

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)

2.1.1. Pengertian IMS

IMS adalah penyakit yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Meskipun demikian tidak berarti bahwa semuanya harus melalui hubungan kelamin, tetapi beberapa ada yang dapat juga ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat, handuk, termometer, dan sebagainya (Djuanda, 2008).

2.1.2. Kelompok Perilaku Berisiko Tinggi

Dalam IMS yang dimaksud dengan perilaku risiko tinggi ialah perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai risiko besar terserang penyakit. Yang tergolong kelompok risiko tinggi adalah:

1. Usia
 - a) 20-34 tahun pada laki-laki
 - b) 16-24 tahun pada wanita
 - c) 20-24 tahun pada kedua jenis kelamin
2. Pelancong
3. Pekerja seksual komersial atau wanita tuna susila
4. Pecandu narkotik
5. Homoseksual (Daili, 2003).

Faktor-faktor yang berpengaruh dalam penularan IMS antara lain:

1. Faktor dasar
 - a) Adanya penularan penyakit
 - b) Berganti-ganti pasangan seksual
2. Faktor medis
 - a) Gejala klinis pada wanita dan homoseksual yang asimtomatis,
 - b) Pengobatan modern,

- c) Pengobatan yang mudah, murah, cepat, dan efektif, sehingga risiko resistensi tinggi, dan bila disalahgunakan akan meningkatkan risiko penyebaran infeksi,
3. IUD dan pil KB hanya bermanfaat bagi pencegahan kehamilannya saja, berbeda dengan kondom yang juga dapat digunakan sebagai alat pencegahan terhadap penularan infeksi IMS,
4. Faktor sosial seperti mobilitas penduduk, prostitusi, waktu yang santai, kebebasan individu, dan ketidaktahuan (Daili, 2003).

Berdasarkan faktor-faktor risiko di atas, peneliti mendapati bahwa pada zaman sekarang ini, remaja adalah kelompok usia dengan tingkat risiko yang sangat tinggi untuk terjangkit IMS, karena gaya hidup remaja sudah cenderung menyimpang ke arah kebiasaan-kebiasaan yang negatif. Dalam salah satu penelitian yang dilakukan di Kanada, dari 2376 orang pelajar tingkat 7 sampai tingkat 12 dari suku Aborigin yang dijadikan sebagai sampel, sebanyak 33,7% dari total 1140 orang anak laki-laki dan sebanyak 35% dari total 1336 orang anak perempuan pernah melakukan hubungan seks. Sebanyak 63,3% laki-laki dan 56,1% perempuan memiliki lebih dari satu partner seks; 21,4% laki-laki dan 40,5% perempuan tidak menggunakan kondom saat mereka terakhir kali melakukan hubungan seks (Devries et al, 2009). Sebuah survei yang dilakukan oleh *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) secara nasional di Amerika Serikat pada tahun 2007 mendapati bahwa 47,8% pelajar berusia yang duduk di tingkat 9-12 telah melakukan hubungan seksual, 35% pelajar SMA telah aktif secara seksual dan 38,5% dari pelajar SMA tersebut tidak menggunakan kondom pada saat hubungan seksual yang terakhir kali dilakukan. Selain itu, 4,4% siswa SMA ternyata sudah menggunakan ekstasi (Eaton, 2008).

Di Indonesia juga telah dilakukan beberapa penelitian yang berkaitan dengan remaja dan perilaku seksual mereka. Hasil penelitian Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) di kota Palembang, Kupang, Tasikmalaya, Cirebon dan Singkawang tahun 2005 menunjukkan bahwa 9,1 persen remaja telah melakukan hubungan seks sebelum menikah dan 85 persennya melakukan

hubungan seks pertama mereka pada usia 13-15 tahun di rumah mereka dengan pacar (BKKBN, 2006).

2.1.3. Epidemiologi

WHO memperkirakan telah terjadi 340 juta kasus baru Penyakit Menular Seksual (IMS) pada tahun 1999. Angka kejadian infeksi baru terbanyak terjadi di daerah Asia Selatan dan Asia Tenggara (151 juta kasus), yang diikuti oleh Afrika Sub-Sahara (69 juta kasus) dan Amerika Latin (38 juta kasus) (WHO, 2001).

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* tahun 2007, di Amerika Serikat kasus Klamidia dan Gonorrhea menempati urutan tertinggi IMS yang diderita remaja pada populasi umum. Pada tahun 2006 kasus terbanyak didapati pada wanita usia 15-19 tahun (terdapat 648 kasus per 100000) dan pada pria usia 20-24 tahun (454 per 100000) (Belenki et al, 2009).

2.1.4. Jenis-jenis IMS

2.1.4.1. Gonore

A. Definisi dan Etiologi

Gonore mencakup semua penyakit yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae*. Daerah yang paling mudah terinfeksi ialah daerah dengan mukosa epitel kuboid atau lapis gepeng yang belum berkembang (*immatur*) (Daili, 2003).

B. Gejala Klinis

Penularan terjadi melalui kontak seksual dengan penderita gonore. Masa tunas penyakit berkisar antara 2-5 hari (1-14 hari). Gejala yang didapati pada laki-laki antara lain keluhan (sakit) waktu kencing, orifisium uretra yang oedem dan eritematus, dan sekret uretra yang purulen. Sebagian besar wanita yang menderita gonore asimtomatik. Gonore pada wanita sering mengenai serviks sehingga terjadi servisitis dengan gejala keputihan (Barakbah, 2008).

2.1.4.2. Sifilis

A. Definisi dan Etiologi

Sifilis ialah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Treponema pallidum*; sangat kronik dan bersifat sistemik. Pada perjalanannya dapat menyerang hampir semua alat tubuh, dapat menyerupai banyak penyakit, mempunyai masa laten, dan dapat ditularkan dari ibu ke janin (Djuanda, 2008).

B. Gejala Klinis

1. Stadium I (Sifilis Primer)

Timbul suatu ulkus yang disebut ulkus durum yang mempunyai sifat khusus, antara lain tidak nyeri (indolen), sekitar ulkus teraba keras (indurasi), dasar ulkus bersih dan bewarna merah seperti plak, dan soliter (biasanya hanya 1-2 ulkus). Lokasi ulkus ini pada laki-laki biasanya terdapat pada preputium, ulkus koronarius, batang penis dan skrotum. Pada wanita di labium mayora dan minora, klitoris dan serviks. Ulkus bisa terdapat ekstra genital misalnya pada anus, rektum, bibir, mulut, lidah, tonsil, jari, dan payudara (Barakbah, 2008).

2. Stadium II (Sifilis Sekunder)

Manifestasi klinis sifilis sekunder dapat berupa berbagai ruam pada kulit, selaput lendir, dan organ tubuh. Dapat disertai demam, malaise. Juga adanya kelainan kulit dan selaput lendir dapat diduga sifilis sekunder, bila ternyata pemeriksaan serologis reaktif. Lesi kulit biasanya simetris, dapat berupa makula, papul, folikulitis, papulaskuomosa, dan pustul. Jarang dijumpai keluhan gatal. Lesi vesikobulosa dapat ditemukan pada sifilis kongenital. Pada sifilis sekunder yang mengalami relaps, lesi sering unilateral dan berbentuk arsiner. Pada kulit kepala dijumpai alopecia yang disebut *moth-eaten alopecia* yang dimulai pada daerah oksipital (Daili, 2003).

3. Sifilis Laten

Sifilis laten merupakan stadium sifilis tanpa gejala klinis, akan tetapi pemeriksaan serologis positif (Barakbah, 2008).

4. Stadium III (Sifilis Lanjut)

Kecuali gumma, lesi sifilis lanjut berupa endarteritis obliterans pada bagian ujung arteriol dan pembuluh darah kecil yang menyebabkan peradangan dan nekrosis (Daili, 2003). Pross gumma juga terjadi pada laring, paru, gastrointestinal, hepar, dan testis. Pada kardiovaskuler, sifilis III menyebabkan miokarditis, gangguan katup jantung dan aneurisma aorta (Barakbah, 2008).

2.1.4.3. Herpes Genitalis

A. Definisi dan Etiologi

Herpes genitalis adalah infeksi pada genital yang disebabkan oleh *Herpes Simplex Virus* tipe 1 (HSV-1) atau tipe 2 (HSV-2) (CDC, 2007). Tipe 1 merupakan tipe klasik yang berhubungan dengan sariawan (*cold sore/stomatitis*) pada bibir dan muka, dan tipe 2 berhubungan dengan herpes genitalis (Graham-Brown, 2005).

B. Gejala Klinis

Manifestasi klinik dapat dipengaruhi oleh faktor hospes, paparan terdahulu dari HSV, episode terdahulu dan tipe virus. Masa inkubasi umumnya berkisar antara 3-7 hari, tetapi dapat lebih lama. Gejala yang timbul dapat bersifat berat, tetapi bisa juga asimtomatik terutama bila lesi ditemukan pada daerah serviks (Daili, 2003).

Lesi primer dapat asimtomatis, gejala prodormal berupa rasa panas (terbakar) dan gatal, timbul lesi berupa vesikula yang mudah pecah/erosi/ulkus dangkal bergerombol diatas dasar eritem dan disertai rasa nyeri, setelah timbul lesi dapat terjadi demam, malaise dan nyeri otot. Kelenjar limfe regional membesar dan nyeri pada perabaan (Barakbah, 2008).

Lesi dapat rekuren dengan gejala yang lebih ringan, lesi bersifat lokal, unilateral, berupa lesi vesikuloulseratif dan dapat menghilang dalam waktu 5 hari. Permulaan lesi didahului oleh rasa gatal, panas dan nyeri. Riwayat pernah berulang, dan terdapat faktor pencetus (Barakbah, 2008).

2.1.4.4. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*)

A. Definisi dan Etiologi

AIDS adalah sindrom dengan gejala penyakit infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) (Daili, 2003). Penularan utama HIV adalah melalui 3 jalur yang melibatkan cairan tubuh tersebut, yaitu jalur hubungan seksual (homoseksual/heteroseksual), jalur pemindahan darah atau produk darah seperti jalur transplantasi alat tubuh, dan jalur transplasental (janin dalam kandungan ibu hamil; dengan infeksi HIV dan infeksi perinatal) (Barakbah, 2008).

B. Gejala Klinis

Perjalanan penyakit lambat dan gejala-gejala AIDS rata-rata baru timbul 10 tahun sesudah infeksi. Faktor-faktor yang mempengaruhi berkembangnya infeksi HIV menjadi AIDS belum diketahui jelas. Bukti-bukti menunjukkan menurunnya hitungan sel CD4 di bawah 200/ml, serta peningkatan B2 mikro globulin, p24 (antibodi terhadap protein *core*) dan peningkatan IgA menunjukkan perkembangan yang semakin memburuk. CDC menetapkan klasifikasi infeksi HIV pada orang dewasa sebagai berikut:

- Kelompok I : Infeksi akut
- Kelompok II : Infeksi asimtomatis
- Kelompok III : Limfadenopati Generalisata Persisten (LGP)
- Kelompok IV : Penyakit-penyakit lain
- Kelompok Iva : Penyakit konstitusi (panas, diare, kehilangan berat badan)
- Kelompok Ivb : Penyakit-penyakit neurologis (ensefalitis, demensia)
- Kelompok Ivc : Penyakit-penyakit infeksi sekunder (*Pneumocystis carinii*, *Cytomegalo virus*)
- Kelompok Ivd: Kanker sekunder (sarkoma Kaposi, limfoma non-Hodgkin)
- Kelompok Ive : Keadaan-keadaan lain (Daili, 2003).

2.1.5. Komplikasi

IMS dapat menyebabkan berbagai komplikasi kepada penderita, terutama apabila penyakit ini dibiarkan berlama-lama tanpa dilakukan penanganan segera. Herpes simpleks dapat menyebabkan luka di daerah genital yang berulang dan nyeri, dan infeksi herpes dapat menjadi sangat berat pada orang dengan kekebalan tubuh yang rendah. Selain itu, orang yang mengetahui dirinya terinfeksi herpes dapat mengalami stress dan gangguan psikologis (CDC, 2007).

Pada wanita, gonore adalah penyebab umum dari *Pelvic Inflammatory Disease* (PID), dengan gejala-gejala yang ringan atau dapat juga sangat berat, seperti nyeri abdomen dan demam. PID dapat mengakibatkan abses internal dan nyeri pelvis yang kronis dan lama. PID dapat merusak tuba fallopi dan menyebabkan infertilitas atau meningkatkan risiko kehamilan ektopik (CDC, 2007). Selain itu, gonore dapat juga menyebabkan bartolinitis (Barakbah, 2008).

Pada pria, gonore dapat menyebabkan epididimitis. Gonore dapat menyebar ke dalam darah dan jaringan sendi, yang dapat mengancam jiwa (CDC, 2007). Komplikasi sistemik dapat berupa meningitis, endokarditis, arthritis, tenosynovitis dan dermatitis (Barakbah, 2008). Sebagai tambahan, penderita gonore lebih gampang mengidap HIV (CDC, 2007).

2.1.6. Pencegahan

2.1.6.1. Pencegahan Primer

Tujuan dari pencegahan primer adalah untuk mencegah penularan penyakit. Pencegahan primer adalah cara satu-satunya yang dapat dilakukan untuk mengatasi infeksi virus yang tidak dapat diobati. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan promosi:

1. Perilaku seksual yang lebih aman.
2. Penggunaan kondom untuk tindakan-tindakan seksual yang melakukan penetrasi.

2.1.6.2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder memerlukan cara-cara khusus untuk mengobati dan merawat orang-orang yang sudah terinfeksi dan menderita IMS. Berbagai aktivitas yang dapat dilakukan antara lain:

1. Promosi kesehatan dengan menyelidiki kebiasaan dan perilaku, bukan hanya kepada orang-orang yang sudah positif terinfeksi IMS, tapi juga kepada orang-orang yang memiliki risiko tinggi untuk tertular IMS.
2. Pelayanan kesehatan yang terjangkau, dapat diterima dan efektif, dan menawarkan jasa diagnosis dan pengobatan yang efektif baik untuk IMS yang simptomatik dan asimtomatik, dan pasangan seksual mereka.
3. Memberi dukungan dan pelayanan konseling untuk pasien IMS (WHO, 2006).

2.2. TEORI PERILAKU KESEHATAN

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2007).

Domain perilaku kesehatan terdiri dari: a) ranah kognitif (*cognitive domain*), b) ranah afektif (*affective domain*), dan c) ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

A. Pengetahuan

Pengetahuan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan mempunyai enam tingkat, yaitu:

- 1) Tahu (*know*): diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, 'tahu' ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa

yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

- 2) Memahami (*comprehension*): diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- 3) Aplikasi (*application*): diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.
- 4) Analisis (*analysis*): adalah suatu objek kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.
- 5) Sintesis (*synthesis*): menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*): berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2007).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau

responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan remaja mengenai IMS masih mengkhawatirkan. Banyak remaja merasa bahwa dirinya tidak akan pernah terinfeksi HIV/AIDS karena pertahanan tubuhnya cukup kuat (Notoatmodjo, 2007). Dari sebuah penelitian di Jawa Timur, pengetahuan remaja tentang IMS d\termasuk HIV/AIDS tergolong masih rendah, baru mencapai 50 % (Sarwanto, 2004).

B. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yakni:

- 1) Menerima (*receiving*): menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespons (*responding*): memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.
- 3) Menghargai (*valuing*): mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*): bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 2007).

Pengukuran sikap dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden. Misalnya, apabila rumah ibu luas, apakah boleh dipakai untuk kegiatan Posyandu (Sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju) (Notoatmodjo, 2007).

Dari penelitian di Jawa Timur tersebut di atas, sikap para pekerja remaja positif terhadap masalah-masalah yang terkait dengan IMS termasuk HIV/AIDS, khususnya dalam hal ketidaksetujuannya terhadap hubungan seks pranikah, ganti-ganti pasangan, pengguguran kandungan, dan hubungan seks dengan sesama jenis kelamin (Sarwanto, 2004).

C. Tindakan

Tindakan adalah perwujudan dari sikap. Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu tindakan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Tingkatan sikap (praktik) antara lain:

- 1) Persepsi (*perception*): mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil merupakan praktik tingkat pertama.
- 2) Respon terpimpin (*guided respons*) : dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah indikator praktik tingkat dua.
- 3) Mekanisme (*mechanism*): apabila seseorang telah melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.
- 4) Adaptasi (*adaptation*): adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, tindakan tersebut sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2007).

Menurut sebuah penelitian di Jawa Timur, gambaran tindakan terhadap IMS dan HIV/AIDS diantara para pekerja remaja masih tergolong buruk, baru mencapai angka 37% dan di antara pekerja remaja sebanyak 5 orang dari 400 responden telah melakukan hubungan seks pranikah (Sarwanto, 2004).

2.3. REMAJA

2.3.1. Definisi

Adolescentia berasal dari istilah Latin, *adolescentia*, yang berarti masa muda yang terjadi antara 17-30 tahun (Dariyo, 2004). Menurut World Health Organization (2006), remaja adalah periode transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa, dimana usia yang dikategorikan sebagai remaja adalah 10-19 tahun.

Menurut Thornburg, penggolongan remaja terbagi 3 tahap, yaitu (a) remaja awal (usia 13-14 tahun), (b) remaja tengah (usia 15-17 tahun), (c) remaja akhir (usia 18-21 tahun). Pada masa remaja awal, umumnya individu telah memasuki pendidikan di bangku Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP), sedangkan masa remaja tengah, individu sudah duduk di Sekolah Menengah Atas (SMA). Kemudian, mereka yang tergolong remaja akhir, umumnya sudah memasuki dunia perguruan tinggi atau lulus SMA dan mungkin sudah bekerja (Dariyo, 2004).

2.3.2. Seksualitas Remaja

Remaja memasuki usia subur dan produktif. Artinya secara fisiologis, mereka telah mencapai kematangan organ-organ reproduksi, baik remaja laki-laki maupun remaja wanita. Kematangan organ reproduksi tersebut, mendorong individu untuk melakukan hubungan sosial baik dengan sesama jenis maupun dengan membentuk teman sebayanya (*peer-group*) (Dariyo, 2004).

Menurut Freud, saat pubertas tubuh berubah sangat pesat. Ciri-ciri seksual primer dan sekunder mulai muncul. Dorongan libidinal akan meningkat dengan pesat. Dorongan libidinal tidak lagi dapat ditekan dengan mudah seperti

saat masa *latent*, sehingga potensial menimbulkan berbagai gejala dan konflik (Arif, 2006).

Seorang remaja yang tidak mampu mengendalikan diri dapat terlibat dalam kehidupan seksual secara bebas (di luar aturan norma sosial), misalnya seks pranikah, kumpul kebo (*sommon leven*), prostitusi, akan berakibat negatif, seperti terjangkit IMS, kehamilan, *drop-out* dari sekolah. Biasanya merekalah yang memiliki ketidak-konsistenan antara pengetahuan, sikap, dan perilakunya (Dariyo, 2004). Aktivitas seksual selama masa remaja (di dalam atau di luar pernikahan) menempatkan remaja dalam risiko untuk terlibat masalah seksual dan kesehatan reproduksi, seperti kehamilan dini, aborsi yang tidak aman, IMS termasuk HIV, dan kekerasan seksual (WHO, 2006).

2.3.3. Pendidikan Seksual untuk Remaja

Banyak media massa, seperti internet, televisi, koran atau majalah yang menyampaikan informasi secara bebas kepada remaja. Sementara itu, walaupun remaja telah mencapai kematangan kognitif, namun dalam kenyataannya mereka belum mampu mengolah informasi yang diterima tersebut secara benar. Untuk itu, peran sekolah, orang tua, media massa maupun pemerintah adalah memikirkan dan membuat program pendidikan seksual untuk remaja. Hal-hal yang perlu diberikan dalam pendidikan seksual seperti: (a) perubahan dan fungsi organ-organ reproduksi selama remaja, (b) perubahan kondisi psikologis-emosional selama masa pubertas, (c) dampak positif-negatif media massa bebas terhadap perilaku seksual remaja, (d) fungsi dan kegunaan alat-alat kontrasepsi, seperti kondom, (e) cara mencegah dan mengatasi terjadinya hubungan bebas di kalangan remaja (Dariyo, 2004).