

PERILAKU SEKSUAL BERISIKO PADA REMAJA MENGAKSES DAN TIDAK MENGAKSES PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR) SURAKARTA INDONESIA

Wardhatul Livia

Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta
e-mail: wardhatullivia98@gmail.com

Izzatul Arifah

Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta
e-mail: izzatularifah@gmail.com

ABSTRAK

Perilaku Seksual Berisiko menjadi dampak buruk yang dilakukan remaja akibat rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi. PKPR merupakan salah satu program dari dinas kesehatan dan puskesmas yang memperhatikan kebutuhan remaja terutama kesehatan reproduksi. Akses pada program pelayanan kesehatan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku seksual berisiko remaja. Penelitian bertujuan membandingkan perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses dan yang tidak mengakses PKPR sebagai dampak dari pelaksanaan PKPR. Jenis penelitian adalah dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian sebanyak 4.266 remaja di 6 SMP dan 3 SMA/ SMK merupakan sekolah binaan di wilayah kerja Puskesmas Sangkrah dan Puskesmas Kratonan Kota Surakarta Indonesia. Sampel penelitian adalah 162 remaja yang mengakses PKPR di dalam gedung maupun di luar gedung menggunakan teknik *total sampling* dengan 162 remaja yang tidak mengakses di sekolah yang sama menggunakan teknik *proportional random sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner yang sudah valid dan reliabel. Analisis statistik menggunakan uji *Mann Whitney* pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Kesimpulan adalah ada perbedaan perilaku seksual berisiko ($p=0,011$) pada remaja yang mengakses PKPR dengan remaja yang tidak mengakses PKPR. Saran penelitian adalah program PKPR dapat berkelanjutan untuk mencegah perilaku seksual berisiko pada remaja.

Kata Kunci: Perilaku Seksual Berisiko, Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Puskesmas

Pendahuluan

Perilaku seksual pranikah remaja merupakan perilaku seksual berisiko (Sumiatin, 2017). Hasil penelitian Sumiatin menunjukkan terdapat 60% remaja yang berperilaku seksual buruk. Bentuk perilaku seksual berisiko yang dilakukan oleh remaja meliputi berpacaran, berpelukan, oral seks, melihat video porno, masturbasi atau onani (Rahmawati, 2017). Berdasarkan data SDKI 2012 dan 2017 menunjukkan adanya

kenaikan prevalensi remaja yang pernah melakukan hubungan seksual sebesar 0,7% menjadi 1,3% untuk remaja perempuan dan 3,5% menjadi 4,5% untuk remaja laki-laki dengan mayoritas terjadi saat berpacaran.

Dampak dari perilaku seksual berisiko adalah berakhir pada kehamilan tidak diinginkan yang berujung aborsi, serta timbulnya penyakit menular seksual (Kemenkes, 2015). Data SDKI (2017) menunjukkan jumlah kelahiran pada usia 15-19 tahun sebesar 3,6% remaja. Sedangkan berdasarkan survei yang dilakukan Ditjen PP dan PL, Kemenkes RI (2016) persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok usia 20-29 tahun sebesar 31,4%. Sementara itu, untuk usia remaja 15-18 tahun sebesar 2,7%.

Remaja yang mengakses informasi kesehatan reproduksi mendapat manfaat 1,4 kali lebih besar dibanding yang tidak mengakses (Rohmayanti, 2015). Oleh karena itu, pentingnya peran pemerintah untuk menjamin agar remaja dapat memperoleh edukasi, informasi, dan layanan terutama mengenai kesehatan remaja agar mampu berperilaku hidup sehat dan bertanggung jawab (Notoatmojo, 2010). Peran tersebut dapat dilakukan dengan adanya kerjasama antara pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Berdasarkan PP Nomor 61 Tahun 2014 menyatakan bahwa perlu adanya pelayanan kesehatan reproduksi remaja sebagai kegiatan yang ditujukan untuk remaja dalam rangka menjaga kesehatan reproduksi (Pemerintah RI, 2014). PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) menjadi salah satu bentuk upaya yang dilakukan pemerintah dalam menjaga dan memelihara kesehatan remaja. Pendekatan ini bertujuan agar puskesmas sebagai pelaksana kegiatan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif baik dari kesehatan reproduksi maupun kesehatan lainnya sehingga dapat merubah perilaku buruk remaja (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan angket yang telah diisi oleh 30 remaja di wilayah Puskesmas Sangkrah dan Kratonan mendapatkan hasil bahwa, terdapat 73% telah berpacaran dengan awal berpacaran mayoritas sebelum umur 15 tahun. Bentuk perilaku seksual berisiko lainnya juga pernah dilakukan seperti meraba atau memegang bagian sensitif teman atau pacar sebesar 20%, melakukan oral seks sebesar 10%, berpelukan dengan lawan jenis sebesar 33,3%, menonton video porno dengan mayoritas sejak SMP sebesar 43,3%, melakukan onani atau masturbasi sebesar 20%, bahkan terdapat 6,7% melakukan hubungan seksual dengan saudara dan teman sesama jenis.

Oleh karena itu, peneliti ingin menganalisis perbandingan tentang perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses dan yang tidak mengakses PKPR di wilayah kerja Puskesmas Sangkrah dan Puskesmas Kratonan Kota Surakarta.

Subjek dan Metode

Jenis penelitian adalah studi komparasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian sebanyak 4.266 remaja di 6 SMP dan 3 SMA/ SMK yang menjadi sekolan binaan di wilayah kerja Puskesmas Sangkrah dan Puskesmas Kratonan Kota Surakarta. Sampel penelitian adalah perbandingan dari 162 remaja yang mengakses PKPR di dalam maupun di luar gedung.

Teknik *total sampling* dengan 162 remaja yang tidak mengakses di sekolah yang sama menggunakan teknik *proportional random sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuisioner yang sudah valid dan reliabel. Analisis statistik menggunakan uji *Mann Whitney* pada tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

Hasil

Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	Akses		Tidak Akses	
	n	%	n	%
Pendidikan				
SMP/ MTs	50	30,9	78	48,1
SMA/ SMK	112	69,1	84	51,9
Umur				
12	0	0	3	1,9
13	20	12,3	38	23,5
14	26	16	33	20,4
15	24	14,8	26	16
16	58	35,8	40	24,7
17	30	18,5	22	13,6
18	4	2,5	0	0
Jenis Kelamin				
Laki-laki	33	20,4	50	30,9
Perempuan	129	79,6	112	69,1
Jumlah	162	100	162	100

Tabel 1. menunjukkan bahwa tingkat pendidikan diketahui bahwa mayoritas remaja yang mengakses adalah SMA/ SMK sebesar 69,1% dan juga untuk remaja yang tidak

mengakses sebesar 51,9%. Selain itu, untuk kelompok umur remaja yang mengakses dan tidak mengakses mayoritas adalah remaja berumur 16 tahun sebesar 3,8% dan sebesar 24,7%. Sedangkan untuk karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin mayoritas adalah perempuan sebanyak 79,6%.

Analisis Univariat

Sumber Akses PKPR

Sumber akses remaja yang mengakses PKPR melalui dua sumber antara lain yaitu petugas PKPR (pelatihan kader kesehatan) dan konselor sebaya (remaja yang mengikuti pelatihan kader kesehatan).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Sumber Akses PKPR

Sumber Akses PKPR	n	%
Petugas PKPR	37	22,8
Konselor Sebaya	125	77,2

Tabel 2. dapat diketahui bahwa mayoritas remaja yang mengakses PKPR dari konselor sebaya sebesar 77,2% sedangkan dari petugas PKPR sebesar 22,8% remaja. Konselor sebaya merupakan teman sebaya yang sudah diberikan pelatihan dari petugas PKPR untuk menyampaikan kembali kepada teman-temannya. Berdasarkan hasil wawancara sumber akses PKPR lebih banyak dari konselor sebaya dikarenakan remaja lebih nyaman apabila bertanya kepada temannya daripada kepada orang yang lebih dewasa seperti petugas PKPR.

Skor perilaku seksual berisiko

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Skor Perilaku Seksual Berisiko

Skor Perilaku Seks Berisiko	Kelompok	
	Mengakses PKPR	Tidak Mengakses PKPR
Minimal	0	0
Maksimal	16	29
Median	3	4

Tabel 3. terdapat perbedaan frekuensi perilaku seksual berisiko antara remaja yang mengakses PKPR dan yang tidak mengakses PKPR dengan skor maksimal 16 dan 29.

Perilaku seksual berisiko

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Remaja yang melakukan Bentuk Perilaku Seksual Berisiko.

Perilaku seksual berisiko	Akses		Tidak Akses		N
	n	%	n	%	
Ya	124	76,5	133	82,0	257
Tidak	38	23,5	29	17,9	67

Tabel 4. terdapat 257 remaja yang melakukan bentuk perilaku seksual berisiko. Berikut bentuk perilaku seksual berisiko yang dilakukan remaja yang mengakses dan yang tidak mengakses PKPR.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Bentuk Perilaku Seksual Berisiko yang Dilakukan Remaja

Bentuk perilaku seksual berisiko	Akses		Tidak Akses	
	n	%	n	%
Berpacaran	116	71,6	122	75,3
Umur awal berpacaran				
<12	17	10,5	11	6,8
12-15	84	51,9	101	62,3
16-19	14	8,6	9	5,6
Berpegang tangan	37	22,8	39	24,1
Berpelukan	9	5,6	18	11,1
Meraba/ memegang bagian sensitif lawan jenis	0	0	7	4,3
Berciuman	8	4,9	24	14,8
Bibir	1	0,6	4	2,5
Dahi/ pipi	10	6,2	23	14,2
Leher	0	0	1	0,6
Memegang alat kelamin dengan sengaja lawan jenis				
Pacar	0	0	1	0,6
Teman	0	0	4	2,5
Onani/ Masturbasi	1	0,6	8	4,9
Melihat gambar pakaian minim, sejak:`	40	24,7	42	25,9
SD	9	5,6	7	4,3
SMP	26	16,0	28	17,3
SMA	5	3,1	7	4,3

Melihat video porno, sejak:	32	19,8	21	13,0
Sebelum SD	1	0,6	0	0
SD	7	4,3	3	1,9
SMP	18	11,1	10	6,2
SMA	6	3,7	8	4,9

Berdasarkan tabel tersebut, dapat diketahui bahwa terdapat berbagai perbedaan yang signifikan mengenai bentuk perilaku seksual berisiko antara remaja yang mengakses PKPR dengan yang tidak mengakses PKPR. Bentuk perilaku seksual berisiko paling banyak dilakukan oleh remaja yang tidak mengakses PKPR daripada remaja yang mengakses PKPR seperti perilaku berpacaran, berpegang tangan, berpelukan, meraba atau memegang bagian sensitif lawan jenis, onani atau masturbasi, melihat gambar dengan pakaian minim, dan menonton video porno. Perilaku seksual berisiko yang paling banyak dilakukan dari yang ringan ialah berpacaran sebesar 238 remaja sampai melihat gambar pakaian minim sebesar 82 remaja.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Perbandingan Perilaku Seksual berisiko Selama Hidup dan dua Tahun Terakhir yang Dilakukan Remaja yang Mengakses PKPR.

Bentuk Perilaku Seksual berisiko	Selama Hidup		2 tahun Terakhir	
	n	%	n	%
Berpegangan tangan	71	43,8	37	22,8
Berpelukan	14	8,6	9	5,6
Meraba/ memegang bagian sensitif lawan jenis	3	1,9	0	0
Berciuman	13	8	8	4,9
Memegang alat kelamin dengan senggaja lawan jenis	1	0,6	0	0
Onani/ Mastrurbasi	2	1,2	1	0,6
Melihat gambar porno	89	54,9	40	24,7
Melihat video porno	54	33,3	32	19,8

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa terdapat perubahan bentuk perilaku seksual berisiko remaja yang mengakses sebelum mengakses PKPR dan sesudah mengakses PKPR/ dua tahun terakhir.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis perbedaan perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses PKPR dengan yang tidak mengakses PKPR. Pengujian hipotesis pada penelitian ini menggunakan uji *Mann Whitney* dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 7. Analisis Bivariat Perbedaan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja yang Mengakses dengan Remaja yang Tidak Mengakses PKPR.

Skor Perilaku Seks Berisiko	Kelompok		<i>p-Value</i>
	Mengakses PKPR	Tidak Mengakses PKPR	
Min	0	0	
Maks	16	29	0,011
Med	3	4	
Mean Rank	149,45	175,55	

Berdasarkan tabel uji statistik diatas, dapat diketahui bahwa nilai *p-value* sebesar $0,011 < 0,05$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses PKPR dengan yang tidak mengakses PKPR. Median skor perilaku seksual berisiko diketahui lebih besar remaja yang tidak mengakses sebesar 4 (0,29) dibanding remaja yang mengakses sebesar 3 (0,16).

Pembahasan

Perbedaan Perilaku Seksual Berisiko pada Remaja yang Mengakses PKPR dengan yang Tidak Mengakses PKPR

Jumlah remaja yang melakukan perilaku seksual berisiko lebih banyak pada kelompok remaja yang tidak mengakses PKPR (82,09%) dibanding remaja yang mengakses PKPR (76,5%). Hal ini dapat disebabkan adanya peningkatan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi bagi remaja yang mengakses PKPR. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mahmudah (2016) yang menyatakan bahwa remaja yang berpengetahuan kesehatan reproduksi kurang maka berisiko tinggi untuk berperilaku seksual.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rohmayanti (2015) bahwa remaja yang mengakses informasi kesehatan reproduksi mendapat dampak manfaat 1,4 kali lebih besar dibanding yang tidak mengakses. Berdasarkan hasil wawancara remaja yang tidak mengakses PKPR lebih sedikit terpapar informasi-informasi mengenai pencegahan perilaku seksual berisiko. Informasi mengenai pencegahan di sekolah disampaikan oleh guru BK dan penyuluhan dari petugas puskesmas. Remaja yang mengakses PKPR

mengikuti program pencegahan berkelanjutan seperti pelatihan konselor atau pemberian informasi dari konselor sebaya. Hal tersebut perlu adanya *monitoring* dan evaluasi terhadap remaja yang mendapat informasi dari pelatihan konselor sebaya untuk meneruskan kembali materi kepada teman sebayanya sehingga remaja yang tidak mengakses PKPR didalam gedung terpapar informasi.

Bentuk perilaku seksual berisiko yang banyak dilakukan oleh remaja SMP dan SMA/ SMK ialah berpacaran sebesar 238 remaja. Proporsi remaja yang berpacaran lebih besar pada kelompok remaja yang tidak mengakses PKPR (75,3%) dibandingkan dengan remaja yang mengakses PKPR (71,6%). Berpacaran merupakan tahap awal untuk melakukan aktivitas perilaku seksual berisiko. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa mayoritas bentuk perilaku seksual berisiko dilakukan oleh remaja yang tidak mengakses PKPR. Perbandingan bentuk perilaku seksual berisiko antara remaja yang mengakses PKPR dan yang tidak mengakses PKPR yaitu berpegang tangan sebesar 22,8% dan 24,1%, berpelukan sebesar 5,6% dan 11,1%, serta meraba bagian sensitif lawan jenis sebesar 0% dan 4,3%.

Tahap bentuk perilaku seksual berisiko selanjutnya yang dilakukan oleh remaja ialah berciuman. Perilaku berciuman pada remaja yang mengakses PKPR sebesar 4,9% sedangkan remaja yang tidak mengakses PKPR sebesar 14,8%. Perilaku berciuman yang dilakukan remaja ialah pada bagian dahi atau pipi, bibir dan leher. Aktivitas berciuman dapat menimbulkan keinginan- keinginan lain yang lebih dari sekedar berciuman (Sarwono, 2011). Hal ini didukung dengan adanya bentuk perilaku *necking* dilakukan oleh kedua kelompok remaja baik remaja yang mengakses PKPR dengan yang tidak mengakses PKPR yaitu sebesar 0,6% dengan 2,5%. Selain itu, terdapat bentuk perilaku seksual lain seperti memegang alat kelamin lawan jenis dengan sengaja dengan perbandingan remaja yang mengakses PKPR dengan remaja yang tidak mengakses PKPR pada sebesar 0% dengan 4,3%, onani atau masturbasi sebesar 0,6% dengan 4,9%.

Tahap bentuk perilaku seksual lebih berisiko seperti *petting* dan *intercourse* pada penelitian ini tidak ditemukan. Tahapan berisiko dan tidak berisiko dapat diketahui dari dampak yang ditimbulkan seperti dapat menyebabkan KTD (Kehamilan Tidak Diinginkan) dan penyakit menular seksual (HIV / AIDS) (Lubis, 2013). Hal ini menunjukkan bahwa kelompok remaja yang mengakses dan yang tidak mengakses PKPR tidak memiliki perilaku seksual berisiko lebih tinggi untuk seks pranikah. Namun terdapat

dua makna yang berbeda dalam mengartikan hasil tersebut antara lain kelompok remaja tidak melakukan perilaku seksual berisiko dan adanya ketakutan remaja dalam menjawab instrumen penelitian sehingga munculnya ketidakjujuran pada remaja. Selain itu, remaja perlu adanya pendampingan agar tidak berperilaku seksual lebih berisiko.

Perbedaan perilaku seksual berisiko pada dua kelompok remaja menunjukkan bahwa PKPR sebagai salah satu bentuk program yang dapat berdampak untuk perubahan perilaku. Berdasarkan penelitian Rahayu (2016) terdapat peningkatan pengetahuan dan sikap remaja terhadap perilaku seksual pranikah setelah mengikuti program PKPR. Remaja juga merasa takut dengan adanya penyakit menular seksual yang disebabkan oleh aktivitas perilaku seksual berisiko. Materi PKPR tentang kesehatan reproduksi yang diberikan meliputi materi IMS dan HIV / AIDS, pubertas, pencegahan kehamilan pada remaja, dan aborsi. Pemberian materi IMS dan HIV / AIDS oleh petugas PKPR dan konselor sebaya menunjukkan mampu merubah perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses PKPR. Hal ini sejalan dengan penelitian Astarini (2013) bahwa adanya peningkatan pengetahuan HIV dan AIDS pada seseorang dapat mengurangi risiko terjadinya kejadian HIV / AIDS. Oleh sebab itu, materi mengenai penyakit yang ditimbulkan perlu diperdalam untuk menghindari perilaku seksual berisiko.

Seseorang yang mengikuti suatu program pencegahan dapat berdampak terhadap perubahan perilaku (Gerald, 2012). Akan tetapi, penelitian ini belum dapat menunjukkan hubungan kausalitas bahwa akses pada PKPR dapat mengurangi perilaku seksual berisiko. Selain itu, adanya banyak faktor perancu yang tidak dapat dikendalikan dalam penelitian ini. Faktor yang tidak dapat dikendalikan ialah latar belakang aktivis PMR pada remaja yang mengakses PKPR. Aktivis PMR dapat mempengaruhi pengetahuan (Ardiyanti, 2013) dan lingkungan sosial (Rahayu, 2016) dalam perilaku seksual berisiko remaja. Faktor pengetahuan yang mempengaruhi hasil karena remaja tersebut secara tidak langsung dituntut untuk mendalami pencegahan-pencegahan perilaku seksual berisiko melalui peningkatan pengetahuan kesehatan dari berbagai sumber. Sehingga, akses PKPR tidak menjadi satu-satunya sumber dalam perubahan perilaku. Faktor lingkungan teman sebaya, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2016) anak jalanan yang memperoleh dukungan kuat untuk berperilaku seksual dari teman sebayanya mempunyai peluang berperilaku seksual 13,6 kali lebih besar dibanding dengan remaja yang kurang mendapat dukungan. Solusi perbaikan program PKPR yang dapat dilakukan adalah perlu

adanya *monitoring* dan evaluasi untuk keberlanjutan PKPR. *Monitoring* dapat dilakukan dengan cara peningkatan penekanan peran konselor sebaya dalam mewujudkan PKPR secara komprehensif dengan meneruskan kembali informasi yang didapat kemudian diteruskan kepada teman sebaya. Sedangkan evaluasi dapat dilakukan dengan petugas puskesmas atau guru sekolah perlu memilih peserta pelatihan konselor sebaya secara merata baik dari siswa yang mengikuti ekstrakurikuler maupun yang tidak. Tim PKPR perlu mempertahankan materi yang disampaikan dan meningkatkan penekanan materi seperti penyebab perilaku seksual berisiko pada remaja. Peneliti selanjutnya diharapkan perlu mempertimbangkan desain lain untuk meneliti dampak program yang melibatkan pengukuran *baseline* pengetahuan sebelum dan sesudah menjadi konselor sebaya atau mengikuti kegiatan PKPR.

Simpulan

Ada perbedaan perilaku seksual berisiko pada remaja yang mengakses PKPR dan yang tidak mengakses PKPR di Wilayah Kerja Puskesmas Sangkrah dan Puskesmas Kratonan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, remaja yang mengakses PKPR memiliki rata-rata skor perilaku seksual berisiko sebesar 149,45 lebih sedikit dibanding remaja yang tidak mengakses PKPR sebesar 175,55. Berdasarkan penelitian ini peneliti mengharapkan suatu monitoring dan evaluasi untuk program PKPR. Hal ini bertujuan untuk keberlanjutan program dalam mencegah perilaku seksual berisiko pada remaja. Selain itu, remaja dapat lebih memanfaatkan program PKPR di dalam atau diluar gedung puskesmas.

Referensi

- Kependudukan RI, Kementerian Kesehatan RI, et al. (2018). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017 Kesehatan Reproduksi Remaja: Jakarta
- Geldard. (2012). konseling remaja intervensi praktis bagi remaja berisiko. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak: Jakarta

- Lubis. (2013). psikologi kespro wanita dan perkembangan reproduksinya. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Mahmudah, et al. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku seksual remaja di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Vol. 5 No. 2.
- Pemerintah, RI. (2014). peraturan pemerintah republik indonesia tentang kesehatan reproduksi: Jakarta
- Rahayu, et al. (2016). Pengaruh Faktor Lingkungan Sosial Terhadap Perilaku Seksual Berisiko Pada Anak Jalanan di Kabupaten Banyumas. *Jurnal Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto*. ISBN 978-602-50798-0-1.
- Rahmawati, et al. (2017). Pengetahuan dan Perilaku Seksual Pranikah Remaja. *Jurnal Komunikasi Kesehatan*. Vol. 08, No. 1 Tahun 2017
- Rohmayanti, et al. (2015). Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut perspektif Remaja di Kota Magelang. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. Vol. 02, No. 1 Tahun 2015
- Sarwono. (2011). psikologi remaja edisi revisi cetakan 14. Jakarta: PT Rajawali Grafindo Persada
- Sumiatin, et al. (2017). Pengaruh Persepsi Remaja Tentang Perilaku Seks Terhadap Niat Remaja dalam melakukan Perilaku Seks Berisiko. *e-Jurnal UMM*. Vol.08, No.01 2017.