47,0
Status perkawinan		
Belum kawin	1.409	94,5
Kawin	82	5,5
Perilaku seksual		
Tidak berisiko	1.465	98,3
Berisiko	26	1,7
Kenakalan remaja		
Tidak	955	64,1
Ya	536	35,9

Dalam hal status perkawinan, data menunjukkan bahwa hampir semua responden belum menikah (94,5%) dan hanya 5,5% responden telah menikah. Berdasarkan Tabel 2, sebesar 19,2% responden menyatakan telah melakukan hubungan seksual, tetapi memiliki status belum menikah. Saling cinta (42,1%) merupakan alasan utama melakukan hubungan seksual sebelum menikah. Hal ini dapat terlihat pada Tabel 3. Selain itu, usia paling muda pada remaja yang melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah 12 tahun, dengan alasan penasaran/ingin tahu.

Tabel 2. Karakteristik Responden yang Telah Berhubungan Seks

Variabel	Pernah Berhubungan Seks	
	n	%
Status perkawinan		
Belum kawin	19	19,2
Kawin	80	80,8
Umur		
10–13 tahun	1	1,0
14–17 tahun	10	10,1
18–24 tahun	88	88,9
Total	99	100,0

Tabel 3. Alasan Melakukan Hubungan Seksual Sebelum Menikah

Alasan	n	%
Saling cinta	8	42,1
Terjadi begitu saja	1	5,3
Penasaran/ingin tahu	2	10,5

Diperkosa	1	5,3
Ingin/akan menikah	1	5,3
Ikutan teman	1	5,3
Lain-lain	5	26,3
Total	19	100,0

Berdasarkan hasil pada Tabel 3, salah satu alasan melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah penasaran/ingin tahu. Hal ini menunjukkan pentingnya informasi terkait dengan perilaku seksual berisiko kepada remaja. Selain itu, alasan lain dalam melakukan hubungan seksual sebelum menikah adalah ikutan teman. Hal ini menunjukkan pentingnya teman sebaya sebagai contoh atau *role model* sehingga upaya intervensi perilaku seksual berisiko salah satunya dapat dilakukan melalui teman sebaya.

Perilaku Seksual Berisiko

Secara keseluruhan, remaja yang memiliki perilaku seksual berisiko sebesar 1,7% (Tabel 1). Temuan ini lebih rendah jika dibandingkan negara lain, seperti Thailand (31%), Filipina (13%), Taiwan (10%), dan Hongkong (15%).¹¹

Umur pertama kali melakukan hubungan seksual terbanyak pada kelompok 18–24 tahun (76% responden). Mengingat bahwa rentang usia remaja di sekolah menengah atas (SMA) adalah 16–18 tahun, hal ini menunjukkan bahwa hubungan seksual pertama mereka kebanyakan terjadi setelah lepas dari sekolah menengah atas.

Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Faktor yang Berpengaruh terhadap Perilaku Seksual Berisiko

Variabel	Perilaku Seksual Berisiko				Rasio Odds Kasar	95% CI	P
	Tidak		Ya				
	n	%	n	%			
Kenakalan remaja							
Tidak	944	98,8	11	1,2	1,00	Referensi	
Ya	521	97,2	15	2,8	2,47	1,13–5,40	0,024
Gangguan mental emosional							
Tidak bermasalah	863	99,2	7	0,8	1,00	Referensi	
Bermasalah	602	96,9	19	3,1	3,89	1,63–9,31	0,002
Akses media							
Tidak pernah	891	98,8	11	1,2	1,00	Referensi	
Pernah	574	97,5	15	2,5	2,12	0,96–4,64	0,061
Keluarga harmonis							
Tidak	146	96,1	6	3,9	1,00	Referensi	
Ya	1.319	98,5	20	1,5	0,37	0,15–0,93	0,035
Kebiasaan bolos sekolah							
Tidak pernah	748	99,2	6	0,8	1,00	Referensi	
Pernah	716	97,4	19	2,6	3,31	1,31–8,33	0,011
Pendidikan							
Belum tamat SD/tamat SD/SLTP	1.016	98,4	16	1,6	1,00	Referensi	
Tamat SLTA/PT	448	98,0	9	2,0	1,28	0,56–2,91	0,563
Umur							
10–13 tahun	505	99,8	1	0,2	1,00	Referensi	
14–17 tahun	390	98,7	5	1,3	6,47	0,75–55,64	0,089
18–24 tahun	570	96,6	20	3,4	17,72	2,37–132,50	0,005
Jenis kelamin							
Perempuan	780	98,7	10	1,3	1,00	Referensi	
Laki-laki	685	97,7	16	2,3	1,82	0,82–4,04	0,140

Tabel 2 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan ($p>0,05$) proporsi perilaku seksual berisiko menurut akses media, tingkat pendidikan, ataupun jenis kelamin. Oleh sebab itu, ketiga variabel tersebut tidak masuk analisis multivariat. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa media sangat berpengaruh terhadap perilaku remaja, hal ini disebabkan media memberikan berbagai informasi yang sangat mudah diadaptasi oleh remaja.¹² Akan tetapi, penelitian ini tidak dapat menunjukkan pengaruh media terhadap perilaku seksual berisiko. Hal ini kemungkinan disebabkan semakin sedikitnya informasi terkait kesehatan reproduksi remaja di media koran, radio ataupun televisi. Remaja lebih banyak mendapatkan informasi terkait dengan kesehatan reproduksi remaja melalui media internet. Dalam penelitian ini, media internet tidak dimasukkan ke pertanyaan.

Hasil analisis regresi logistik ganda menunjukkan bahwa variabel-variabel yang memengaruhi terjadinya perilaku berisiko pada remaja adalah kenakalan remaja, persepsi keluarga harmonis, dan umur responden. Remaja yang memiliki riwayat kenakalan memiliki risiko 3,2 kali untuk melakukan perilaku seksual berisiko dibandingkan remaja yang tidak memiliki riwayat kenakalan. Kenakalan remaja memiliki konsep yang cukup luas, mulai dari pelanggaran kecil

sampai pada tindakan kejahatan atau pelanggaran hukum yang serius. Secara teoretis, kenakalan remaja berhubungan dengan perilakunya di rumah, lingkungan ataupun interaksi dengan teman sebaya.¹²

Hasil analisis menunjukkan bahwa remaja yang memiliki persepsi keluarga harmonis memiliki risiko 66% lebih rendah untuk melakukan aktivitas seksual berisiko dibandingkan remaja yang memiliki hubungan orang tua tidak harmonis. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga, komunikasi, dan pengawasan orang tua dapat menurunkan risiko untuk melakukan aktivitas seksual berisiko di kalangan remaja.^{13,14} Hal ini kemungkinan disebabkan remaja akan merasa terlindungi ketika mereka merasa memiliki hubungan yang dekat dengan orang tua dan mereka terlibat dalam kehidupan remaja.¹⁵ Semakin banyak perhatian dan kehadiran orang tua di rumah akan menurunkan risiko perilaku seksual berisiko.⁴ Demikian pula dengan kedekatan antara remaja dan orang tua yang meliputi rasa nyaman, dicintai, dan perhatian dari orang tua. Dengan demikian, sangat penting untuk memperkenalkan program kesehatan reproduksi remaja, baik di sekolah maupun lingkungan sosial, dengan melibatkan peran aktif orang tua.

Tabel 5. Hasil Analisis *Multivariate* Regresi Logistik Ganda Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Perilaku Seksual Berisiko

Variabel	Baik		Buruk		Rasio Odds	95% CI	p-value
	n	%	Rasio Odds	%			
Kenakalan remaja							
Tidak	944	98,8	11	1,2	1,00	Referensi	
Ya	521	97,2	15	2,8	3,20	1,44–7,12	0,004
Keluarga harmonis							
Tidak	146	96,1	6	3,9	1,00	Referensi	
Ya	1.319	98,5	20	1,5	0,34	0,13–0,88	0,027
Umur							
10–13 tahun	505	99,8	1	0,2	1,00	Referensi	
14–17 tahun	390	98,7	5	1,3	7,59	0,88–65,53	0,065
18–24 tahun	570	96,6	20	3,4	23,79	3,14–179,9	0,002

KESIMPULAN DAN SARAN

Keharmonisan keluarga, kenakalan remaja, dan usia berpengaruh terhadap perilaku seksual berisiko remaja di lima kota besar Indonesia. Perilaku seksual berisiko dapat merusak generasi muda, yang pada akhirnya dapat merusak masa depan bangsa. Oleh sebab itu, perlu upaya pencegahan dalam hal ini menurunkan kenakalan remaja dan perlu memperhatikan faktor-faktor pemicu ataupun pengendali perilaku seks berisiko lainnya, yaitu hubungan keluarga yang harmonis.

Implikasi kebijakan berdasarkan hasil penelitian ini adalah pentingnya program kesehatan reproduksi remaja yang melibatkan secara aktif orang tua. Intervensi berbasis keluarga memiliki potensi untuk menciptakan hubungan yang harmonis antara orang tua dan remaja yang pada akhirnya dapat menurunkan perilaku seksual berisiko pada remaja.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada drg. Ch. M. Kristanti selaku ketua pelaksana penelitian yang telah memberikan izin untuk melakukan analisis data. Selain itu, ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Badan Litbang Kesehatan Kemenkes RI atas dukungan dana sehingga penelitian ini dapat terlaksana. Terakhir, ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota Bandung, Surabaya, Medan, dan Makassar, serta suku dinas DKI Jakarta yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- ¹Badan Pusat Statistik (BPS). 2003. *Laporan SKRRI Tahun 2002-2003*. Jakarta: BPS.
- ²Felly Senewe dkk. 2008. *Status Kesehatan Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- ³Badan Pusat Statistik (BPS). 2008. *Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2007*. Jakarta: BPS.

- ⁴Pearson J., Muller C., dan Frisco M. 2006. Parental Involvement, Family Structure, and Adolescent Sexual Decision Making. *Sociological Perspectives*. 49(1):67–90.
- ⁵World Health Organization (WHO). 2011. Young People: Health Risks and Solution (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>, diakses pada tanggal 28 November 012).
- ⁶L. StL. and dan ck, E. 1995. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*. New Orleans: Tulane University press.
- ⁷The American Psychological Association. 2002. *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. Washington.
- ⁸Hosmer r.WD. and S. Lemeshow. 1989. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons Press.
- ⁹Kap D.W. and dan Kahleen A, Mammel. *Interrelation of High Risk Adolescent Behavior*.
- ¹⁰Division of Mental Health World Health Organization (WHO). 1994. *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire*. Geneva: WHO.
- ¹¹Xenos, P., Sulistinah A., dan Lin H. dkk. 2001. *The Timing of Union Formation and Sexual Onset: Asian Evidence from Young Adult Reproductive Health Survey*. Hawaii: East-West Center Working Papers Population Series.
- ¹²World Health Organization (WHO). 2004. *World Youth Report 2003: The global situation of young people*. New York: United Nations.
- ¹³Ond K., A.M. and Geckova, an D. Klein. 2013. "Mother's and father's monitoring is more important than parental social support regarding sexual risk behaviour among 15-year-old adolescents". *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Car*. 18(2): 95–103.
- ¹⁴Nappi, C.M., Thakral C., Kapungu C., Donenberg G.R., DiClemente R., dan Brown L.; Project STYE Study Group. 2009. Parental Monitoring as a Moderator of the Effect of Family Sexual Communication on Sexual Risk Behavior Among Adolescents in Psychiatric Care. *AIDS Behav*. 13(5): 1.012–1.0-20.
- ¹⁵m, R. dan and Rinehart, P. 1997. *Reducing the Risk: Connections That Make a Difference in the Lives of Youth*. Minneapolis: University of Minnesota, Division of General Pediatrics, Adolescent Health.

