

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI
DAN PERSEPSI TENTANG PERAN KELUARGA DENGAN
PERILAKU SEKSUAL PADA REMAJA
DI KOTA SURAKARTA**

TESIS

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Magister Kesehatan
Program Studi Magister Kedokteran Keluarga
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan



Oleh :

**BARBARA CENDY SABATINI
NIM S541002005**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
commit to user
2011**

ABSTRAK

Barbara Cendy Sabatini, S541002005. Hubungan Antara Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi tentang Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta. Tesis: Magister Kedokteran Keluarga. Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta. 2011.

Latar Belakang : Masa Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak ke dewasa. Pada masa remaja, rasa ingin tahu mengenai seksualitas sangat tinggi terutama dalam pembentukan hubungan dengan lawan jenisnya yang menyebabkan remaja selalu berusaha mencari tahu lebih banyak informasi mengenai seksualitas, tetapi pada kenyataannya remaja cenderung melakukan kegiatan beresiko karena mereka kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, kurang memiliki hubungan yang stabil dengan orangtuanya yang menganggap tabu masalah seksualitas dikalangan remaja.

Tujuan : Mengetahui hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.

Metode Penelitian : Penelitian ini dilaksanakan di SMAN 3, SMAN 5, SMAN 6 dan SMAN 7. Penelitian ini adalah penelitian survey dengan rancangan penelitian *Corelational research*. Populasi adalah seluruh siswa SMAN di Surakarta berjumlah 4213 dengan teknik pengambilan sampel adalah *multistage randomized sampling* dengan jumlah sampel 134.

Hasil : Ada korelasi negatif dan signifikan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta yang berarti semakin meningkat pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi maka perilaku seksual remaja akan semakin menurun, begitu pula sebaliknya. Apabila semakin meningkat persepsi remaja mengenai peran keluarga maka perilaku seksual remaja akan semakin menurun, begitu pula sebaliknya. Sumbangan hubungan sebesar 12,1% dengan SE pengetahuan kesehatan reproduksi sebesar 5,5% dan persepsi peran keluarga sebesar 6,6%.

Kesimpulan : Ada korelasi negatif dan signifikan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.

Kata Kunci : Remaja, Pengetahuan Kesehatan, Persepsi, Perilaku Seksual,

ABSTRACT

Barbara Cendy Sabatini, S541002005. Relationship Between Reproductive Health Knowledge And Perception Of The Role Families With Adolescent Sexual Behavior In The Surakarta City. Thesis: Master of Family Medicine. Sebelas Maret University of Surakarta. 2011.

Background : Adolescence is a time of transition from children to adults. In adolescence, curiosity about sexuality is very high especially in the establishment of relations with the opposite sex that causes teenagers are always trying to find out more information about sexuality, but in reality adolescents tend to engage in risky activities because they lack basic information about reproductive health, lack stable relationship with her parents who considered taboo issues of sexuality among adolescents.

Purpose: Knowing the relationship between reproductive health knowledge and perceptions of families with adolescent sexual behavior in the Surakarta city.

Research Method: The research was conducted in SMAN 3, SMAN 5, SMA N 6 and SMAN 7. This study is a survey by the design study correlation research. The population was all senior high school students in Surakarta totaled 4213 with multistage randomized sampling with a sample size of 134.

Result: There are negative and significant correlation between reproductive health knowledge and perceptions of the families role with adolescent sexual behavior in the Surakarta city, which means increasing adolescents knowledge about reproductive health so adolescent sexual behavior will decrease, and vice versa. When increasing the perception of adolescents regarding the the family role of adolescent sexual behavior will decrease, and vice versa. Donations relationship by 12.1% with the knowledge of reproductive health 5.5% and the perception of family roles by 6.6%.

Conclusion : There is a relationship with a negative direction and significant relationship between reproductive health knowledge and perceptions of families with adolescent sexual behavior in the Surakarta city.

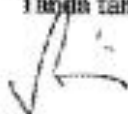

Keywords : adolescents, reproductive health knowledge, perception, sexual behavior

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI
DAN PERSEPSI TENTANG PERAN KELUARGA DENGAN
PERILAKU SEKSUAL PADA REMAJA
DI KOTA SURAKARTA**

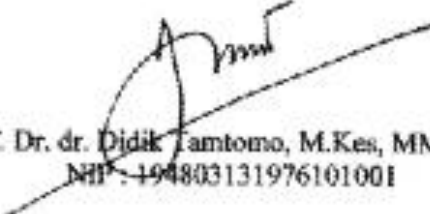
TESIS

Oleh:
BARBARA CENDY SABATINI
NIM 5541002005

**Telah Disetujui oleh Tim Pembimbing untuk Dipertahankan di Depan
Tim Penguji Tesis Dewan Pembimbing**

Jabatan	Nama	Tanda tangan	Tanggal
Pembimbing I	Prof. Dr. Sri Yutmini, MPd NIP. 130259809		30 Juni 2011
Pembimbing II	Jarot Subandono, dr, M.Kes. NIP. 196807041999031602		30 Juni 2011

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Kesehatan
Magister Kedokteran Keluarga






Prof. Dr. dr. Didik Jantomo, M.Kes, MM, PAK
NIP. 194803131976101001

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI
DAN PERSEPSI TENTANG PERAN KELUARGA DENGAN
PERILAKU SEKSUAL PADA REMAJA
DI KOTA SURAKARTA**

TESIS

**Oleh:
BARBARA CENDY SABATINI
NIM S541002005**

Telah disetujui dan disahkan oleh Tim Penguji

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua	Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr, MM, M.Kes, PAK NIP. 194803131976101001		
Sekretaris	Dr. Nunuk Suryani, M.Pd NIP. 196611081990032001		
Anggota	Prof. Dr. Sri Yutmini, MPd NIP. 130259809		
Anggota	Jarot Subandono, dr, M.Kes NIP. 196807041999031002		

Mengetahui,


Direktur
Program Pasca Sarjana

Prof. Des. Suranto, M.Sc, Ph.D
NIP. 195703201985031004

Ketua Program Studi
Magister Kedokteran Keluarga


Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr, MM, M.Kes, PAK
NIP. 194803131976101001

commit to user

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Barbara Cendy Sabatini

NIM : S541002005

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang berjudul *Hubungan antara Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Tentang Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual pada Remaja di Kota Surakarta* adalah benar-benar karya saya sendiri.

sepanjang pengetahuan saya, dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang saya peroleh dari usulan penelitian tesis tersebut.

Surakarta, Juli 2011

yang membuat pernyataan

Barbara Cendy Sabatini

commit to user

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Hubungan antara Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual pada Remaja di Kota Surakarta”. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya tesis ini, berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. R. Karsidi, M.S selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Prof. Dr. Suranto, M.Sc, PhD selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Prof. Dr. Didik Tamtomo, dr, MM, M.Kes, PAK selaku Ketua Program Studi Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.
4. P. Murdani K, dr, MHPed, selaku Ketua Minat Pendidikan Profesi Kesehatan Prodi Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta.
5. Prof. Dr. Sri Yutmini, M.Pd selaku pembimbing I yang selalu membimbing dan mengarahkan peneliti dalam penyelesaian tesis ini.
6. Jarot Subandono, dr, M.Kes, selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan dan arahan.
7. Drs. Makmur Sugeng, M.Pd, selaku Kepala Sekolah Menengah Atas Negeri 5 Surakarta yang telah mendukung dan memberikan izin untuk melakukan uji validitas instrumen penelitian.
8. Drs. H. Ngadiyo, M.Pd, selaku Kepala Sekolah Menengah Atas Negeri 3 Surakarta yang telah mendukung dan memberikan izin untuk melakukan penelitian.

commit to user

9. Drs. Yusmar Setyobudi, M.M, M.Pd, selaku Kepala Sekolah Menengah Atas Negeri 6 Surakarta yang telah mendukung dan memberikan izin untuk melakukan penelitian.
10. Drs. Sukarjo, M.A, selaku Kepala Sekolah Menengah Atas Negeri 7 Surakarta yang telah mendukung dan memberikan izin untuk melakukan penelitian.
11. Siswa-Siswi SMA Negeri 5 Surakarta yang bersedia menjadi responden dalam uji validitas instrumen penelitian.
12. Siswa-Siswi SMA Negeri 3 Surakarta, SMA Negeri 6 Surakarta dan SMA Negeri 7 Surakarta yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
13. Yonatan Iwan Setiawan, MBA dan E.E.Ince Siagian sebagai orang tua yang selalu memberikan motivasi untuk menjadi anak yang luar biasa.
14. Gracia Angelica, SE beserta suami, Margaretha Sonya Florentina, S.Psi beserta suami, Claudia Jilly Setiawan dan Horacia Brian Christopher yang senantiasa memberikan dukungan, doa dan kasih sayang.
15. Freddy Johanes Pangemanan, Amd.Par yang senantiasa mendoakan dan menjadi inspirasi penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
16. Teman-teman MKK-PdPK reguler 2010 yang menambah keceriaan penulis dalam menghadapi perkuliahan.
17. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang telah membantu terselesaikannya tesis ini.

Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan tesis selanjutnya.

Surakarta, Juli 2011

Penulis

commit to user

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Abstrak	ii
Abstract	iii
Halaman Pengesahan Pembimbing	iv
Halaman Pengesahan Penguji	v
Halaman Pernyataan.....	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Identifikasi Masalah.....	5
C. Pembatasan masalah.....	6
D. Rumusan Masalah	6
E. Tujuan Penelitian	7
F. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kajian Teori	
1. Kesehatan reproduksi	9
2. Persepsi tentang Peran Keluarga	35
3. Perilaku seksual pada remaja	42
B. Penelitian yang Relevan	52
C. Kerangka Berpikir	53
D. Hipotesis.....	57

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	58
B. Tempat dan Waktu Penelitian	58
C. Populasi dan Sampel	59
D. Definisi Operasional.....	61
E. Teknik Pengumpulan Data.....	62
F. Teknik Analisis Data.....	71
G. Kerangka Penelitian	74

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	75
B. Pembahasan.....	90
C. Keterbatasan Penelitian.....	96

BAB V PENUTUP

A. Simpulan	97
B. Implikasi.....	98
C. Saran.....	99
Daftar Pustaka	100

DAFTAR TABEL

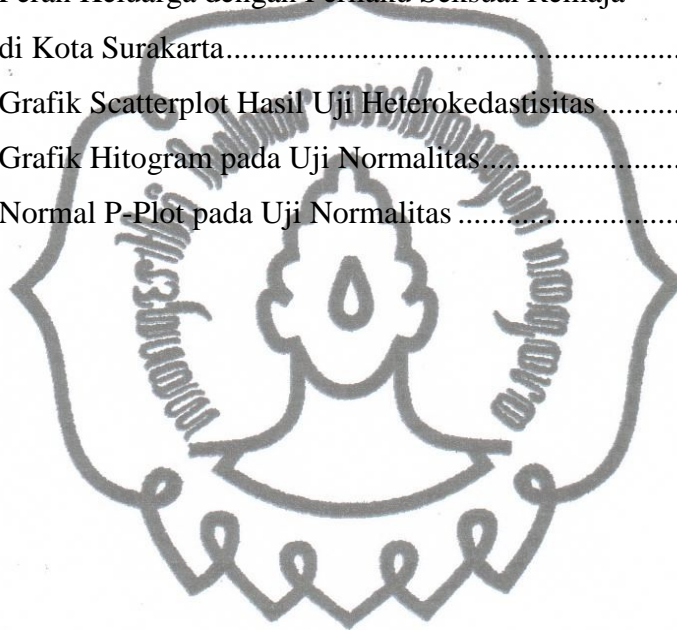
Tabel 1. Taksonomi Penyakit Menular Seksual	22
Tabel 2. Rekap Data Seluruh Siswa Sekolah Menengah Atas Negeri di Surakarta Periode 2010/2011	59
Tabel 3. Ringkasan Hasil Uji Indeks Kesukaran Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja	65
Tabel 4. Ringkasan Hasil Uji Daya Beda Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja	67
Tabel 5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011	68
Tabel 6. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Sikap Persepsi Peran Keluarga di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011	70
Tabel 7. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011	71
Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia tahun 2011	75
Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin tahun 2011	76
Tabel 10. Analisis Statistik Diskripsi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi, Persepsi Peran Keluarga dan Perilaku Seksual Responden tahun 2011	76
Tabel 11. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Responden tahun 2011	77
Tabel 12. Distribusi Frekuensi Persepsi Peran Keluarga Responden tahun 2011	78
Tabel 13. Distribusi Frekuensi Perilaku Seksual Responden tahun 2011	79
Tabel 14. Ringkasan Uji Autokorelasi Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011	80
Tabel 15. Pengambilan Keputusan pada Autokorelasi	81
Tabel 16. Hasil Uji Normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov tahun 2011	83

commit to user

Tabel 17. Hasil Uji Linieritas Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta	84
Tabel 18. Hasil Uji Linieritas Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011	85
Tabel 19. Hasil Uji Korelasi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011	86
Tabel 20. Panduan Interpretasi Hasil Uji Hipotesis berdasarkan Kekuatan Korelasi.....	87
Tabel 21. Ringkasan Hasil Uji Regresi Linier Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011	88
Tabel 22. Sumbangan Efektif dan Sumbangan Relatif Hubungan Pengetahuan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011	90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Berpikir Hubungan antara Pengetahuan Reproduksi, Peran Keluarga dan Jenis Kelamin dengan Perilaku Seksual Remaja.....	56
Gambar 2. Kerangka Penelitian Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta.....	74
Gambar 3. Grafik Scatterplot Hasil Uji Heterokedastisitas	81
Gambar 4. Grafik Hitogram pada Uji Normalitas.....	82
Gambar 5. Normal P-Plot pada Uji Normalitas	82



DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Aquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
Depkes	: Departemen Kesehatan
PPMPL	: Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan
HIV	: <i>Human Immuno Deficiency Virus</i>
IDU	: <i>Injection Drug Use</i>
KB	: Keluarga Berencana
KPA	: Komisi Penanggulangan AIDS
KPAN	: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KR 20	: Kuder Richardson 20
Miras	: Minuman Keras
MMR	: <i>Mother Mortality Rate</i>
Narkoba	: Narkotika dan Obat-obatan terlarang
Napsa	: Narkotika dan Psikotropika
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
PKBI	: Pusat Keluarga Berencana Indonesia
PMS	: Penyakit Menular Seksual
SDKI	: Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia
SKRRI	: Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
SMA	: Sekolah Mengengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
UU	: Undang-Undang
VIF	: <i>Variance Inflation Factor</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPS	: Wanita Penjaja Seks

commit to user

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kisi-Kisi Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	105
Lampiran 2. Kisi-Kisi Skala Sikap Persepsi tentang Peran Keluarga.....	106
Lampiran 3. Kisi-Kisi Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja	107
Lampiran 4. Tabel Induk Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi (Uji Validitas dan Reliabilitas)	108
Lampiran 5. Tabel Induk Skala Sikap Persepsi Tentang Peran Keluarga (Uji Validitas dan Reliabilitas).....	109
Lampiran 6. Tabel Induk Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja (Uji Validitas dan Reliabilitas)	109
Lampiran 7. Tabel Induk Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	110
Lampiran 8. Tabel Induk Skala Sikap Persepsi Tentang Peran Keluarga.....	112
Lampiran 9. Tabel Induk Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja.....	114
Lampiran 10. Hasil Uji Indeks Kesukaran Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	116
Lampiran 11. Hasil Uji Daya Beda Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	117
Lampiran 12. Hasil Uji Validitas Butir Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	118
Lampiran 13. Hasil Uji Reliabilitas Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi .	118
Lampiran 14. Hasil Uji Validitas Skala Sikap Persepsi Tentang Peran Keluarga	119
Lampiran 15. Hasil Uji Reliabilitas Skala Sikap Persepsi Tentang Peran Keluarga.....	119
Lampiran 16. Hasil Uji Validitas Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja	120
Lampiran 17. Hasil Uji Reliabilitas Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja	120
Lampiran 18. Distribusi Frekuensi.....	121
Lampiran 19. Hasil Uji Korelasi	124
Lampiran 20. Hasil Uji Regresi Linier.....	125
Lampiran 21. Hasil Uji Kolmogorov – Smirnov	129

commit to user

Lampiran 22. Hasil Uji Linieritas	130
Lampiran 23. Kuesioner Penelitian.....	132
Lampiran 24. Surat-Surat	142



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada tahun 2007 jumlah remaja usia 10-24 tahun sangat besar, terdapat sekitar 64 juta atau 28,6% dari jumlah Penduduk Indonesia yaitu 222 juta. Remaja disamping jumlahnya yang besar, juga memiliki permasalahan yang sangat kompleks seiring dengan masa transisi yang dialami remaja. Masalah yang menonjol dikalangan remaja misalnya masalah seksualitas (kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi), terinfeksi Penyakit Menular Seksual (PMS), *Human Immuno Deficiency Virus* (HIV) dan *Aquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), penyalahgunaan Napza (BKKBN, 2010:2).

Data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) tahun 2007 terdapat 9,1 persen kehamilan yang tidak diinginkan atau terjadi pada hampir sekitar 9 juta perempuan. Kehamilan yang tidak diinginkan ini memicu praktik aborsi mulai dari remaja yang tidak siap, hingga ibu-ibu yang kebobolan KB dan juga tidak siap secara ekonomi atau karena anak-naknya masih kecil (Pramudiarja, 2010:1).

Berdasarkan data Pusat Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) tahun 2006 didapatkan 2,5 juta perempuan pernah melakukan aborsi per tahun, 27% dilakukan oleh remaja (± 700 ribu), sebagian besar dilakukan dengan cara tidak aman, 30-35% aborsi ini adalah penyumbang kematian ibu (307/100

ribu kelahiran) dan tercatat bahwa *Mother Mortality Rate* (MMR) di Indonesia adalah 10 kali lebih besar dari Singapura (BKKBN, 2010:4).

Menurut Survei Komisi Nasional Perlindungan anak di 33 Provinsi 2008 menyimpulkan 97% remaja Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA) pernah menonton film porno, 93,7% remaja SMP dan SMA pernah ciuman, *genital stimulation* (meraba alat kelamin) dan *oral sex* (seks melalui mulut), 62,7% remaja SMP dan SMA tidak perawan, 21,2% remaja mengaku pernah aborsi (BKKBN, 2010:18).

Catatan yang dikemukakan oleh beberapa rumah sakit di Surabaya, Yogyakarta dan Semarang menunjukkan frekuensi penderita penyakit kelamin yang tertinggi antara usia 15-24 tahun. Jenis penyakit kelamin yang terbanyak adalah kencing nanah, keputihan, kandiloma akuminatum, tukak genital, sifilis dan yang saat ini sangat gencar dibicarakan adalah HIV-AIDS.

AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang pertama kali dilaporkan pada tahun 1981 di Amerika Serikat dan HIV diidentifikasi pada tahun 1983 sebagai penyebabnya. Kasus AIDS hingga kini telah berkembang menjadi masalah kesehatan global, setiap hari terdapat 7400 orang baru terkena HIV atau 5 orang per menit. (UNAIDS, 2008:4). Kasus AIDS dilaporkan pertama kali di Bali tahun 1987, jumlah kasus bertambah secara perlahan hingga akhir September 2010 dilaporkan sebesar 22.726 pasien AIDS. Kasus AIDS banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan yang salah satu penyebab tertinggi adalah perilaku seksual yang tidak sehat dan 50,7% terjadi pada usia 15-29 tahun. Indonesia memiliki

commit to user

33 propinsi dan salah satu diantaranya adalah provinsi Jawa Tengah yang menjadi pendonor kasus AIDS tertinggi nomor 7 se-Indonesia (Dirjen PPM PP Depkes, 2010:1-3) dan Surakarta merupakan kota di Jawa Tengah ketiga setelah Semarang dan Banyumas dengan penambahan HIV/AIDS tertinggi (Suryani, 2009:1).

Wanita-wanita usia remaja pertengahan, di Inggris lebih berpengalaman dalam perilaku seks daripada rekan-rekan prianya yang sebaya. Wanita dianggap sudah lebih dewasa dalam usia tersebut daripada prianya (Sarwono, 2006:149). Hasil penelitian Fuad dan Paramastri (2003:1) menyatakan bahwa usia remaja ketika pertama kali mengadakan hubungan seksual aktif bervariasi antara usia 14 – 23 tahun dan usia terbanyak adalah antara 17 – 18 tahun. Hasil penelitian DKT Indonesia 2005 dalam BKKBN (2008:3) menunjukkan perilaku seksual remaja di empat kota yaitu Jabotabek, Bandung, Surabaya dan Medan berdasarkan norma yang dianut, 89% remaja tidak setuju adanya seks pranikah, namun kenyataannya 82% remaja punya teman melakukan seks pranikah, 66% remaja punya teman hamil sebelum menikah, remaja terbuka menyatakan melakukan seks pranikah di Jabotabek 51%, Bandung 54%, Surabaya 47% dan Medan 52%.

Masa Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak ke masa dewasa. Kehidupan remaja merupakan kehidupan yang sangat menentukan bagi kehidupan masa depan mereka selanjutnya. Masa remaja seperti ini oleh Bank Dunia disebut sebagai masa transisi kehidupan remaja. Transisi kehidupan remaja yang dimaksud menurut *progress report World Bank* *commit to user*

adalah melanjutkan sekolah (*continue learning*), mencari pekerjaan (*start working*), memulai kehidupan berkeluarga (*form families*), menjadi anggota masyarakat (*exercise citizenship*) dan mempraktekkan hidup sehat (*practice healthy life*). Empat bidang kehidupan yang lainnya yang akan dimasuki oleh remaja sangat ditentukan oleh berhasil tidaknya remaja mempraktekkan kehidupan yang sehat, dengan kata lain apabila remaja gagal berperilaku sehat maka kemungkinan besar remaja yang bersangkutan akan gagal pada empat bidang kehidupan yang lain (BKKBN, 2008:1-2).

Pada masa remaja, rasa ingin tahu mengenai seksualitas sangat tinggi terutama dalam pembentukan hubungan dengan lawan jenisnya. Besarnya keingintahuan remaja mengenai hal-hal yang berhubungan dengan seksualitas menyebabkan remaja selalu berusaha mencari tahu lebih banyak informasi mengenai seksualitas yang mudah didapat dari media massa seperti televisi, majalah, internet (Stenzel dan Kirgiss, 2004:15). Tetapi pada kenyataannya, remaja cenderung melakukan kegiatan beresiko karena mereka seringkali kekurangan informasi dasar mengenai kesehatan reproduksi, remaja yang kurang atau tidak memiliki hubungan yang stabil dengan orangtuanya. Aktivitas seksual di antara anak muda seringkali dimulai jauh pada usia yang lebih muda daripada yang diperkirakan oleh orang tua, guru, dan orang dewasa lainnya karena secara sosial “tabu” untuk dibicarakan sehingga menyebabkan sulitnya mengajarkan atau mendiskusikan seks dengan kaum remaja serta menghalangi dimasukkannya pendidikan seks ke dalam kurikulum sekolah (KPA, 2007:10).

commit to user

Dalam Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007 remaja berpendapat usia ideal menikah bagi perempuan adalah 23,1 tahun, sedangkan usia ideal menikah bagi laki-laki 25,6 tahun. Terdapat kenaikan jika dibandingkan dengan hasil SKRRI 2002-2003 yaitu remaja berpendapat usia ideal menikah bagi perempuan 20,9 tahun. Sedangkan usia ideal menikah bagi laki-laki 22,8 tahun (BKKBN, 2010:48). Remaja putri lebih banyak memilih membicarakan masalah seksualitas kepada ibunya dibandingkan kepada ayahnya, berbeda dengan remaja laki-laki. Remaja laki-laki kurang suka membahas mengenai seksual kepada ibunya maupun temannya dan sedikit kemungkinannya untuk berbicara dengan ayah mereka (Dilorio, 1999:187).

Kenyataan di atas mendorong keinginan penulis untuk meneliti lebih dalam mengenai hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di kota Surakarta.

B. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut di atas, maka dapat diidentifikasi masalah sebagai berikut :

1. Apakah pengetahuan tentang kesehatan reproduksi berhubungan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta?
2. Apakah sumber informasi berhubungan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta?

3. Apakah persepsi remaja tentang peran keluarga berhubungan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta?
4. Apakah perbedaan jenis kelamin berhubungan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta?

C. Pembatasan Masalah

Permasalahan dalam penelitian ini, penulis membatasi pada pengujian terhadap hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada pembatasan masalah, penulis merumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Adakah hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual pada remaja di Kota Surakarta?
2. Adakah hubungan antara persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di Kota Surakarta?
3. Adakah hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di Kota Surakarta?

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di Kota Surakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.
- b. Untuk mengetahui hubungan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.
- c. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di Kota Surakarta.

F. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah khasanah dalam perkembangan ilmu pengetahuan terutama bidang pendidikan tentang kesehatan reproduksi, persepsi tentang peran keluarga dan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.

2. Praktis

a. Remaja

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pengetahuan, persepsi tentang peran keluarga dan perilaku seksual remaja di Kota Surakarta.

b. Orang tua

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan masukan kepada orang tua remaja dalam hal perilaku seksual dan pentingnya pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi.

c. Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Dinas Kesehatan dan Instansi terkait untuk perbaikan perencanaan maupun implementasi program kesehatan reproduksi remaja.

d. Instansi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan untuk membuat kebijakan dalam rangka merancang dan melaksanakan program kesehatan remaja yang sesuai dengan lingkungan dan kebutuhan remaja di Kota Surakarta khususnya dan remaja lain pada umumnya.

e. Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kesehatan reproduksi

Reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidup. Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran dan sistem reproduksi yang dimiliki remaja (BKKBN, 2003:1).

Pengetahuan kesehatan reproduksi remaja diberikan dengan tujuan agar remaja memiliki informasi yang benar mengenai sistem dan proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Remaja dapat bersikap dan berperilaku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi dengan informasi yang benar dan proporsional dari orang yang tepat. Pendidikan seks adalah salah satu cara untuk mengurangi atau mencegah penyalahgunaan seks, khususnya untuk mencegah dampak-dampak negatif yang tidak diharapkan, seperti kehamilan yang tidak direncanakan, penyakit menular seksual, depresi dan perasaan berdosa (Sarwono, 2006:190).

Pengetahuan kesehatan reproduksi yang perlu diketahui oleh para remaja (BKKBN, 2008:18) adalah :

commit to user

a. Pengenalan mengenai organ dan fungsi organ reproduksi (sistem, proses dan fungsi alat reproduksi, aspek tumbuh kembang remaja)

Pertumbuhan fisik berlangsung sangat pesat pada masa remaja. Perkembangan seksualitas remaja laki-laki ditandai dengan berfungsinya reproduksi yaitu mengalami mimpi basah. Remaja perempuan sudah mengalami *menarche* (menstruasi). Menstruasi adalah peristiwa keluarnya cairan darah dari alat kelamin perempuan berupa luruhnya lapisan dinding dalam rahim yang banyak mengandung darah. Usia mulai masa puber ini sulit ditetapkan karena cepat lambatnya menstruasi atau mimpi basah sangat tergantung pada kondisi tubuh masing-masing individu yang sangat bervariasi, kemajuan dari keadaan lingkungan, khususnya keadaan gizi yang semakin baik yang dapat mempercepat pertumbuhan organ-organ seksual manusia (Sarwono, 2006:7).

1) Tanda-tanda seksual

Pertumbuhan tubuh memberikan pengaruh yang terbesar pada perkembangan jiwa remaja, kemudian semakin berfungsi alat-alat reproduksi (ditandai dengan haid atau menstruasi pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh sebagai berikut:

a) Remaja laki-laki :

(1) Pertumbuhan tulang-tulang

commit to user

- (2) Testis membesar
- (3) Pertumbuhan rambut halus disekitar alat kelamin, ketiak, dada, wajah, tangan dan kaki.
- (4) Bahu membesar, pinggul menyempit
- (5) Pertumbuhan tinggi badan mencapai tingkat maksimal setiap tahunnya
- (6) Awal perubahan suara
- (7) Kulit menjadi lebih kasar dan tebal
- (8) Produksi keringat menjadi lebih banyak.

b) Remaja perempuan

- (1) Pinggul lebar, bulat dan membesar, puting susu membesar dan menonjol, serta berkembangnya kelenjar dan payudara menjadi lebih besar dan lebih bulat.
- (2) Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal, agak pucat, lubang pori-pori bertambah besar, kelenjar lemak dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
- (3) Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai.
- (4) Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu
(Sarwono, 2006:52-53).

2) Hormon-hormon seksual

Tubuh memiliki kelenjar-kelenjar, yaitu alat-alat tubuh yang mengeluarkan zat-zat tertentu. Kelenjar *eksokrin* (ekso=luar) karena menyalurkan zat-zat yang diproduksinya langsung ke luar tubuh (kelenjar ludah, kelenjar keringat). Kelenjar *endokrin* (endo=dalam) tidak disalurkan ke luar tubuh, melainkan disalurkan langsung ke dalam darah. Zat-zat yang diserap darah dari kelenjar endokrin adalah hormon, Hormon-hormon masuk ke dalam darah, langsung beredar ke seluruh tubuh dan pengaruhnya pun tersebar ke seluruh tubuh. Kelenjar yang berkaitan dengan pertumbuhan tubuh dan seks adalah kelenjar *pituitary* (kelenjar bawah otak), buah pelir (testis) pada laki-laki dan indung telur (ovarium) pada wanita.

a) Kelenjar *Pituitary*

Kelenjar ini sangat kecil dan terletak di sebuah rongga di bawah otak. Beberapa Hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar bawah otak berpengaruh pada seksualitas, seperti:

- (1) Hormon pertumbuhan yang mempengaruhi pertumbuhan badan terutama pada masa remaja, merangsang pertumbuhan tulang, akan maksimal pada usia kurang lebih 18 tahun. Kelainan pada Hormon ini dapat membuat orang menjadi terlalu pendek atau terlalu jangkung.

(2) Hormon perangsang pada pria, yaitu Hormon yang mempengaruhi testis (buah zakar). Pada remaja, hormon perangsang pria ini merangsang testis sehingga testis memproduksi hormon *tesosterone* dan *androgen* serta sel-sel benih laki-laki.

(3) Hormon pengendali pada wanita yang mempengaruhi indung telur (ovarium) untuk memproduksi sel-sel telur (*ovum*) dan hormon *estrogen*, *progesterone*.

(4) Hormon air susu yang mempengaruhi kelenjar susu di masa wanita sedang menyusui bayinya.

b) Testis

Testis atau buah zakar ada dua buah. Testis terletak dalam sebuah kantung (*scrotum*) yang tergantung di bawah *penis*. Testis memproduksi hal-hal berikut:

(1) Hormon *androgen* dan *tesosterone* yang sejak remaja menyebabkan tumbuhnya tanda-tanda kelaki-lakian pada orang yang bersangkutan, seperti kumis, jenggot, rambut ketiak dan sebagainya. *Tesosterone* juga menyebabkan timbulnya birahi (*libido*).

(2) Benih laki-laki (*spermatozoa*), sejak remaja *spermatozoa* ini diproduksi beratus-ratus juta setiap harinya, sampai orang yang bersangkutan berusia lanjut (kadang-kadang sampai usia 60-70 tahun). Benih ini

jika bertemu dengan telur (*ovum*) dalam rahim wanita akan membuahi telur itu sehingga terjadi kehamilan.

c) Ovarium

Ovarium atau indung telur terletak di dalam rongga perut wanita, tepatnya di bagian bawah, di dekat rahim (*uterus*).

Indung telur memproduksi hal-hal berikut:

(1) Hormon *progesterone*, bertugas untuk mematangkan dan mempersiapkan sel telur (*ovum*) sehingga siap untuk dibuahi, apabila sel telur telah dibuahi, *progesterone* inilah yang mengembangkan lebih lanjut menjadi janin.

(2) Hormon *estrogen*, yaitu yang mempengaruhi pertumbuhan sifat-sifat kewanitaan pada tubuh seseorang (payudara membesar, pinggul membesar, suara halus). Hormon ini juga mengatur siklus menstruasi.

(3) Sel telur, sudah terkandung dalam jumlah banyak di dalam indung telur, tetapi mulai dimatangkan satu per satu sejak anak masuk usia remaja. Sel telur yang sudah matang (rata-rata 28 hari) dilepas dari indung telur kemudian ditangkap oleh saluran telur untuk selanjutnya dibuahi oleh *spermatozoa* atau dikeluarkan bersama-sama haid.

3) Anatomi dan fisiologi alat kelamin pria

Bagian dalam dari alat kelamin pria terdiri dari bagian-bagian :

- a) Testis menghasilkan hormon *tesosterone*, *androgen* dan *spermatozoa* yang diproduksi dalam jumlah ratusan juta.
- b) Saluran Vas (*vas deferens*), yaitu yang menghubungkan testis dengan kelenjar prostat. *Spermatozoa* dipompa melalui saluran vas menuju kelenjar prostat untuk disimpan sementara.
- c) Kelenjar *prostat*, yaitu tempat penyimpanan *spermatozoa* untuk sementara. *Spermatozoa* itu bercampur dengan zat cair yang dinamakan air mani (*semen*). Air mani yang berisi *spermatozoa* dipancarkan melalui *uretra* (saluran kencing) pada waktu ejakulasi. Pada setiap ejakulasi dipancarkan sekitar 200-400 juta sel *spermatozoa*.
- d) Saluran kencing (*uretra*)

4) Anatomi dan fisiologi alat kelamin wanita

Alat kelamin wanita sebagian besar terletak di dalam tubuh.

Bagian-bagian alat kelamin wanita adalah sebagai berikut :

- a) Bibir luar
- b) Bibir dalam

- c) *Klitoris*, yaitu bagian yang penuh dengan ujung-ujung syaraf sehingga sangat peka terhadap rangsangan atau sentuhan.
- d) *Urethra* yang dihubungkan dengan kandung kemih.
- e) Liang senggama yang pada gadis-gadis yang belum menikah biasanya tertutup oleh selaput dara (*hymen*). Liang senggama memiliki tiga macam fungsi yaitu jalan keluar haid, jalan masuk penis dalam senggama dan jalan keluar bayi waktu melahirkan.
- f) Mulut rahim (*cervix*) yang menghubungkan vagina dengan rahim
- g) Rahim (*uterus*) yaitu jaringan sebesar telur ayam, tetapi mempunyai kemampuan elastis untuk mengandung atau kehamilan.
- h) Saluran telur (*tuba falopii*) di sebelah kanan dan kiri rahim. Ujung saluran ini mirip tangan yang terbuka yang berjari untuk memungkinkan menangkap sel telur yang dilepaskan dari indung telur,
- i) Indung telur (*ovarium*) yang menghasilkan Hormon-hormon estrogen dan progesterone dan sel-sel telur (Sarwono, 2006:51-68).

b. Remaja perlu mendewasakan usia kawin serta bagaimana merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginannya dan pasangannya

Dalam SKRRI tahun 2007 remaja berpendapat usia ideal menikah bagi perempuan adalah 23,1 tahun sedangkan usia ideal menikah bagi laki-laki 25,6 tahun. Terdapat kenaikan jika dibandingkan dengan hasil SKRRI 2002-2003 yaitu remaja berpendapat usia ideal menikah bagi perempuan 20,9 tahun dan usia ideal menikah bagi laki-laki 22,8 tahun. Pendapat remaja dalam SKRRI 2007 ini dapat dikatakan bahwa sebenarnya remaja kita sudah memiliki pandangan yang baik tentang usia menikah yang ideal, hanya saja kondisi ini harus juga didukung oleh lingkungan keluarga dan masyarakat. Pandangan terhadap usia ideal menikah ini juga harus diikuti dengan pemahaman yang benar tentang perencanaan keluarga, kesiapan ekonomi keluarga, serta kesiapan psikologi dalam berkeluarga (BKKBN, 2010:48).

Perkawinan di bawah usia masih banyak terjadi di Indonesia, terutama di daerah-daerah pedesaan. Kebiasaan ini berasal dari adat yang berlaku sejak dahulu yang masih terbawa sampai sekarang. Ukuran perkawinan di masyarakat seperti itu adalah kematangan fisik (haid, bentuk tubuh yang sudah menunjukkan tanda-tanda seksual sekunder), atau bahkan hal-hal yang sama sekali tidak ada kaitannya dengan calon pengantin, misalnya masa panen,

utang-piutang antara orang tua dan sebagainya. Tidak heran jika di beberapa tempat di Indonesia masih terjadi anak-anak berumur 9-13 tahun sudah dinikahkan. Taraf pendidikan masyarakat semakin meningkat dan semakin banyaknya anak-anak perempuan yang bersekolah maka semakin tertunda kebutuhan untuk mengawinkan anak-anak. Orang tua menyadari bahwa persiapan yang lebih lama diperlukan untuk lebih menjamin masa depan anak-anak mereka, sehingga orang tua menghendaki anak-anaknya sekolah terlebih dahulu sebelum mengawinkan mereka. Kecenderungan ini terutama terjadi pada masyarakat di kota-kota besar atau kalangan masyarakat sosial-ekonomi menengah keatas (Sarwono, 2006:156).

Kecenderungan pada masyarakat untuk meningkatkan usia perkawinan ini ternyata didukung juga oleh Undang-Undang yang berlaku di Indonesia yang pelaksanaannya cukup ketat di lapangan. Undang-Undang tersebut menyatakan untuk melangsungkan perkawinan, seorang yang belum mencapai usia 21 tahun harus mendapat izin kedua orang tua maka semakin terbataslah kesempatan untuk menikah dibawah usia yang ditetapkan. Pemerintah berusaha untuk lebih meningkatkan lagi batas usia perkawinan ke usia 20 tahun untuk wanita melalui program Keluarga Berencana (KB) dengan pertimbangannya adalah kehamilan pada wanita di bawah usia 20 tahun adalah kehamilan beresiko tinggi harus dihindari. Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana

commit to user

dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas. Pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat (UU No 36, 2009:29).

Perempuan yang hamil pada usia dini atau remaja cenderung memiliki berbagai risiko kehamilan dikarenakan kurangnya pengetahuan dan ketidaksiapan dalam menghadapi kehamilannya akibatnya mereka kurang memperhatikan kehamilannya. Risiko yang mungkin terjadi selama proses kehamilan adalah :

- 1) Keguguran (aborsi), yaitu berakhirnya proses kehamilan pada usia kurang dari 20 minggu.
- 2) Pre-eklampsia, yaitu ketidakaturan tekanan darah selama kehamilan dan eklampsia, yaitu kejang pada kehamilan.
- 3) Infeksi, yaitu peradangan yang terjadi pada kehamilan.
- 4) Anemia, yaitu kurangnya kadar hemoglobin dalam darah.
- 5) Kanker rahim, yaitu kanker yang terdapat dalam rahim, hal ini erat kaitannya dengan belum sempurnanya perkembangan dinding rahim.
- 6) Kematian bayi, yaitu bayi yang meninggal dalam usia kurang dari 1 tahun (BKKBN, 2010:51).

Melahirkan mempunyai risiko kematian bagi semua perempuan. Bagi seorang perempuan yang melahirkan kurang dari usia 20 tahun dimana secara fisik belum mencapai kematangan, maka risikonya akan semakin tinggi. Risiko yang mungkin terjadi adalah :

- 1) Prematur, yaitu kelahiran bayi sebelum usia kehamilan 37 minggu.
- 2) Timbulnya kesulitan persalinan, yang dapat disebabkan karena faktor dari ibu, bayi dan proses persalinan.
- 3) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi yang lahir dengan berat di bawah 2500 gram.
- 4) Kematian bayi, yaitu bayi yang meninggal dalam usia kurang dari 1 tahun.
- 5) Kelainan bawaan, yaitu kelainan atau cacat yang terjadi sejak dalam proses kehamilan (BKKBN, 2010:52).

c. Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi

Setiap orang yang sudah aktif secara seksual dapat tertular Penyakit Menular Seksual (PMS). Penderita terbesar PMS kebanyakana berusia 15-29 tahun, Tujuh dari sepuluh orang penderita infeksi PMS berusia 15 hingga 24 tahun. Kelompok lain yang tertular PMS adalah bayi dari ibu yang mengidap PMS (BKKBN 2010:59).

Penyebab tingginya pengidap PMS di kalangan usia muda antara lain :

- 1) Semakin terbukanya akses informasi mengenai seksualitas termasuk yang berkategori pornografi dari media atau internet yang mempermudah remaja untuk mengakses dan memanfaatkannya secara tidak benar.
- 2) Tingkat permisifitas (serba boleh) dari hubungan laki-laki dan perempuan akhir-akhir ini yang cenderung melonggar.
- 3) Perasaan bahwa dirinya tidak mungkin terjangkit penyakit apapun. Kebutuhan untuk mencoba pengalaman baru.
- 4) Nilai-nilai cinta atau hubungan lawan jenis yang cenderung disalahgunakan.
- 5) Kurangnya pemahaman remaja akan akibat dari perilaku seks bebas yang dilakukan.
- 6) Semakin banyaknya tempat pelacuran dan baik yang terlokalisir ataupun tidak yang tidak membatasi usia pengunjung.
- 7) Kotrol keluarga dan masyarakat yang cenderung semakin rendah.
- 8) Adanya nilai ganda masyarakat terhadap pornografi, di satu sisi menentang seks pranikah, di sisi lain membiarkan bahkan memanfaatkan pornografi sebagai tontonan di masyarakat bahkan di keluarga.

- 9) Mitos-mitos yang berkembang di masyarakat tentang perilaku seksual dan dampaknya.
- 10) Tidak sedikit masyarakat yang masih belum bisa menerima kehadiran pendidikan seks bagi keluarga, sehingga anak remaja cenderung untuk mencari informasi kepada teman atau media yang justru tidak mendidik (BKKBN, 2010:60-61).

Secara umum gejala yang tampak pada penderita PMS baik laki-laki maupun perempuan adalah :

- 1) Rasa sakit atau gatal di kemaluan
- 2) Muncul benjolan, bintik atau luka di sekitar alat kemaluan
- 3) Keluarnya cairan yang tidak biasa seperti nanah dari kemaluan
- 4) Terjadinya pembengkakan di pangkal paha
- 5) Rasa sakit pada perut bagian bawah

Tabel 1. Taksonomi Penyakit Menular Seksual

Penyebab	Jenis PMS
Bakteri	Vaginosis Bakterial Gonore Klamidia Sifilis
Virus	Herpes Simpleks Kutil Kelamin (HPV) HIV dan AIDS
Jamur	Kandidiasis
Protozoa/Parasit	Trichomonas Vaginalis Vaginalis

Sumber : BKKBN. 2010. *Pendalaman Materi Membantu Remaja Memahami Dirinya*. Jakarta : Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Jak Reproduksi . Hal 63

AIDS merupakan kumpulan gejala penyakit yang pertama kali dilaporkan pada tahun 1981 di Amerika Serikat. Virus yang disebut HIV yang diidentifikasi pada tahun 1983 sebagai penyebabnya. HIV adalah virus yang menyerang salah satu sel darah putih (Sidang Kabinet, 2002:1). Penyebaran virus HIV bergerak secara bertahap dalam merusak sistem imunitas tubuh. Penderita AIDS akan meninggal karena berbagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh penurunan sistem imunitas tersebut. Virus HIV dapat terjadi tanpa terdeteksi dan belum menampakkan gejala disebabkan karena tubuh memerlukan waktu sekitar 3-6 bulan untuk membentuk antibodi yang nantinya akan dideteksi oleh tes darah. Pada masa ini, seseorang sudah mempunyai virus HIV di dalam tubuhnya dan sudah dapat menularkan virus tersebut pada orang lain, diantaranya melalui beberapa perilaku beresiko.

Gejala awal yang lazim terjadi pada tahap AIDS umumnya bervariasi, dimulai dari sesak nafas dan batuk berkepanjangan, diare tanpa sebab lebih dari satu bulan dan sering demam disertai keringat pada malam hari kemudian terjadi penurunan berat badan secara drastis (10% dari berat badan normal dalam 1-2 bulan), pembesaran kelenjar pada leher, ketiak dan lipatan paha, bercak merah pada kulit dan sariawan yang hilang timbul. Kebanyakan Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) tidak mengetahui kapan Wanita Penjaja Seks (WPS)

terinfeksi HIV, gejala baru akan muncul setelah 5-7 tahun sejak mulai terinfeksi (Ditjen PPM dan PL, 2003:7).

Cara penularan virus HIV/AIDS bermacam-macam diantaranya lewat cairan darah, yaitu melalui transfusi darah, pemakaian jarum suntik yang tercemar HIV yang dipakai secara bergantian seperti penggunaan narkotika suntik (IDU) dan pemakaian alat tusuk yang menembus kulit seperti alat tindik, tato dan alat facial. Penularan juga dapat terjadi melalui cairan sperma dan cairan vagina. Penularan lain dimungkinkan terjadi lewat Air Susu Ibu (ASI) yang terjadi pada ibu dengan HIV positif yang menyusui bayinya dengan ASI. Kemungkinan terjadi penularan antara ibu ke bayi (*mother to child*) berkisar hingga 30% yang berarti setiap 10 kehamilan dari ibu yang HIV positif, kemungkinan 3 bayi lahir dengan HIV positif (Depkes RI, 2008:1). Penularan AIDS tidak dapat melalui makan dan minum bersama, pemanfaatan fasilitas umum bersama, seperti telepon umum, WC umum dan kolam renang, berciuman, berpelukan, bersenggolan dan lewat keringat atau gigitan nyamuk (Ditjen PPM dan PL, 2003:11).

Tingginya tingkat penyebaran HIV/AIDS pada kelompok manapun berarti bahwa semakin banyak orang menjadi sakit dan membutuhkan jasa pelayanan kesehatan. Perkembangan penyakit yang lambat, pasien sedikit demi sedikit menjadi lebih sakit dalam jangka waktu yang panjang sehingga membutuhkan semakin banyak

perawatan kesehatan, biaya langsung dari perawatan kesehatan tersebut semakin lama akan menjadi semakin besar, waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga untuk merawat pasien, dan tidak dapat melakukan aktivitas yang produktif dan sumber daya yang diberikan untuk merawat pasien HIV/AIDS sedikit dapat mempengaruhi program lainnya dan menghabiskan sumber daya untuk aktivitas kesehatan lainnya (KPA,2007:3)

Aspek penting dalam pencegahan HIV lebih diarahkan pada kelompok remaja dan dewasa muda. Kenyataannya bahwa 50,7% kasus AIDS berasal dari kelompok usia 15-29 tahun mengidentifikasi bahwa mereka tertular HIV pada usia yang masih sangat muda (Ditjen PPM dan PL, 2010:1), sejalan dengan fakta bahwa penyalahgunaan napza sebagian besar adalah remaja dan dewasa muda. Hampir 30% populasi Indonesia berusia antara 10-24 tahun dan seharusnya menjadi sasaran edukasi dan penyuluhan yang benar agar tidak masuk ke dalam resiko tinggi infeksi HIV (KPA, 2007:11). Sebagian besar penularan PMS melalui hubungan seksual, maka cara pencegahan yang paling efektif bagi remaja adalah :

- 1) Menghindari hubungan seksual sebelum menikah.
- 2) Melakukan kegiatan-kegiatan positif, agar tidak terlintas untuk melakukan hubungan seksual.

- 3) Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang resiko tertular PMS.
- 4) Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama.
- 5) Mendiskusikan dengan orang tua, guru atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, jangan malu untuk bertanya.
- 6) Mengendalikan diri saat bernesraan.
- 7) Bersikap waspada jika diajak ke suatu tempat yang sepi dan berbahaya.

d. Bahaya narkotik dan obat-obatan terlarang (Narkoba) dan minuman keras (Miras) pada kesehatan reproduksi

Narkotika dan Psikotropika (napza) merupakan obat yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan sehingga ketersediaannya perlu dijamin namun apabila narkotika dan psikotropika disalahgunakan dapat mengakibatkan gangguan fisik, mental, sosial, keamanan dan ketertiban masyarakat yang pada akhirnya mengganggu Ketahanan Nasional. Pengguna narkoba merebak diberbagai wilayah Indonesia dan menjalar ke generasi muda pada umumnya (KPAN, 2002:7)

Narkoba dan minuman yang mengandung alkohol mempunyai dampak terhadap sistem saraf manusia yang menimbulkan berbagai perasaan, seperti perasaan mengantuk, yang lain bisa menyebabkan

rasa tenang dan nikmat sehingga bisa melupakan segala kesulitan, sehingga beberapa remaja menyalahgunakan narkoba dan alkohol. Narkoba dan alkohol itu dalam dosis yang berlebihan bisa membahayakan jiwa orang yang bersangkutan dan sifat narkoba dan alkohol itu antara lain adalah menimbulkan ketergantungan (kecanduan) pada pemakainya. Semakin sering ia memakai narkoba atau minuman beralkohol maka semakin besar ketergantungannya sehingga suatu saat tidak dapat melepaskan diri lagi. Pada tahap ini remaja yang bersangkutan bisa menjadi kriminal atau menjadi pekerja seks untuk sekedar memperoleh uang pembelian narkoba atau minuman beralkohol (Sarwono, 2006:217)

Perilaku penggunaan alat suntik yang tidak steril bersama menyebabkan penularan HIV dan virus hepatitis C yang relatif cepat pada pengguna napza suntik (KPAN, 2002:6).

e. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual

Masyarakat Indonesia sedang beranjak dari keadaan yang tradisional ke kondisi yang lebih modern. hanya sebagian kecil remaja, yaitu yang tinggal di masyarakat yang belum terjangkau prasarana komunikasi (misalnya dikawasan suku terasing atau dipedesaan) yang masih hidup di alam yang benar-benar masih tradisional. Teknologi merupakan hal yang baru dalam masyarakat Indonesia yang mulai dikenal masyarakat walaupun bukan langsung

merupakan hasil ciptaan sendiri. Teknologi sejalan dengan adat-istiadat yang berhubungan dengan hubungan pria-wanita mulai ditinggalkan dan diganti dengan tata cara yang lebih bebas, sesuai dengan kondisi yang berlaku sekarang dan dimasa depan (Sarwono, 2006:104).

Hasil penelitian Keeler dalam Sarwono (2006:135-136), menyatakan anak-anak di Jawa dan Bali dididik untuk “malu”. Anak diajar untuk tidak melakukan sesuatu yang memalukan diri sendiri ataupun orang lain, akibatnya setelah dewasa mereka sering enggan melakukan sesuatu yang diperkirakannya akan memalukan, misalnya duduk di barisan terdepan dalam sebuah pertemuan, langsung mengambil makanan dalam sebuah pesta walaupun tuan rumah sudah berkali-kali mempersilahkan. Pengaruh lingkungan pada diri remaja tampak dalam aspek kehidupan beragama. Kehidupan beragama di Indonesia masih mewarnai sebagian besar kehidupan masyarakat, misalnya perkumpulan remaja di masjid atau gereja, berdoa jika seseorang akan melakukan sesuatu, akan tetapi sukar untuk menetapkan apakah tingkah laku didasarkan oleh keyakinan agama (iman) atau karena remaja itu berusaha untuk melaksanakan perannya dengan baik.

Kuatnya pengaruh teman dianggap sebagai biang keladi dari tingkah laku remaja yang buruk. Berbagai penelitian telah membuktikan hal itu, akan tetapi pada hakikatnya faktor terakhir

yang menentukan bagaimana tindakan seorang remaja adalah diri remaja itu sendiri. Penelitian K.Fisher dalam Sarwono (2006:133) telah membuktikan bahwa kebiasaan merokok pada remaja yang selama ini dianggap disebabkan oleh pengaruh teman dan iklan, ternyata sepenuhnya benar. Hal ini terjadi sejauh remaja itu memang sudah menjadi perokok atau mempunyai keinginan untuk menjadi perokok. Remaja yang tidak pernah atau tidak ingin menjadi perokok tetap tidak akan terpengaruh.

Alat komunikasi massa, seperti perpustakaan, majalah, surat kabar, ceramah radio, film, televisi memiliki pengaruh yang besar terhadap perkembangan sosial pribadi manusia pada umumnya (Gerungan, 2002:196). Masyarakat merasa tahu banyak tentang seks sesungguhnya tidak tahu apa-apa. Jika masyarakat tahu yang sesungguhnya mengenai seks, seharusnya menghilangkan acara-acara yang berhubungan dengan seks dari semua pertunjukan TV, buku, lagu dan majalah, karena seks, seperti yang dimaksudkan tidak dapat dikurangi dari layar kaca, CD atau selembarnya (Stenzel dan Crystal, 2004:15).

Kecenderungan pelanggaran makin meningkat oleh karena adanya penyebaran informasi dan rangsangan seksual melalui media massa yang dengan adanya teknologi canggih (*video cassette*, foto, satelit, telepon genggam, internet) menjadi tidak terbandung lagi. Remaja yang sedang dalam periode ingin tahu dan ingin mencoba,

akan meniru apa yang dilihat atau didengarkannya dari media massa, khususnya karena mereka pada umumnya belum pernah mengetahui masalah seksual sehingga sangat dibutuhkan informasi kesehatan (Sarwono, 2006:153-154).

Informasi kesehatan sebagaimana dimaksud di atas dilakukan melalui sistem informasi dan melalui lintas sektor. Ketentuan lebih lanjut mengenai sistem informasi sebagaimana dimaksud di atas diatur dengan Peraturan Pemerintah. Pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (UU No 36, 2009:64-65).

f. Kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya

Kekerasan seksual adalah setiap tindakan bersifat seks yang tidak disetujui, termasuk perkosaan dan eksploitasi seksual di antara tindakan-tindakan lainnya dan merupakan bagian dari kategori kekerasan berdasarkan gender yang lebih luas. Kekerasan dapat bersifat fisik, seksual, psikologi, ekonomi atau sosio-budaya (Ward, 2002:1).

Mencegah terjadinya pelecehan seksual dapat melalui:

- 1) Pelajari persoalan pelecehan seksual, minimal kita tahu bentuk pelecehan seksual dan lebih sensitif pada kekerasan seksual yang terjadi pada diri kita. Sekecil apapun yang terkait dengan

commit to user

hal-hal yang berbau seksual yang membuat kita tidak merasa nyaman.

- 2) Mampu bertindak menolak, mengatakan “TIDAK” dengan tegas apabila pacar atau orang lain meminta sesuatu yang mengarah ke hubungan seks.
- 3) Pacaran sehat, yaitu sehat secara fisik (bebas dari segala yang bentuk kekerasan fisik), sehat secara seksual (tidak melakukan aktivitas seksual dengan pacar), sehat sosial (masih memiliki kesempatan bersosialisasi dengan orang lain) dan sehat emosional atau psikis. Pacaran yang sehat itu diisi dengan kegiatan positif seperti belajar bersama, melakukan hobby bersama, mengerjakan tugas sekolah bersama.
- 4) Menyebarkan informasi tentang pelecehan seksual dengan lingkungan seperti teman, tetangga, sahabat dan yang paling penting adalah orang tua. Beri mereka informasi tentang segala hal yang ada kaitannya dengan pelecehan seksual.
- 5) Bersedia bertindak sebagai saksi apabila kita mengetahui tentang tindak pelecehan seksual, jangan takut dan jangan ragu untuk menjadi saksi, karena keterangan saksi sangat membantu tegaknya keadilan dan menentukan hukuman atas tindakan pelaku yang diharapkan agar menimbulkan efek jera bagi pelakunnya.

6) Mengkampanyekan anti kekerasan dan pelecehan seksual. Mendukung sosialisasi tentang anti kekerasan dan pelecehan seksual dan ajak orang-orang disekitar kita untuk paham tentang seluk beluk kekerasan dan pelecehan seksual dan mengikuti dan berperan serta kalau ada acara kampanye anti kekerasan dan pelecehan seksual agar kita semua dapat terhindar dan mencegahnya.

g. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu menangkal hal-hal yang bersifat negatif

Banyak survei mengungkapkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bahwa pengalaman seksual pertama mereka dimulai pada usia yang sangat muda. Informasi ini mengejutkan banyak orang dewasa, termasuk orang tua dan guru yang sering kali menghalangi upaya pemberian informasi mengenai seks dan kesehatan reproduksi pada anak usia yang muda itu. Banyak program ketrampilan hidup dan kesehatan reproduksi lainnya yang diarahkan pada anak muda difokuskan pada kelompok usia lebih tua. Anak perempuan di desa hampir 60% tidak melanjutkan sekolah setelah lulus SD sehingga mereka tidak akan mendapatkan kurikulum keterampilan hidup apabila hanya diberikan di SMA (Stranas KPA, 2007:11-12).

Kesulitan pada remaja dapat dikurangi dengan memberi latihan-latihan agar anak dapat mandiri sedini mungkin. Anak dapat memilih jalannya sendiri dengan kemandiriannya dan ia akan berkembang lebih mantap karena ia tahu dengan tepat saat-saat yang berbahaya. Ia dapat menentukan harus kembali berkonsultasi dengan orang tua atau dengan orang yang lebih dewasa lain yang lebih tahu dari dirinya sendiri (Sarwono, 2006:85).

h. Hak-hak reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Kesehatan reproduksi meliputi saat sebelum hamil, hamil, melahirkan, sesudah melahirkan, pengaturan kehamilan, alat kontrasepsi, kesehatan seksual dan kesehatan sistem reproduksi. Setiap orang memiliki hak-hak reproduksi sebagai berikut:

- 1) Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
- 2) Menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan atau kekerasan yang menghormati

nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.

- 3) Menentukan sendiri kapan dan seberapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- 4) Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan (UU 36, 2009:28)

Berdasarkan pendapat-pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dalam penelitian ini memiliki indikator sebagai berikut :

- a. Pengenalan organ dan fungsi organ reproduksi
- b. Mendewasakan usia perkawinan
- c. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS
- d. Narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi
- e. Pengaruh sosial dan media
- f. Kekerasan seksual dan bagaimana menghindari
- g. Kemampuan komunikasi
- h. Hak-hak reproduksi

2. Persepsi tentang Peran Keluarga

a. Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh proses penginderaan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera. Proses penginderaan akan berlangsung setiap saat, pada waktu individu menerima stimulus dari luar melalui alat indera. Stimulus yang diindera kemudian oleh individu diorganisasikan dan diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti kemudian menjadi sesuatu yang berarti, proses ini disebut dengan persepsi (Walgito, 2002:69).

Faktor-faktor yang berperan pada persepsi adalah sebagai berikut :

1) Objek yang dipersepsi

Objek menimbulkan stimulus yang mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus sebagian besar datang dari luar individu yang mempersepsi tetapi juga dapat datang dari dalam individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

2) Alat indera, syaraf dan pusat syaraf

Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus kemudian ada syaraf sensori untuk meneruskan stimulus yang diterima reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran.

3) Perhatian

Perhatian diperlukan untuk menyadari atau untuk mengadakan persepsi, yaitu merupakan langkah pertama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian merupakan pemusatan atau konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan objek (Walgito, 2002:70-71).

b. Peran keluarga

Keluarga merupakan lingkungan primer, sejak lahir sampai meninggalkan rumah untuk membentuk keluarga sendiri. Hubungan antara manusia yang paling intensif dan paling awal terjadi dalam keluarga, sebelum mengenal lingkungan yang lebih luas, terlebih dahulu mengenal lingkungan keluarga. Sebelum mengenal norma-norma dan nilai-nilai dari masyarakat umum, pertama kali menyerap norma-norma dan nilai-nilai yang berlaku dalam keluarganya. Norma dan nilai yang berlaku dalam keluarga yang diturunkan melalui pendidikan dan pengasuhan orang tua terhadap anak-anak mereka secara turun temurun sehingga tidak heran apabila nilai-nilai yang dianut orang tua akhirnya dianut oleh remaja, begitu pula bahwa segala sifat negatif yang ada pada anak sebenarnya ada pula pada orang tuanya. Hal ini bukan semata-mata karena faktor bawaan melainkan karena proses pendidikan, proses sosialisasi.

Peran orang tua dalam komunikasi dengan remaja terbatas dalam hal-hal tertentu saja, seperti pendidikan, pelajaran, kesehatan atau keuangan, untuk masalah pergaulan dan khususnya seksual, remaja cenderung lebih banyak bertanya kepada teman-temannya (Sarwono, 2006:114).

1) Status sosial-ekonomi

Keadaan sosio-ekonomi keluarga tentulah mempunyai peranan terhadap perkembangan anak-anak, dengan adanya perekonomian yang cukup, lingkungan materil yang dihadapi anak di dalam keluarganya itu lebih luas, ia mendapatkan kesempatan yang lebih luas mengembangkan bermacam-macam kecakapan. Orang tua dapat mencurahkan perhatian yang lebih mendalam kepada pendidikan anaknya apabila ia tidak disulitkan dengan perkara kebutuhan-kebutuhan primer kehidupan manusia. Status sosial-ekonomi itu tidak merupakan faktor mutlak dalam perkembangan sosial, sebab hal ini bergantung kepada sikap-sikap orang tuanya dan bagaimana corak interaksi di dalam keluarga. Status sosial-ekonomi orang tua memuaskan, tetapi apabila mereka tidak memperhatikan pendidikan anaknya atau senantiasa bercekcok tidak akan menguntungkan bagi perkembangan sosial anak-anaknya. Pada akhirnya, perkembangan sosial anak itu turut ditentukan pula

oleh sikap-sikap anak sendiri terhadap keadaan keluarga (Gerungan, 2002:180-182).

Keterlibatan orang tua adalah pengaruh besar dalam membantu remaja menghindari resiko seperti merokok, minum minuman keras, penggunaan narkoba, aktivitas seksual, kekerasan dan upaya bunuh diri, disamping meningkatkan prestasi pendidikan dan pencapaian yang diharapkan. Banyak keluarga makan malam bersama-sama dapat menjadi cara penting untuk menjaga hubungan bagi anak-anak dan orang tua (Council of Economic Advisors, 2002:3).

2) Keutuhan keluarga

Salah satu faktor utama lain yang mempengaruhi perkembangan sosial ialah faktor keutuhan keluarga. Keutuhan keluarga ialah bahwa di dalam keluarga itu adanya ayah disamping adanya ibu dan anak-anak, apabila tidak ada ayahnya atau ibunya atau kedua-duanya, maka struktur keluarga sudah tidak utuh lagi. Sama halnya apabila ayahnya atau ibunya jarang pulang kerumah dan berbulan-bulan meninggalkan anaknya karena tugas yang lain dan hal ini terjadi secara berulang-ulang, maka struktur keluarga itu pun sebenarnya tidak utuh lagi. Pada akhirnya apabila orangtuanya hidup bercerai merupakan keluarga yang tidak utuh lagi. Keutuhan dalam interaksi

keluarga dimaksudkan pula selain keutuhan dalam struktur keluarga, jadi di dalam keluarga berlangsung interaksi sosial yang wajar (harmonis). Keluarga itu tidak dapat disebut utuh apabila orang tua sering bercekcok dan menyatakan sikap saling bermusuhan dengan disertai tindakan-tindakan yang agresif. Pengaruh ketidakutuhan keluarga mempunyai peranan yang negatif terhadap perkembangan kecakapan (prestasi) dan tingkah laku (Gerungan, 2002:185-187).

3) Sikap dan kebiasaan orang tua

Peranan keadaan keluarga terhadap perkembangan sosial anak-anak tidak hanya terbatas pada situasi sosial-ekonominya atau keutuhan struktur dan interaksinya saja, juga cara-cara dan sikap-sikap dalam pergaulannya memegang peranan yang cukup penting di dalam mempengaruhi suasana interaksi keluarga dan dapat merangsang perkembangan pribadi anak. Hasil penelitian Baldwin dalam Gerungan (2002:189), bahwa makin otoriter orang tuanya, makin berkurang ketidaktaatannya, tetapi makin kurangnya inisiatif, tidak dapat merencanakan sesuatu, daya tahan berkurang dan muncul ciri-ciri takut. Sebaliknya sikap demokratis orang tua menimbulkan ciri-ciri berinisiatif, tidak takut-takut, lebih giat, lebih bertujuan, tetapi juga memberi kemungkinan berkembangnya sikap tidak taat dan tidak mau

menyesuaikan diri. Sikap otoriter orang tua adalah orang tua memberikan banyak larangan kepada anak, dan yang harus mereka laksanakan tanpa bersoal jawab, tanpa ada pengertian pada anak. Didikan yang demokratis dirumuskan sebagai didikan dimana orang tua sering berdiskusi mengenai tindakan yang harus diambil, menerangkan alasan dari peraturan, menjawab pertanyaan anak dan bersikap toleran.

Terdapat pula serentetan eksperimen mengenai sikap-sikap *over-protective* dari orang tua, dimana orang tua terlampau cemas-cemas dan hati-hati dalam hal pendidikan anak-anak. Orangtua dalam hal ini senantiasa menjaga keselamatan anak-anak dan mengambil tindakan yang berlebihan supaya anak kesayangan itu terhindar dari bermacam-macam bahaya sehingga berkembang ciri-ciri sangat bergantung kepada orang tua di dalam tingkah lakunya. Sikap penolakan orang tua terhadap anak, yaitu sikap menyesal dan tidak setuju karena beberapa sebab dengan adanya anak, mudah berkembang ciri-ciri agresivitas dan tingkah laku bermusuhan serta gejala menyeleweng seperti berdusta, mencuri dapat berkembang karena sikap penolakan dari orang tua (Gerungan, 2002:190).

4) Status anak

Status anak juga berperan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi perkembangannya di dalam keluarga, misalnya status anak sebagai anak tunggal, anak sulung atau anak bungsu diantara kakak dan adiknya. Orang tua yang hanya memiliki seorang anak saja menghadapi tugas pendidikan yang khas dan yang berbeda dan lebih berat daripada tugas pendidikan anak-anak yang bersaudara. Anak tunggal mengalami hambatan dalam perkembangan sosialnya, karena ia tidak bisa sehari-hari bergaul dengan anak-anak sebaya dalam interaksi kelompok kekeluargaan yang sangat dibutuhkan. Peranan status anak sulung di dalam keluarga menjadi kurang aktif dan kurang berusaha dibandingkan dengan anak yang kedua, yang justru sangat giat dan berambisi. Berdasarkan atas kenyataan bahwa anak pertama itu biasanya memiliki perasaan dihargai dan diperhatikan orang tua yang lebih besar dari pada anak yang kedua atau yang berikutnya. Anak kedua akan merasa lebih giat, aktif dan berambisi dalam tingkah lakunya untuk memperoleh penghargaan dan perhatian orang tua yang sama besarnya seperti yang diperoleh kakak pertama (Gerungan, 2002:191-192).

Berdasarkan pendapat-pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa persepsi tentang peran keluarga dalam penelitian ini memiliki indikator persepsi tentang peran keluarga :

- 1) Keadaan sosial-ekonomi keluarga
- 2) Keutuhan keluarga
- 3) Sikap dan kebiasaan orang tua
- 4) Status anak dalam keluarga

3. Perilaku Sexual pada Remaja

a. Perilaku

Perilaku manusia merupakan hasil segala macam pengalaman serta interaksi manusia yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku merupakan suatu tindakan yang mempunyai frekuensi, lama dan tujuan khusus, baik yang dilakukan secara sadar maupun tidak sadar (Walgito, 2002:8,10).

Seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia dari segi biologis adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas seperti berjalan, berbicara, menangis, bekerja. Skinner dalam Walgito (2002:57) membedakan perilaku menjadi dua dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus :

- 1) Perilaku yang alami (*innate behavior*) yang kemudian disebut juga sebagai *respondent behavior* yaitu perilaku yang ditimbulkan oleh stimulus yang jelas, perilaku bersifat refleksif.
- 2) Perilaku operan (*Overt Behavior*), yaitu perilaku yang ditimbulkan oleh stimulus yang tidak diketahui tetapi ditimbulkan oleh organisme itu sendiri. Perilaku operan belum tentu di dahului oleh stimulus tertentu.

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor baik dari dalam maupun dari luar individu. Aspek-aspek dalam diri individu yang sangat berperan atau berpengaruh dalam perubahan perilaku adalah persepsi, motivasi dan emosi. Persepsi adalah proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indera (Walgito, 2002:69). Motivasi adalah keadaan dalam diri individu yang mendorong perilaku ke arah tujuan (Walgito, 2002: 169). Emosi adalah suatu keadaan kejiwaan pada organisme atau individu sebagai akibat adanya peristiwa atau persepsi yang dialaminya (Walgito, 2002:155).

b. Remaja

Dalam ilmu kedokteran remaja dikenal sebagai suatu tahap perkembangan fisik ketika alat-alat kelamin manusia mencapai kematangannya. *World Health Organization* (WHO) menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja yang dibagi

menjadi dua bagian, yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun dan mendefinisikan remaja adalah suatu masa ketika :

- 1) Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
- 2) Individu mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.
- 3) Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial-ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relative lebih mandiri (Sarwono, 2006:9)

Remaja dalam ilmu psikologis juga diperkenalkan dengan istilah lain seperti *puberteit*, *adolescence* dan *youth*. Remaja dalam bahasa Indonesia sering pula dikaitkan pubertas atau remaja. Remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, berlangsung antara usia 12 sampai 21 tahun. Masa remaja terdiri dari masa remaja awal usia 12-15 tahun, masa remaja pertengahan usia 15-18 tahun, dan masa remaja akhir usia 18-21 tahun (Monks; Knoers; Haditono, 2002:262). Masa remaja disebut juga sebagai periode dalam perkembangan yang dijalani seseorang yang terbentang sejak berakhirnya masa kanak-kanaknya sampai datangnya awal masa dewasanya (Alberty dalam Makmun, 2001:130).

Definisi remaja untuk masyarakat Indonesia secara umum data digunakan usia 11-24 tahun dan belum menikah dengan pertimbangan-pertimbangan sebagai berikut :

- 1) Usia sebelas tahun adalah usia ketika pada umumnya tanda-tanda seksual sekunder mulai nampak (kriteria fisik).
- 2) Banyak masyarakat Indonesia, usia 11 tahun sudah dianggap akil balik, baik menurut adat maupun agama, sehingga masyarakat tidak lagi memperlakukan mereka sebagai anak-anak (kriteria sosial).
- 3) Pada usia tertentu mulai ada tanda-tanda penyempurnaan perkembangan jiwa, seperti tercapainya identitas diri, tercapainya fase genital dari perkembangan psikoseksual, dan tercapainya puncak perkembangan kognitif maupun moral (kriteria psikologis).
- 4) Batas usia 24 tahun merupakan batas maksimal, yaitu untuk memberi peluang bagi mereka yang sampai batas usia tersebut masih menggantungkan diri pada orang tua, belum mempunyai hak-hak penuh sebagai orang dewasa (secara adat istiadat), belum dapat memberikan penghasilan sendiri. Golongan ini cukup banyak di Indonesia terutama di kalangan masyarakat kelas menengah ke atas yang mempersyaratkan berbagai hal (terutama pendidikan yang setinggi-tingginya) untuk mencapai kedewasaan.

- 5) Arti perkawinan masih sangat penting di masyarakat Indonesia. Seorang yang sudah menikah pada usia berapa pun dianggap dan diperlakukan sebagai orang dewasa penuh, baik secara hukum maupun dalam kehidupan masyarakat dan keluarga (Sarwono, 2006:14).

c. Perilaku seksual pada remaja

1) Definisi

Perilaku seksual adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenisnya maupun dengan sesama jenis. Bentuk-bentuk tingkah laku ini bermacam-macam, mulai dari perasaan tertarik sampai tingkah laku berkencan, bercumbu dan bersenggama. Objek seksualnya bisa berupa orang lain, orang dalam khayalan atau diri sendiri. Objek seksual orang lain meliputi :

- a) Perasaan tertarik dan berpegangan tangan
- b) Berpelukan
- c) Berciuman
- d) *Hickey*, yaitu menghisap atau menggigit dengan gemas pasangan pada leher, payudara atau paha sampai meninggalkan tanda merah atau memar.
- e) *Necking*, yaitu berciuman atau berpelukan yang lebih mendalam di area wajah dan leher.

- f) *Petting*, merasakan atau mengusap-usap tubuh pasangan pada daerah lengan, dada, payudara, daerah kemaluan baik di dalam maupun di luar pakaian.
- g) Hubungan kelamin
- h) *Oral sex*, yaitu merangsang daerah genetal dengan mulut.
- i) *Anal sex*, yaitu menyelipkan penis yang tegang ke dalam dubur pasangannya (Sarwono 2006:142)

Objek seksual diri sendiri, seperti contoh berfantasi atau berhayal tentang seksual, menyalurkannya melalui mimpi basah, onani pada laki-laki atau masturbasi. Onani atau masturbasi merupakan suatu kegiatan menyentuh, merangsang bagian tubuh sendiri baik tanpa menggunakan alat maupun dengan menggunakan alat khusus bagian tubuh yang sensitif untuk mendapatkan kepuasan seksual. Sebagian dari tingkah laku itu memang tidak berdampak apa-apa, terutama jika tidak ada akibat fisik atau sosial yang dapat ditimbulkannya. Dampak dari sebagian perilaku seksual yang lain cukup serius, seperti perasaan bersalah, depresi, marah, ketegangan mental, kebingungan akan peran sosial (tiba-tiba hamil), cemooh dan penolakan dari masyarakat sekitar, terganggunya kesehatan dan resiko kehamilan, kematian bayi yang tinggi, putus sekolah, beban ekonomi (perawatan), penyakit kelamin (Sarwono, 2006:142-143).

2) Faktor penyebab

Berikut dijabarkan faktor-faktor penyebab perilaku seksual pada remaja menurut Sarwono (2006:154-165):

a) Meningkatnya libido seksualitas

Robert Havighurts dalam Sarwono (2006:154) menyatakan bahwa seorang remaja menghadapi tugas-tugas perkembangan sehubungan dengan perubahan-perubahan fisik dan peran sosial yang sedang terjadi pada dirinya. Tugas-tugas perkembangan itu antar lain adalah menerima kondisi fisiknya (yang berubah) dan memanfaatkan dengan teman sebaya dari jenis kelamin berbeda, menerima perasan seksual masing-masing (laki-laki atau perempuan) dan mempersiapkan perkawinan dan kehidupan berkeluarga.

Beberapa hasil penelitian di Indonesia menunjukkan adanya penurunan batas usia hubungan seks pertama kali. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Iskandar dalam Sarwono (2006:155) menyatakan sebanyak 18% responden di Jakarta berhubungan seks pertama di bawah 18 tahun dan usia termuda 13 tahun.

b) Penundaan usia perkawinan

Perubahan-perubahan hormonal yang meningkatkan hasrat seksual (libido seksualitas) remaja membutuhkan *commit to user*

penyaluran dalam bentuk tingkah laku seksual tertentu. Penyaluran itu tidak dapat segera dilakukan karena adanya penundaan usia perkawinan, baik secara hukum oleh karena adanya undang-undang tentang perkawinan yang menetapkan batas usia menikah, maupun karena norma sosial yang semakin lama semakin menuntut persyaratan yang semakin tinggi untuk perkawinan (pendidikan, pekerjaan, persiapan mental). Usia perkawinan ditunda, norma-norma agama tetap berlaku. Seseorang dilarang untuk melakukan hubungan seks sebelum menikah. Larangan berkembang lebih jauh kepada tingkah laku yang lain seperti berciuman dan masturbasi. Remaja yang tidak dapat menahan diri akan terdapat kecenderungan untuk melanggar larangan tersebut.

c) Tabu atau larangan

Masyarakat menganggap bahwa ada kaitan langsung antara perkawinan dengan seks, seakan-akan perkawinan berarti hubungan seks dan hubungan seks sama dengan perkawinan. Hubungan seks di luar perkawinan tidak hanya dianggap tidak baik, tetapi juga tidak boleh ada. Anggapan ini sangat dipengaruhi oleh ajaran agama, yang pada akhirnya menyebabkan sikap negatif masyarakat terhadap seks. Orang tua dan pendidik jadi tidak dapat terbuka atau

berterus terang kepada anak-anak atau anak didiknya mengenai seks, takut apabila anak-anak jadi ikut atau terpengaruh melakukan seks sebelum waktunya (sebelum menikah). Seks kemudian menjadi tabu untuk dibicarakan walaupun antara anak dengan orang tuanya sendiri.

d) Kurangnya informasi tentang seksual

Remaja memasuki usia remaja pada umumnya tanpa pengetahuan yang memadai tentang seks dan selama hubungan pacaran berlangsung pengetahuan itu bukan saja tidak bertambah tetapi sebaliknya, bertambah informasi-informasi yang salah. Orang tua tabu membicarakan seks dengan anaknya dan hubungan orang tua dengan anak terlanjur jauh sehingga anak berpaling ke sumber-sumber lain yang tidak akurat, khususnya teman.

e) Pergaulan yang semakin bebas

Kebebasan pergaulan remaja dengan mudah dapat disaksikan dalam kehidupan sehari-hari, khususnya di kota-kota besar. Survei di Jawa Tengah 10% dari 600 pelajar SMU mengaku sudah pernah melakukan hubungan intim (Alatas, 2008:1). Penelitian yang dilakukan oleh Fakultas Psikologi UI dalam Sarwono (2006:165) meneliti siswa-siswi di Jakarta dan Banjarmasin dan hasilnya 93% remaja pernah berpegangan tangan dengan pacarnya, 61,6%

(pria) dan 39,4% (wanita) pernah berciuman, 2,32% (pria) dan 6,7% (wanita) meraba payudara, 7,1% (pria) dan 1% (wanita) memegang alat kelamin, 2% pernah bersenggama dengan pacarnya. Angka-angka tersebut kiranya telah cukup mencerminkan keadaan pergaulan bebas antara remaja pria dan wanita.

Berdasarkan pendapat-pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku seksual remaja dalam penelitian ini merupakan aktivitas remaja yang didorong oleh hasrat seksual baik yang dilakukan sendiri maupun dengan pasangannya tanpa ada ikatan pernikahan memiliki indikator sebagai berikut :

- 1) Perasaan tertarik dan berpegangan tangan
- 2) Berpelukan
- 3) Berciuman
- 4) *Hickey*
- 5) *Necking*
- 6) *Petting*
- 7) Bersenggama (hubungan kelamin)
- 8) *Oral Sex*
- 9) *Anal Sex*
- 10) *Onani* atau *Masturbasi*

B. Penelitian yang Relevan

Menurut sepengetahuan penulis, belum ada penelitian yang sama persis dengan penelitian ini namun beberapa penelitian yang serupa adalah :

1. Permata (2003), dengan penelitian yang berjudul Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap terhadap Kesehatan Reproduksi, Kehamilan dan Keluarga Berencana pada siswa kelas 3 dari 6 SMU di Kota Bengkulu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang tinggi dan sikap yang positif terhadap kesehatan reproduksi, kehamilan dan keluarga berencana.
2. Irianti (2007), dengan penelitian yang berjudul Hubungan antara Pengetahuan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Sehat pada Remaja di Bekasi. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar remaja di Bekasi memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi dan perilaku seksual yang baik dengan kesimpulan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual sehat di Bekasi.
3. Soetjiningsih (2008), dengan penelitian yang berjudul Hubungan Orangtua dengan Remaja, *Self-Esteem*, Tekanan Negatif Teman Sebaya, Religiusitas dan Eksposur Media Pornografi terhadap Perilaku Seksual Pranikah Remaja. Hasil dari penelitian ini adalah faktor hubungan orang tua-remaja, *self-esteem*, tekanan negatif teman sebaya, religiusitas dan eksposur media pornografi mempunyai pengaruh signifikan baik langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku seksual pranikah remaja.

C. Kerangka Berpikir

1. Hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja

Kebebasan bergaul sangatlah diperlukan agar remaja tidak “kuper” dan “jomblo” yang bisa dikatakan “anak mama”. Banyak teman maka banyak pengetahuan, namun tidak semua teman sejalan dengan apa yang diinginkan, mungkin mereka menyukai hura-hura, menyukai dengan yang berbau pornografi, dan tentu saja ada yang bersikap terpuji, benar agar remaja tidak terjerumus ke pergaulan bebas yang menyesatkan.

Masa remaja merupakan suatu masa yang menjadi bagian dari kehidupan manusia yang di dalamnya penuh dengan dinamika. Dinamika kehidupan remaja ini akan sangat berpengaruh terhadap pembentukan diri remaja itu sendiri. Masa remaja dapat dicirikan dengan banyaknya rasa ingin tahu pada diri seseorang dalam berbagai hal dan tidak terkecuali bidang seks.

Seiring dengan bertambahnya usia seseorang, organ reproduksipun mengalami perkembangan dan pada akhirnya akan mengalami kematangan. Kematangan organ reproduksi dan perkembangan psikologis remaja yang mulai menyukai lawan jenisnya serta arus media informasi baik elektronika maupun non elektronika akan sangat berpengaruh terhadap perilaku seksual individu remaja tersebut.

Rasa ingin tahu pada masa remaja tentang masalah seksual sangat penting dalam pembentukan hubungan yang lebih matang dengan lawan

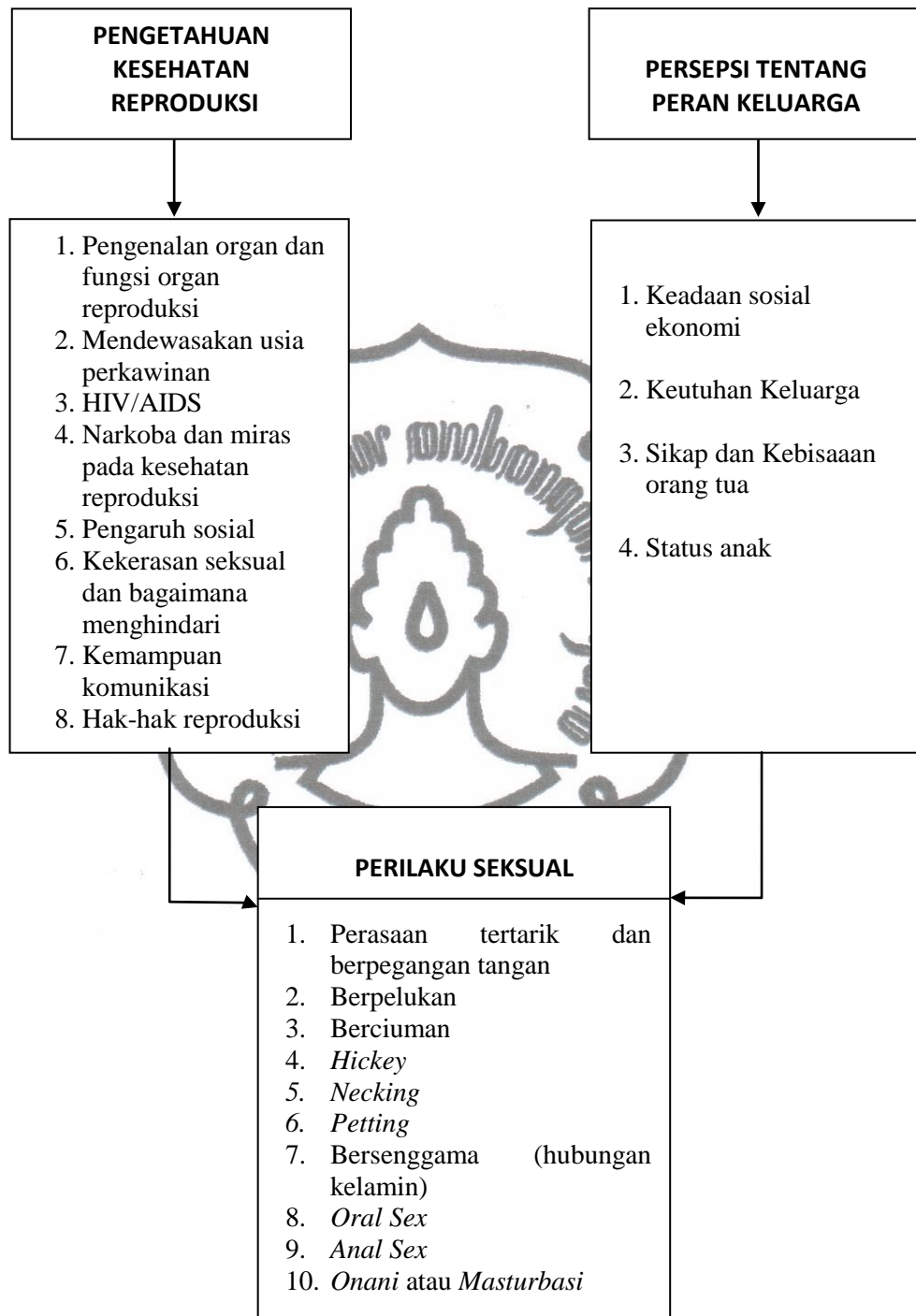
jenis. Matangnya fungsi-fungsi seksual maka mendorong adanya keinginan-keinginan untuk pemuasan seksual. Sebagian besar dari remaja sudah mengembangkan perilaku seksualnya dengan lawan jenis dalam bentuk pacaran atau percintaan, apabila ada kesempatan para remaja melakukan sentuhan fisik, mengadakan pertemuan untuk bercumbu bahkan kadang-kadang remaja tersebut mencari kesempatan untuk melakukan hubungan seksual.

2. Hubungan antara persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Keluarga merupakan lingkungan primer, hubungan antar manusia yang paling intensif dan paling awal terjadi dalam keluarga. Sebelum seorang anak mengenal lingkungan yang lebih luas, ia terlebih dahulu mengenal lingkungan keluarganya. Anggota keluarga semakin jarang berada di rumah oleh karena adanya kegiatan-kegiatan lain, seperti keharusan untuk bekerja, sekolah yang sebagian besar dilakukan di luar rumah. Seringkali remaja merasa bahwa orang tuanya menolak membicarakan masalah seks pranikah sehingga mereka mencari alternatif sumber informasi lain seperti teman atau media massa. Orang tua juga perlu mengembangkan kepercayaan anak pada orang tua disamping komunikasi yang baik dengan anak. Remaja lebih terbuka dan mau bercerita pada orang tua agar orang tua dapat memantau pergaulan anak/remajanya terutama mengenai perilaku seksual remaja tersebut.

3. Hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

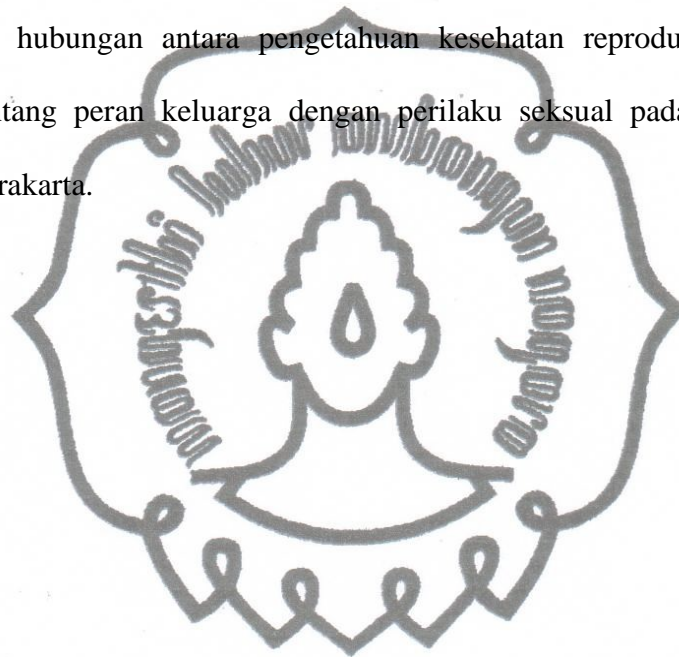
Membicarakan remaja adalah membicarakan masa depan bangsa Indonesia. Remaja diharapkan tidak melakukan perilaku beresiko untuk tertular HIV, mengingat besarnya dorongan rasa ingin tahu dan masih terbatas pengetahuan tentang dampak perilaku beresiko. Menyadari perilaku beresiko sudah dimulai pada saat usia remaja, maka diperlukan upaya-upaya program pendidikan yang mengajarkan resiko penularan dan cara-cara pencegahan yang sesuai, seperti menghindari perilaku seks. Tidak hanya adanya keingintahuan dan dorongan teman, tetapi juga kurang pengetahuan dan keterampilan untuk melindungi diri ikut mempengaruhi adanya perilaku beresiko. Upaya tersebut diharapkan dapat dilakukan secara struktural sehingga dapat menjangkau generasi muda yang sedang sekolah atau di luar sekolah.



Gambar 1. Kerangka Berpikir Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja

D. Hipotesis

1. Ada hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual pada remaja di kota Surakarta.
2. Ada hubungan antara persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di kota Surakarta.
3. Ada hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi tentang peran keluarga dengan perilaku seksual pada remaja di kota Surakarta.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *crosssectional* dengan menggunakan rancangan korelasional (*corelational research*) yang bertujuan untuk mendeteksi sejauh mana variasi-variasi pada suatu faktor berkaitan dengan variasi-variasi pada satu atau lebih faktor lain berdasarkan pada koefisien korelasi.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Pengambilan data dalam penelitian ini akan dilakukan di SMAN di Kota Surakarta, yaitu :

- a. SMAN 3 : Jl. RE.Martadinata 143 Surakarta
- b. SMAN 5 : Jl. Letjen Sutoyo 18 Ska
- c. SMAN 6 : Jl. MR. Sartono No.30 Ska
- d. SMAN 7 : Jl. MR Muhammad Yamin No.79 Ska

2. Waktu penelitian

Usulan penelitian tesis disusun pada bulan februari 2011 hingga april 2011. Penyajian usulan penelitian tesis dilaksanakan pada tanggal 12 April 2011 dan revisi usulan penelitian tesis disusun hingga minggu ke empat di bulan april 2011. Persiapan penelitian dan pelaksanaan

commit to user

penelitian dilaksanakan pada minggu ke dua di bulan mei 2011. pengumpulan data dan analisis sekaligus bimbingan hasil penelirian tesis dilaksanakan hingga minggu pertama pada bulan juni 2011. Seminar hasil tesis dilaksanakan pada tanggal 5 Juli 2011 dan dilanjutkan revisi dan pengumpulan tesis hingga minggu ke dua bulan juli 2011.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah remaja berusia 15-18 tahun, baik laki-laki maupun perempuan yang bersekolah di SMA Negeri se-Surakarta berjumlah 4213 siswa (Diknas, 2010:2)

Tabel 2. Rekap Data Seluruh Siswa Sekolah Menengah Atas Negeri di Surakarta Periode 2010/2011

No	Sekolah	Alamat	Total
1.	SMAN 1	Jl. Monginsidi No. 40 Ska	453
2.	SMAN 2	Jl. Monginsidi No. 40 Ska	1018
3.	SMAN 3	Jl. RE.Martadinata 143 Ska	484
4.	SMAN 4	Jl. Adisucipto No.1 Ska	361
5.	SMAN 5	Jl. Letjen Sutoyo 18 Ska	333
6.	SMAN 6	Jl. MR. Sartono No.30 Ska	948
7.	SMAN 7	Jl. MR Muhammad Yamin No.79 Ska	306
8.	SMAN 8	Jl. Sumbing VI/49 Ska	310
Total Populasi			4213

Sumber : Data Pokok Pendidikan Dinas Pendidikan Nasional Wilayah Surakarta 2011

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini sejumlah 134 subjek penelitian. Besar sampel dihitung dengan rumus Khotari dalam Murti (2010:98) sebagai berikut :

commit to user

$$s = \frac{N \cdot Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{4213 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,9 \cdot 0,1}{0,05^2(4213 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,9 \cdot 0,1}$$

$$n = \frac{4213 \cdot (3,84) \cdot (0,09)}{(10,53) + (0,3456)}$$

$$n = \frac{1456,01}{10,8756}$$

$$n = 133,88 = 134 \text{ responden}$$

Keterangan

n : besar sampel

N : besar populasi

p : perkiraan proporsi (prevalensi) variabel dependen pada populasi

q : 1-p

$Z_{1-\alpha/2}$: statistik Z (Z=1,96 untuk $\alpha=0,05$)

d : delta, presisi absolut atau *margin of error* yang diinginkan di kedua sisi proporsi ($\pm 5\%$)

Teknik pengambilan sampel yang penulis gunakan adalah *Multistage Randomized Sampling*. Pada tahap pertama dipilih 3 SMAN dari 8 SMAN dengan teknik random (undian) diperoleh SMAN 3, SMAN 6 dan SMAN 7 dan tahap kedua sampel diambil dengan proporsional di tiap SMAN yang terpilih. *commit to user*

Pembagian sampel masing-masing SMAN dapat dilihat melalui perhitungan sebagai berikut (dibagi secara proporsional) :

a. SMAN 3: $\frac{484}{1738} \times 134 = 37 \text{ responden}$

b. SMAN 6: $\frac{948}{1738} \times 134 = 73 \text{ responden}$

c. SMAN 7: $\frac{306}{1738} \times 134 = 24 \text{ responden}$

D. Definisi Operasional

1. Pengetahuan kesehatan reproduksi adalah kemampuan remaja dalam memahami mengenai kesehatan reproduksi yang mencakup sistem organ reproduksi, mendewasakan usia perkawinan, HIV/AIDS, Narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi, pengaruh sosial, kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya, kemampuan komunikasi dan hak-hak reproduksi.
2. Persepsi tentang peran keluarga adalah persepsi remaja mengenai peran orang tua yang dilakukan dalam mengasuh dan berkomunikasi melalui keadaan sosial ekonomi, keutuhan keluarga, sikap dan kebiasaan orang tua dan status anak.
3. Perilaku seksual remaja adalah aktivitas remaja yang didorong oleh hasrat seksual baik yang dilakukan sendiri, dengan lawan jenis maupun sesama jenis tanpa adanya ikatan pernikahan seperti perasaan tertarik dan berpegangan tangan, berpelukan, berciuman, *hickey*, *necking*, *petting*, bersenggamam, *oral sex*, *anal sex*, *onani* atau *masturbasi*.

commit to user

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Sumber data

- a. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung oleh penulis dari subyek penelitian yaitu jawaban dari para responden. Data primer diperoleh berupa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, persepsi tentang peran keluarga dan perilaku seksual yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner.
- b. Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung oleh penulis tetapi telah dikumpulkan pihak lain. Data sekunder dalam penelitian ini adalah studi pustaka dan dari internet.

2. Cara pengumpulan data

Cara pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan pendampingan yaitu mengadakan pengamatan langsung terhadap subyek penelitian saat pengisian dilakukan secara bersama-sama. Hal ini dilakukan untuk menghindari bias (diisi oleh orang lain).

3. Instrumen penelitian

- a. Instrumen

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa tes (*multiple choise*) dan skala sikap (kuesioner).

1) Tes

Tes *multiple choice* dengan 5 pilihan merupakan instrumen yang akan digunakan untuk mengukur pengetahuan responden tentang kesehatan reproduksi dengan skor 1 jika jawaban benar dan skor 0 jika jawabannya salah (Kisi-Kisi terlampir pada lampiran 1).

2) Skala sikap

Kuesioner dengan skala *Likert* dalam penelitian ini menjadi instrumen yang akan digunakan untuk mengukur persepsi tentang peran keluarga. Skala ini merupakan salah satu cara menentukan *score* (nilai), dimana setiap responden diminta untuk memberikan jawaban atas pernyataan yang diajukan dengan skor yang telah ditetapkan sebelumnya. Skor yang ditetapkan untuk skala sikap persepsi peran keluarga adalah sebagai berikut bagi pernyataan yang *favorable* :

- a) Pilihan Sangat Setuju (SS), diberi skor 4
- b) Pilihan Setuju (S), diberi skor 3
- c) Pilihan Ragu-Ragu (R), diberi skor 2
- d) Pilihan Tidak Setuju (TS), diberi skor 1
- e) Pilihan Sangat Tidak Setuju (STS), diberi skor 0

Pernyataan yang *unfavorable* sebagai berikut:

- a) Pilihan Sangat Setuju (SS), diberi skor 0
- b) Pilihan Setuju (S), diberi skor 1

- c) Pilihan Ragu-Ragu (R), diberi skor 2
- d) Pilihan Tidak Setuju (TS), diberi skor 3
- e) Pilihan Sangat Tidak Setuju (STS), diberi skor 4 (Kisi-Kisi dari skala pernyataan terdapat pada lampiran 2).

Skor yang ditetapkan untuk skala sikap perilaku seksual remaja adalah sebagai berikut :

- a) Pilihan tidak pernah (TP), diberi skor 0
 - b) Pilihan jarang (J), diberi skor 1
 - c) Pilihan kadang-kadang (KK), diberi skor 2
 - d) Pilihan sering (S), diberi skor 3
 - e) Pilihan sangat sering (SS), diberi skor 4 (Kisi-Kisi dari skala pernyataan terdapat pada lampiran 3).
- b. Uji validitas dan reliabilitas instrument

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini diuji cobakan kepada 30 di SMAN 5 Surakarta pada bulan Maret 2011.

1) Tes (*multiple-choice*)

- a) Indeks kesukaran (P)

$$P = \frac{B}{JS}$$

Keterangan :

P : indeks kesukaran

B : banyak siswa yang menjawab soal tersebut dengan benar

JS : jumlah seluruh siswa peserta tes

Klasifikasi indeks kesukaran :

P : 0.00-0.30 : sukar

P : 0.30-0.70 : sedang

P : 0.70-1.00 : mudah (Arikunto, 2006:210)

Tabel 3. Ringkasan Hasil Uji Indeks Kesukaran Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Klasifikasi	Nomor Soal	Total	%
Sukar	3,9,12,13,16,19,20,24,30,31,34	11	28,21
Sedang	2,4,5,8,10,11,14,18,21,23,25, 26,27,29,32,33,36,37,38,39.	20	51,28
Mudah	1,6,7,15,17,22,28,35.	8	20,51
Total		39	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 3, dari 39 soal tes pengetahuan kesehatan reproduksi remaja yang telah diuji cobakan didapatkan hasil 11 soal sukar, 8 soal mudah dan sisanya (20 soal) termasuk dalam klasifikasi tingkat kesukaran yang sedang. Data lengkap terlampir pada lampiran 10.

b) Daya pembeda (D)

Seluruh hasil jawaban responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok (kelompok atas dan kelompok bawah) kemudian dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

commit to user

$$D = P_A - P_B = \frac{B_A}{J_A} - \frac{B_B}{J_B}$$

Keterangan :

J : jumlah peserta tes

J_A : banyaknya peserta kelompok atas

J_B : banyaknya peserta kelompok bawah

B_A : banyaknya peserta kelompok atas yang menjawab soal itu dengan benar

B_B : banyaknya peserta kelompok bawah yang menjawab soal itu dengan benar

P_A : Proporsi peserta kelompok bawah yang menjawab benar

P_B : Proporsi peserta kelompok bawah yang menjawab benar

Klasifikasi daya pembeda (Arikunto, 2006:218) :

D : 0.00-0.20 : jelek (*poor*)

D : 0.20-0.40 : cukup (*satisfaction*)

D : 0.40-0.70 : baik (*good*)

D : 0.70-1.00 : sangat baik (*excellent*)

Tabel 4. Ringkasan Hasil Uji Daya Beda Soal Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Klasifikasi	Nomor Soal	Total	%
Baik	10,11,16,25,37,38	6	15,39
Cukup	4,6,7,8,12,18,23,24,26,27,28,29,30,31,32,33,36,39	18	46,15
Jelek	1,2,3,5,9,13,14,15,17,19,20,21,22,34,35	15	38,46
Total		39	100

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 4, didapatkan 6 soal dengan daya pembeda baik, 18 soal dengan daya pembeda cukup dan 15 soal dengan daya pembeda jelek. Data lengkap terlampir pada lampiran 11.

c) Uji Validitas

$$r_{pbi} = \frac{M_p - M_t}{SD_t} \sqrt{\frac{p}{q}}$$

Keterangan :

r_{pbi} : Koefisien korelasi point biserial

M_p : skor rata-rata yang dimiliki oleh testee yang telah dijawab dengan betul

M_t : skor rata-rata dari skor total

SD_t : Deviasi standart dari skor total

p : Proporsi testee yang menjawab betul terhadap butir item yang sedang diuji

q : Proporsi testee yang menjawab salah terhadap butir item yang sedang diuji

Setelah dihitung dengan rumus di atas, kemudian dikorelasikan dengan nilai koefisien r_{pbi} 0,20 (Aswar, 2009:148).

d) Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas pada kuesioner pengetahuan kesehatan reproduksi menggunakan Formula Kuder-Richardson 20 (KR 20) sebagai berikut,

$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum p(1-p)}{S_x^2} \right]$$

Keterangan

k : banyaknya item

p : Indeks kesukaran item

S_x^2 : Varians skor test (Azwar, 2009:187)

Tabel 5. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Tes Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011

Item Pertanyaan	Korelasi Item-Total (r)	KR 20
3,4,8,10,11,12,13,16,18,23,24, 25,26,27,28,29,30,31,32,33,35, 36,37, 38,39	$r > 0,2$	0,8
1, 2,5,6,7, 9, 14, 15,17, 19,20,21,22,34	$r \leq 0,2$	

Sumber : data primer terolah 2011

Pada tabel 5 dapat diketahui bahwa butir soal yang valid sebanyak 25 dan yang tidak valid sebanyak 14 butir soal. Hasil pengujian reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen pengetahuan kesehatan reproduksi secara keseluruhan adalah reliabel dengan nilai KR 0,8 dimana nilai reliabilitas >0,6 dapat dinyatakan baik (Ghozali, 2006:46). Hasil uji validitas dapat dilihat selengkapnya pada lampiran 12 dan reliabilitas pada lampiran 13.

2) Skala sikap (kuesioner)

a) Uji validitas

Uji validitas untuk instrument skala sikap (kuesioner) menggunakan Korelasi *Product Moment Person*. Rumus Korelasi *Product Moment Person* adalah sebagai berikut :

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{(\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n})(\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n})}}$$

Keterangan :

n = jumlah responden

x = skor pernyataan

y = skor total

commit to user

b) Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas untuk instrumen skala sikap (kuesioner) menggunakan rumus *Alfa Cronbach* yaitu sebagai berikut :

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan :

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pernyataan atau banyaknya soal

$\sum \sigma_b^2$ = jumlah varians butir

σ_1^2 = varians total

Tabel 6. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Sikap Persepsi Peran Keluarga di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011

Item Pertanyaan	Korelasi Item-Total (r)	Alpha Cronbach's
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18,19,20,21,24	$r > 0,2$	0,83
17,22,23,25,26	$r \leq 0,2$	

Sumber : data primer terolah 2011

Pada tabel 6 dapat diketahui bahwa pernyataan yang valid sebanyak 21 dan yang tidak valid sebanyak 5 pernyataan. Hasil pengujian reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen persepsi peran keluarga secara keseluruhan adalah reliabel dengan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,83. Hasil uji validitas dapat dilihat selengkapnya pada lampiran 14 dan reliabilitas pada lampiran

Tabel 7. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Skala Sikap Perilaku Seksual Remaja di SMA Negeri 5 Surakarta tahun 2011

Item Pertanyaan	Korelasi Item-Total (r)	Alpha Cronbach's
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14, 15,16,17,18,19,20,21,22	$r > 0,2$	0,93

Sumber : data primer terolah 2011

Pada tabel 7 dapat diketahui bahwa seluruh pernyataan adalah valid yaitu sebanyak 22 pernyataan. Hasil pengujian reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen perilaku seksual remaja secara keseluruhan adalah reliabel dengan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,93. Hasil uji validitas dapat dilihat selengkapnya pada lampiran 16 dan reliabilitas pada lampiran 17.

F. Teknik Analisis Data

Setelah data diperoleh kemudian dilakukan pengolahan data dan penyajian data sebagai berikut :

1. Tahapan analisa data :

- a. Memeriksa data (*editing*), tahapan ini dimaksudkan untuk melakukan pemeriksaan tahapan data yang dikumpulkan. Memeriksa kelengkapan dan kesalahan pengisian bila belum lengkap akan dilengkapi terlebih dahulu jika bisa dilengkapi maka data tidak dimasukkan dalam penelitian.

commit to user

- b. Memberi kode (*coding*), setelah data terkumpul dan diedit selanjutnya data akan diberi kode untuk mempermudah pelaksanaan pengolahan data. Dalam pengolahan selanjutnya kode-kode tersebut dikembalikan lagi pada variabel aslinya. Variabel pengetahuan kesehatan reproduksi diberi kode “PKR”, persepsi tentang peran keluarga diberi kode “PPK” dan variabel perilaku seksual remaja diberi kode “PSR”.
- c. Memasukkan data (*entry*) untuk diolah akan menggunakan program Komputer.
- d. Menyusun data (*tabulating*), Penyusunan data akan disusun sedemikian rupa agar data mudah dijumlah, disusun untuk disajikan dan dianalisis.
- e. Uji validitas butir soal tes pengetahuan kesehatan reproduksi, skala sikap persepsi peran keluarga dan skala sikap perilaku seksual remaja.
- f. Uji reliabilitas tes pengetahuan kesehatan reproduksi, skala sikap persepsi peran keluarga dan skala sikap perilaku seksual remaja.
- g. Uji hipotesis variabel pengetahuan kesehatan reproduksi, persepsi peran keluarga dan perilaku seksual remaja.

2. Teknik analisis data :

a. Analisis univariat

Menampilkan dengan sebaran frekuensi baik secara angka mutlak maupun persentase dan disertai penjelasan pada setiap variabel (pengetahuan kesehatan reproduksi, persepsi tentang peran keluarga, dan perilaku seksual).

b. Analisis bivariat

Analisis hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja menggunakan rumus korelasi *Product Moment Person*.

c. Analisis multivariat

Analisa untuk mengetahui hubungan pengetahuan, persepsi tentang peran keluarga dan perilaku seksual menggunakan analisis regresi dengan formulasi sebagai berikut :

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2$$

Keterangan :

Y : Perilaku seksual remaja

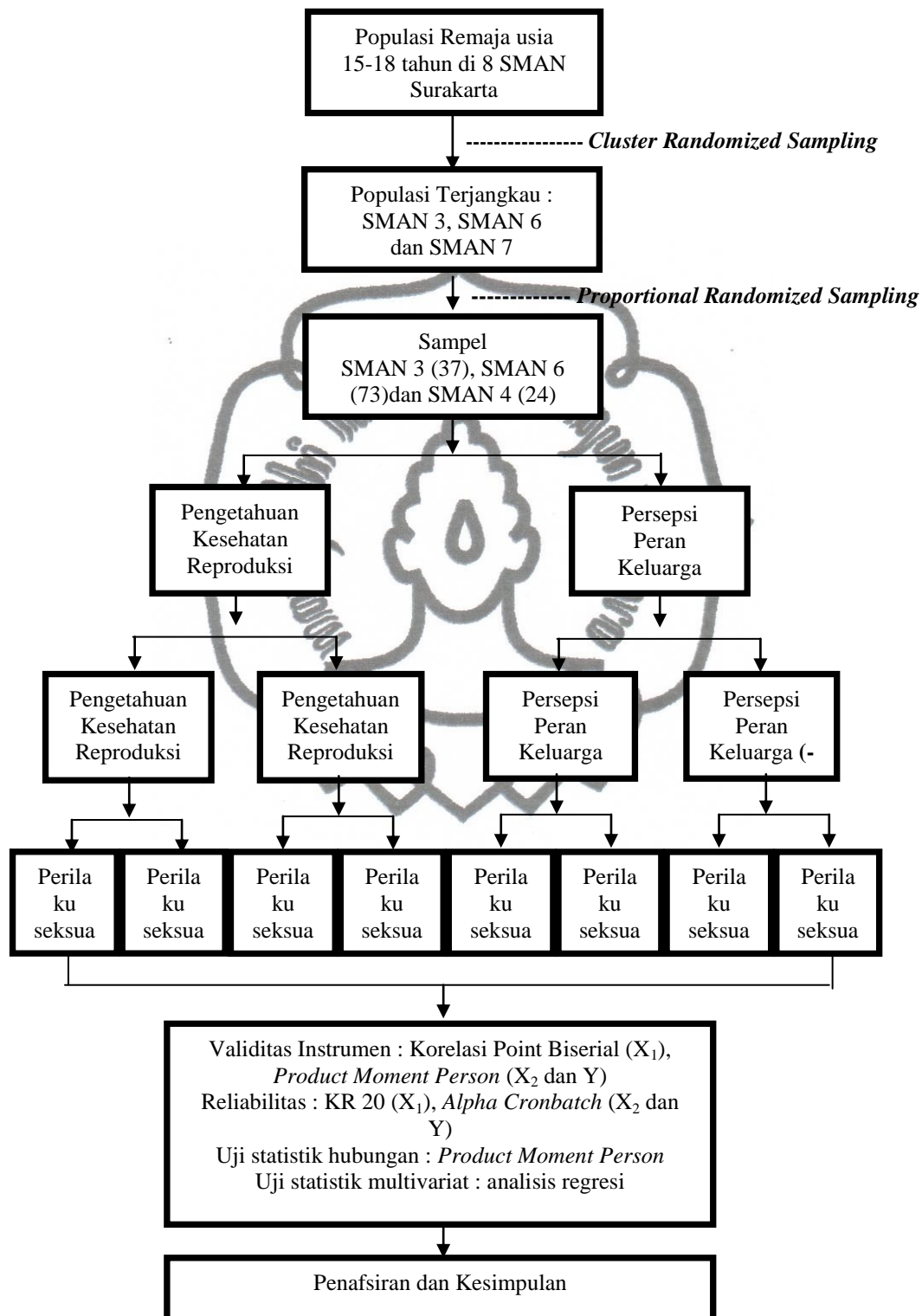
a : Konstanta

b_1b_2 : Koefisien regresi

X_1 : Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

X_2 : Persepsi tentang peran Keluarga

G. Kerangka Penelitian



Gambar 2. Kerangka Penelitian Hubungan antara Pengetahuan dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini didasarkan pada pengumpulan data yang dilakukan pada 134 responden yaitu 37 siswa-siswi SMAN 3 Surakarta, 73 siswa-siswi SMAN 6 Surakarta dan 24 siswa-siswi SMAN 7 Surakarta pada bulan Mei 2011 dengan hasil sebagai berikut :

1. Karakteristik responden

Karakteristik responden didasarkan pada hasil jawaban responden yang berkaitan dengan gambaran mengenai responden seperti usia dan jenis kelamin.

a. Kategori usia

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia tahun 2011

No	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1.	16 Tahun	51	38,10
2.	17 Tahun	82	61,20
3.	18 Tahun	1	0,70
	Jumlah	134	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 8 distribusi responden terlihat bahwa dari 134 responden 61,20% berada pada usia 17 tahun yang merupakan kelompok usia paling banyak, hanya 0,70% saja yang berusia 18 tahun, sisanya berusia 16 tahun.

commit to user

b. Jenis kelamin

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin tahun 2011

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1.	perempuan	71	52,98
2.	laki-laki	63	47,02
	Jumlah	134	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 9 terlihat bahwa dari 134 responden 52,98% berjenis kelamin perempuan dan merupakan kelompok jenis kelamin yang paling banyak.

2. Deskripsi variabel penelitian**Tabel 10. Analisis Statistik Diskripsi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi, Persepsi Peran Keluarga dan Perilaku Seksual Responden tahun 2011**

		PKR	PPK	PSR
N	Valid	134	134	134
	Missing	0	0	0
Mean		11.08	50.34	14.47
Std. Deviation		3.630	5.340	12.245
Minimum		1	36	0
Maximum		19	68	63

Sumber : data primer terolah 2011

a. Pengetahuan kesehatan reproduksi

Pada tabel 10 dapat dilihat dari hasil jawaban 134 responden, skor 1 adalah nilai minimum dan nilai tertinggi (maksimum) adalah 19 dari 25 butir soal mengenai pengetahuan kesehatan reproduksi.

Rata-rata skor responden sebesar 11,08 dengan standart deviasi sebesar 3,630.

Riwidikdo (2008:42), mendeskripsikan data dalam 3 kategori dapat dilakukan berdasarkan nilai rata-rata (*mean*) dan standar deviasi sebagai berikut:

- 1) Kategori tinggi, bila nilainya $(X) > Mean + 1 SD$
- 2) Kategori sedang, bila nilainya $Mean - 1 SD \leq X \leq Mean + 1 SD$
- 3) Kategori rendah, bila nilainya $(X) < Mean - 1 SD$

Berdasarkan kategori tersebut, data motivasi belajar dapat disajikan dalam distribusi frekuensi sebagai berikut :

Tabel 11. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Responden tahun 2011

Pengetahuan Kesehatan Reproduksi	Frekuensi	Persentase %
Tinggi ($> 14,71$)	27	20,15
Sedang ($7,45 - 14,252$)	79	58,95
Rendah ($<7,45$)	28	20,90
Total	134	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 11, maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar (58,95%) responden memiliki pengetahuan yang sedang mengenai kesehatan reproduksi dan 20,90% responden memiliki pengetahuan yang rendah. Data lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 18.

b. Persepsi peran keluarga

Pada tabel 11 dapat dilihat dari hasil jawaban 134 responden, skor 36 adalah skor minimum dan skor tertinggi (maksimum) adalah 68 dari 21 butir pernyataan yang diberikan. Rata-rata skor responden sebesar 50,34 dengan standart deviasi sebesar 5,340.

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Persepsi Peran Keluarga Responden tahun 2011

Persepsi Peran Keluarga	Frekuensi	Persentase %
Baik (>55,68)	21	15,67
Cukup (45 – 55,68)	98	73,13
Kurang (<45)	15	11,20
Total	134	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 12, maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar (73,13%) responden memiliki persepsi tentang perang keluarga yang masuk dalam kategori cukup dan hanya sedikit yang memiliki persepsi baik mengenai peran keluarga (15,67%). Data lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 18.

c. Perilaku seksual

Pada tabel 11 dapat dilihat dari hasil jawaban 134 responden, skor 0 adalah skor minimum dan skor tertinggi (maksimum) adalah 63, rata-rata skor responden sebesar 14,47 dengan standart deviasi sebesar 12,245.

Tabel 13. Distribusi Frekuensi Perilaku Seksual Responden tahun 2011

Persepsi Peran Keluarga	Frekuensi	Persentase %
Kurang (>26,715)	21	15,67
Cukup (2,225 – 26,715)	106	79,11
Baik (<2,225)	7	5,22
Total	134	100,00

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 14, maka dapat dikatakan bahwa sebagian besar (79,11%) responden memiliki perilaku seksual yang masuk dalam kategori cukup dan hanya sedikit yang memiliki perilaku seksual yang baik (5,22%). Data lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 18.

3. Uji prasyarat

a. Uji multikolonieritas

Berdasarkan tabel *coefficient correlations* pada lampiran 19 hasil besaran korelasi antar variabel independen sebesar 4,9% jauh dibawah 95% sehingga dapat dikatakan tidak terjadi multikolonieritas yang serius.

Berdasarkan tabel *coefficient* pada lampiran 20, hasil perhitungan nilai *tolerance* juga menunjukkan tidak ada variabel independen yang memiliki *tolerance* kurang dari 0,10 (masing-masing 0,998) yang berarti tidak ada korelasi antar variabel independen yang nilainya lebih dari 95%. Hasil perhitungan nilai

VIF juga menunjukkan hal yang sama tidak ada satu variabel independen yang memiliki VIF lebih dari 10 (masing-masing variabel 1,002), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada multikolonieritas antar variabel independen dalam model regresi.

b. Uji autokorelasi

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk menguji autokorelasi adalah dengan uji Durbin-Watson (Ghozali, 2006:100) dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 14. Ringkasan Uji Autokorelasi Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

Model	R	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.367 ^a	.134	11.479	1.670

a. Predictors: (Constant), PPK, PKR

b. Dependent Variable: PS

sumber : data primer terolah 2011

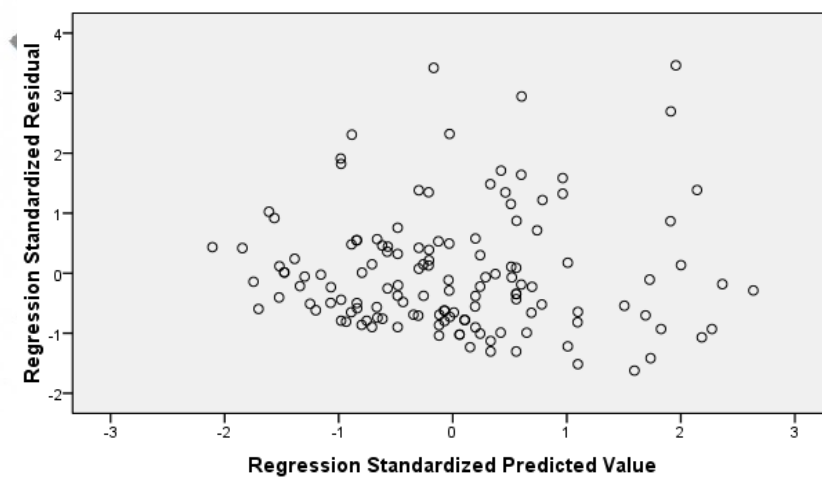
Jumlah sampel 134 dan jumlah variabel independen 2 ($k=2$), maka tabel Durbin Watson (DW) batas atas (du) sebesar 1,651 dan nilai DW dari tabel 15 adalah 1,670. Oleh karena nilai DW 1,67 lebih besar dari batas atas (du) 1,651 dan kurang dari $4-1,651$ ($<4-du$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat autokorelasi positif atau negatif. Data lengkap terlampir pada lampiran 20.

Tabel 15. Pengambilan Keputusan pada Autokorelasi

Hipotesis nol	Keputusan	Jika
Tidak ada autokorelasi positif	Tolak	$0 < d < d_l$
Tidak ada autokorelasi positif	No desicison	$d_l \leq d \leq d_u$
Tidak ada autokorelasi negatif	Tolak	$4 - d_l < d < 4$
Tidak ada autokorelasi negatif	No desicision	$4 - d_u \leq d \leq 4 - d_l$
Tidak ada autokorelasi positif atau negatif	Tidak ditolak	$d_u < d < 4 - d_u$

Sumber : Ghazali, 2006. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS*. Semarang: UNDIP. Hal 100

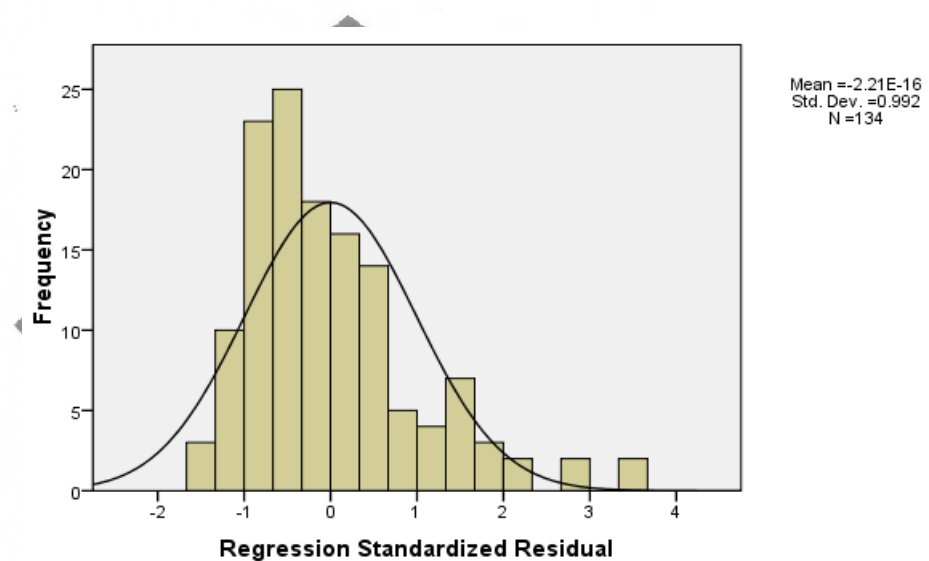
c. Uji heteroskedastisitas

**Gambar 3. Grafik Scatterplot Hasil Uji Heterokedastisitas**

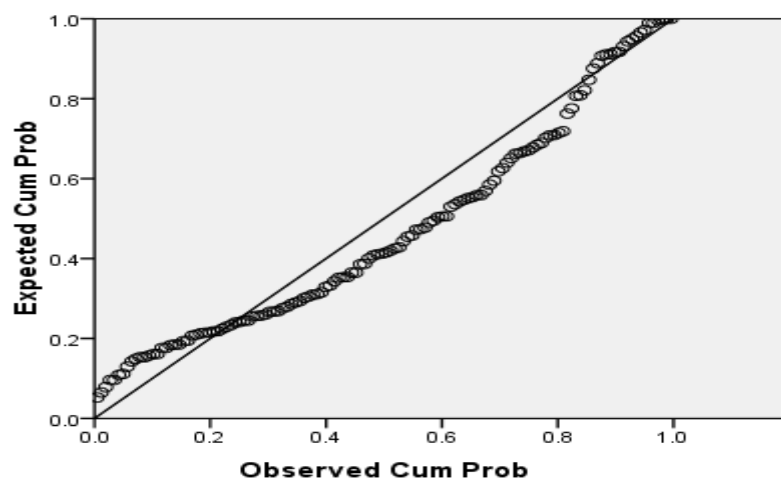
Berdasarkan gambar 3 terlihat bahwa titik-titik menyebar secara acak serta tersebar baik di atas maupun di bawah angka 0 pada sumbu Y sehingga dapat dikatakan bahwa tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi, sehingga model regresi dapat dikatakan layak untuk memprediksi. Grafik lebih jelas dapat dilihat pada lampiran 20. *commit to user*

d. Uji normalitas

Ada dua cara untuk untuk mendeteksi apakah residual berdistribusi normal atau tidak yaitu dengan analisis grafik dan uji statistik dengan menggunakan Kolmogorov-Smirnov (Ghozali, 2006:147).



Gambar 4. Grafik Histogram pada Uji Normalitas



Gambar 5. Normal P-P Plot pada Uji Normalitas

commit to user

Dari grafik histogram tampak bahwa residual terdistribusi secara normal dan berbentuk simetris tidak menceng ke kanan atau ke kiri. Pada grafik *normal probability plots* titik-titik menyebar berhimpitan disekitar diagonal dan hal ini menunjukkan bahwa residual terdistribusi secara normal. Uji Kolmogorov-Smirnov tampak di bawah ini,

Tabel 16. Hasil Uji Normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov tahun 2011

		Unstandardized Residual
N		134
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	.0000000
	Std. Deviation	11.39275830
Most Extreme Differences	Absolute	.112
	Positive	.112
	Negative	-.081
Kolmogorov-Smirnov Z		1.298
Asymp. Sig. (2-tailed)		.069

Sumber : data primer terolah 2011

Nilai Kolmogorov-Smirnov sebesar 1,298 dan tidak signifikan pada 0,05 (karena $p=0,069 > 0,05$) maka dapat dikatakan bahwa terdistribusi normal. Uji normalitas selengkapnya terdapat pada lampiran 21.

e. Uji linieritas

Uji ini digunakan untuk melihat apakah spesifikasi model yang digunakan sudah benar atau tidak dapat dilihat dari hasil uji *test of linearity* dengan menggunakan SPSS17.0 sebagai berikut :

- 1) Uji linieritas pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja

Tabel 17. Hasil Uji Linieritas Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PSR *	Between (Combined)	3446.165	17	202.716	1.426	.137
PKR	Groups					
	Linearity	1272.510	1	1272.510	8.949	.003
	Deviation from Linearity	2173.655	16	135.853	.955	.510
	Within Groups	16495.215	116	142.200		
	Total	19941.381	133			

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 17 didapatkan nilai F 8,949 dengan signifikansi 0,003 (<0,05) maka hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja memiliki hubungan yang linier.

- 2) Uji linieritas persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Tabel 18. Hasil Uji Linieritas Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
PSR *	Between (Combined)	4631.759	25	185.270	1.307	.174
PPK	Groups					
	Linearity	1535.732	1	1535.732	10.834	.001
	Deviation from Linearity	3096.027	24	129.001	.910	.588
	Within Groups	15309.622	108	141.756		
	Total	19941.381	133			

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan tabel 18 didapatkan nilai F 10,834 dengan signifikansi 0,001 ($<0,05$) maka hubungan antara persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja memiliki hubungan yang linier, dengan demikian uji linieritas terpenuhi, data selengkapnya terlampir pada lampiran 22.

4. Uji hipotesis

a. Hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja

Untuk melihat hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja dilakukan dengan menggunakan pengujian korelasi *Pearson's Product Moment* dengan hasil sebagai berikut :

commit to user

Tabel 19. Hasil Uji Korelasi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dengan Perilaku Seksual Remaja dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

		PSR
PKR	Pearson Correlation	-.253**
	Sig. (2-tailed)	.003
	Sum of Squares and Cross-products	-1493.172
	Covariance	-11.227
	N	134
PPK	Pearson Correlation	-.278**
	Sig. (2-tailed)	.001
	Sum of Squares and Cross-products	-2413.157
	Covariance	-18.144
	N	134

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan hasil perhitungan *product moment* pada tabel 19, menunjukkan nilai koefisien korelasi pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja sebesar 0,253 dengan taraf signifikansi 0,003(<0,05) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan secara statistik antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja. Nilai korelasi negatif yang berarti semakin besar nilai pengetahuan kesehatan reproduksi maka semakin kecil nilai perilaku seksual dengan kekuatan hubungan yang lemah. Demikian pula sebaliknya, semakin kecil nilai pengetahuan kesehatan reproduksi maka semakin kecil nilai perilaku seksual remaja (data terlampir pada lampiran 19).

Tabel 20. Panduan Interpretasi Hasil Uji Hipotesis berdasarkan Kekuatan Korelasi

Nilai	Interpretasi
0,00-0,199	Sangat lemah
0,20-0,399	Lemah
0,40-0,599	Sedang
0,60-0,799	Kuat
0,80-1,000	Sangat kuat

Sumber: Dahlan S. 2008. *Statistik Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal 157

b. Hubungan antara persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Untuk melihat hubungan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja dilakukan dengan menggunakan pengujian korelasi *Pearson's Product Moment*. Berdasarkan hasil perhitungan *product moment* pada tabel 20, nilai koefisien korelasi persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja sebesar 0,278 dengan taraf signifikansi 0,001(<0,05) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan secara statistik antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja. Nilai korelasi negatif yang berarti semakin besar nilai persepsi peran keluarga maka semakin kecil nilai perilaku seksual dengan kekuatan hubungan yang lemah. Demikian pula sebaliknya, semakin kecil nilai persepsi peran keluarga maka semakin kecil nilai perilaku seksual remaja (data terlampir pada lampiran 19).

c. Hubungan antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Untuk melihat hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja dilakukan dengan menggunakan regresi linier dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 21. Ringkasan Hasil Uji Regresi Linier Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

Variabel	Koef. Regresi	t _{hitung}	signifikansi
Konstanta	54,120	9,784	0,000
PKR	-0,809	-2,945	0,004
PPK	-0,610	-3,267	0,001
R = 0,367		F _{hitung} = 10,164	0,000
R Square = 0,134			
Adjusted R Square = 0,121			
N = 134			

Sumber : data primer terolah 2011

Berdasarkan hasil perhitungan regresi ini, maka dapat dirumuskan persamaan regresi hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja sebagai berikut :

$$Y = 54,120 - 0,809X_1 - 0,610X_2$$

Y : konstanta yang menunjukkan apabila pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga sama dengan nol (0), maka perilaku seksual remaja adalah sebesar 54,120 satuan.

X_1 : 0,809 koefisien faktor pengetahuan kesehatan reproduksi menunjukkan bahwa setiap tambahan 1 satuan pengetahuan kesehatan reproduksi akan menurunkan perilaku seksual sebesar 0,809 satuan.

X_2 : 0,610 koefisien factor persepsi peran keluarga menunjukkan bahwa setiap tambahan 1 satuan persepsi peran keluarga akan menurunkan perilaku seksual sebesar 0,610 satuan

Selanjutnya dilakukan uji t untuk mengetahui hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga secara sendiri-sendiri (parsial) dengan perilaku seksual remaja. Berdasarkan tabel 22, variabel pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga memiliki nilai t_{hitung} yang tingkat signifikansinya 0,004 dan 0,001 ($<0,05$) sehingga dapat dikatakan kedua variabel tersebut signifikan secara statistik berhubungan dengan perilaku seksual remaja. Data lengkap dapat dilihat pada lampiran 20 tabel *coefficients*.

Uji selanjutnya dalam analisis regresi adalah uji f untuk mengetahui apakah pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga berhubungan secara bersama-sama dengan perilaku seksual remaja. Pada tabel 22 terlihat uji f sebesar 10,164 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000 dibawah 0,05 berarti pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga secara bersama-

sama berhubungan dengan perilaku seksual remaja. Data lengkap dapat dilihat pada lampiran 20 tabel Anova.

Pada koefisien determinan menggunakan perhitungan SPSS versi 17.0 diketahui *adjusted R Square* 0,121. Hasil ini menunjukkan bahwa pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga memberikan sumbangan atau hubungan sebesar 12,1% dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta. Besarnya sumbangan efektif dan sumbangan relatif masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

Tabel 22. Sumbangan Efektif dan Sumbangan Relatif Hubungan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi dan Persepsi Peran Keluarga dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Surakarta tahun 2011

Variabel	Sumbangan Efektif (SE)	Sumbangan Relatif (SR)
Pengetahuan kesehatan reproduksi	0,055 (5,5%)	0,45 (45%)
Persepsi peran keluarga	0,066 (6,6%)	0,55 (55%)
Total	0,121 (12,1%)	1,00 (100%)

Sumber : data primer terolah 2011

B. Pembahasan

1. Hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja

Hasil analisa *product moment person*, pengetahuan kesehatan reproduksi berhubungan dengan perilaku seksual remaja. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,253 dengan taraf signifikansi 0,003 (<0,05) yang

commit to user

menunjukkan bahwa ada korelasi negatif yang signifikan secara statistik antara pengetahuan kesehatan reproduksi dengan perilaku seksual remaja. Semakin besar nilai pengetahuan kesehatan reproduksi maka semakin kecil nilai perilaku seksual dengan kekuatan hubungan yang lemah, demikian pula sebaliknya, semakin kecil nilai pengetahuan kesehatan reproduksi maka semakin besar nilai perilaku seksual remaja. Sejalan dengan hasil penelitian Irianti (2007:1) yang menyatakan bahwa remaja yang memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi tinggi memiliki kemungkinan 4 kali untuk berperilaku seksual sehat dibandingkan dengan remaja yang memiliki pengetahuan yang rendah.

Remaja SMAN di Surakarta yang menjadi subjek penelitian ini sebagian besar berusia 17 tahun yang menurut kebanyakan orang usia ini adalah usia puncak remaja (*sweet seventeen*) adanya perubahan hormon meningkatkan hasrat seksual (*libido* seksualitas) remaja. Peningkatan hasrat seksual ini membutuhkan penyaluran dalam bentuk tingkah laku seksual tertentu. Penyaluran yang tidak dapat segera dilakukan karena adanya penundaan usia perkawinan baik secara hukum maupun secara norma sosial dan norma agama tetap berlaku dimana melarang hubungan seks sebelum menikah bahkan berkembang lebih jauh kepada perilaku seksual yang lain seperti berciuman dan masturbasi. Bagi remaja yang tidak dapat menahan diri dan tidak memiliki pengetahuan yang luas akan cenderung perilaku seksualnya tinggi dengan berbagai dalih sebagai pembenaran diri. Hal ini sejalan dengan penelitian Cohen (2002:5) yang

mengatakan jika remaja bercerita tentang kegiatan seksual mereka, maka remaja banyak membela diri dengan komentar “*Everybody does it.*”

Penelitian yang dilakukan Rosenthal (2001:527) pada remaja usia 12-18 tahun yang telah melakukan hubungan seksual pranikah memiliki alasan mereka untuk memulai perilaku seksual karena teman-teman mereka juga melakukannya, rasa ingin tahu dan merasa sudah dewasa. Pada usia remaja, anak mulai mencari jati diri, sehingga konsep dirinya belum begitu jelas atau masih labil, apabila remaja mempunyai konsep diri yang positif maka ia akan mampu menghargai dirinya dan melihat hal-hal yang positif yang dapat dilakukan demi keberhasilan di masa yang akan datang dan ia mampu mengantisipasi hal-hal yang negatif sehingga pendidikan kesehatan reproduksi dapat menjadi salah satu cara untuk mengurangi atau mencegah penyalahgunaan seks.

2. Hubungan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Analisa data dilakukan dengan uji *product moment person* untuk menguji hubungan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja dan hasilnya ada hubungan antara persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta yang ditunjukkan dengan $r = 0,278$ pada taraf signifikansi 0,001 dengan arah korelasi negatif. Dapat dikatakan bahwa apabila semakin besar nilai persepsi tentang peran keluarga maka perilaku seksual remaja akan semakin kecil,

begitu pula sebaliknya, apabila nilai persepsi tentang peran keluarga kecil, maka perilaku seksual remaja akan semakin besar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryoputro (2006:35) yang menunjukkan bahwa dukungan sosial terhadap hubungan seksual pranikah mempengaruhi terjadinya hubungan seksual sebelum menikah. Remaja yang mempunyai dukungan sosial yang rendah terhadap hubungan seksual pranikah kebanyakan justru cenderung melakukan hubungan seksual pranikah.

Penelitian yang dilakukan oleh Dittus dan Jaccard (2000:276) yang menyatakan bahwa remaja yang memiliki hubungan yang baik dengan orang tuanya 2,7 kali lebih rendah kemungkinannya melakukan hubungan seksual dibandingkan dengan remaja yang tidak memiliki hubungan erat dengan orang tuanya. Kedekatan antara orang tua dengan anak remajanya dapat diperlihatkan melalui kebiasaan makan malam bersama. Pada penelitian yang dilakukan oleh *Council of Economic Advisors* (2002:3) ditemukan lebih dari 50% remaja melakukan hubungan seks usia 15-16 tahun dari remaja yang tidak memiliki kebiasaan makan malam bersama orang tuanya. Selain ini menurut Maria (2007:68) dalam penelitiannya ditemukan bahwa remaja yang dibesarkan dalam keluarga yang tidak harmonis mempunyai risiko lebih besar untuk terganggu jiwanya, yang selanjutnya mempunyai kecenderungan besar untuk menjadi remaja nakal dengan melakukan tindakan-tindakan anti sosial.

Kesulitan pada remaja dapat dikurangi dengan memberikan latihan-latihan agar anak dapat mandiri sedini mungkin. Anak dapat memilih jalannya sendiri dengan kemandiriannya dan ia akan berkembang lebih mantap karena ia tahu dengan tepat saat-saat yang berbahaya. Ia dapat menentukan harus kembali berkonsultasi dengan orang tua atau dengan orang yang lebih dewasa lain yang lebih tahu dari dirinya sendiri sehingga keluarga mempunyai peranan dalam membentuk kepribadian seorang remaja. Keluarga yang sehat dan harmonis, anak akan mendapatkan latihan-latihan dasar dalam mengembangkan sikap sosial yang baik dan perilaku yang terkontrol, selain itu anak juga memperoleh pengertian tentang hak, kewajiban, tanggung jawab serta belajar bekerja sama dan berbagi dengan orang lain.

3. Hubungan pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga secara bersama-sama berhubungan dengan perilaku seksual remaja yang ditunjukkan dengan hasil uji f 10,164 pada taraf signifikansi 0,000 ($<0,05$). Selain itu, hasil uji regresi menunjukkan koefisien sebesar 0,809 untuk pengetahuan kesehatan reproduksi dan 0,610 untuk persepsi peran keluarga yang signifikan secara statistik dan memberikan sumbangan atau hubungan sebesar 12,10% yang ditunjukkan dari nilai *adjusted R Square* 0,121.

Pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga memberikan sumbangan atau hubungan sebesar 12,10% dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta sedangkan sisanya (87,90%) berhubungan dengan variabel-variabel yang lainnya yang tidak diteliti (misalnya jenis kelamin, sumber informasi, dan sebagainya).

Sumbangan efektif dari pengetahuan kesehatan reproduksi adalah sebesar 4,5% sedangkan persepsi peran keluarga sebesar 5,5%. Besarnya hubungan nampak lebih besar pada persepsi peran keluarga dibandingkan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi. Hal ini dapat terjadi karena seperti yang kita ketahui bahwa keluarga adalah lingkungan primer, sejak lahir anak remaja tumbuh di dalam keluarga. Sebelum mengenal lingkungan yang lebih luas di masyarakat terlebih dahulu mengenal lingkungan di dalam keluarga begitu pula sebelum mendapatkan pendidikan di luar lingkup keluarga (sekolah dan masyarakat), remaja terlebih dahulu menerima pendidikan, norma dan etika di dalam keluarga sehingga peran keluarga sangatlah besar dalam pembentukan karakter para remaja.

Penelitian ini semakin diperkuat dengan banyaknya survei yang mengungkapkan bahwa sebagian besar remaja menyatakan bahwa pengalaman seksual pertama mereka dimulai pada usia yang sangat muda. Orang tua dan guru sering kali menghalangi upaya pemberian informasi mengenai seks dan kesehatan reproduksi pada anak usia yang remaja. Banyak program ketrampilan hidup dan kesehatan reproduksi

lainnya yang diarahkan pada anak muda difokuskan pada kelompok usia lebih tua sedangkan pada masa remaja rasa ingin tahu mengenai seksualitas sangat tinggi terutama dalam pembentukan hubungan dengan lawan jenisnya. Besarnya keingintahuan remaja mengenai hal-hal yang berhubungan dengan seksualitas menyebabkan remaja selalu berusaha mencari tahu lebih banyak informasi mengenai seksualitas yang mudah didapat dari media massa seperti televisi, majalah, internet (Stenzel dan Kirgiss, 2004:15).

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini terdapat kelemahan yang merupakan keterbatasan penelitian yaitu penelitian ini hanya membahas mengenai variabel pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga yang berhubungan dengan perilaku seksual remaja, dimana masih banyak variabel lainnya yang diduga berhubungan dengan perilaku seksual remaja seperti jenis kelamin dan sumber informasi.

Alat ukur yang digunakan penulis dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang masih ada kemungkinan bias salam hal kejujuran para responden saat mengisi data, sehingga dapat mempengaruhi hasil analisis penelitian ini.

BAB V

PENUTUP

A. SIMPULAN

Berdasarkan pada hasil analisis data dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengetahuan kesehatan reproduksi mempunyai korelasi negatif dan signifikan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta yang berarti apabila pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi meningkat, maka perilaku seksual remaja akan menurun. Begitu pula sebaliknya, apabila pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi menurun, maka perilaku seksual remaja akan meningkat.
2. Persepsi peran keluarga mempunyai korelasi yang negatif dan signifikan dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta yang berarti apabila persepsi remaja tentang peran keluarga meningkat, maka perilaku seksual remaja akan menurun. Begitu pula sebaliknya, apabila persepsi remaja tentang peran keluarga menurun, maka perilaku seksual remaja akan meningkat.
3. Pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga berkorelasi secara bersama-sama dengan perilaku seksual remaja di kota Surakarta sebesar 12,1%. Sumbangan efektif dari pengetahuan kesehatan reproduksi adalah sebesar 5,5% sedangkan persepsi peran keluarga sebesar 6,6%.

commit to user

B. IMPLIKASI

1. Secara teoritis bila dilihat dari kesimpulan yang menyatakan ada hubungan yang signifikan secara statistik antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja, maka dapat dikatakan bahwa pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja di masyarakat, begitu juga persepsi mengenai peran keluarga pada remaja dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja di masyarakat.
2. Secara praktis berdasarkan kesimpulan yang menyatakan ada hubungan yang signifikan secara statistik antara pengetahuan kesehatan reproduksi dan persepsi peran keluarga dengan perilaku seksual remaja maka apabila remaja mau menggali ilmu pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi remaja maka mampu menurunkan kemungkinan munculnya perilaku seksual di dalam kalangan remaja dan apabila remaja mau memahami peran penting keluarga dalam pertumbuhan dan perkembangan remaja, melibatkan keluarga di dalam permasalahan remaja juga akan mampu menurunkan kemungkinan munculnya perilaku seksual di dalam kalangan remaja. Begitu pula orang tua, guru dan tenaga kesehatan alangkah lebih bijaksana lagi apabila mau memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan pendidikan seksual pada remaja sejak dini.

C. SARAN

1. Remaja harus lebih aktif dan kreatif untuk menggali ilmu pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi melalui informan yang tepat seperti melalui tenaga kesehatan, guru disekolah dan yang paling mudah adalah melalui orang tua agar remaja mampu mengambil keputusan yang tepat mengenai perilaku seksual di masyarakat.
2. Orang tua harus memiliki kepedulian terhadap anak remajanya untuk mendapatkan rasa saling percaya, melihat masalah dari kacamata remaja, mau menampung pendapat anak remajanya dan dengan sabar mendidik mengenai hal-hal yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan reproduksi termasuk pendidikan seksual yang disesuaikan dengan usia anak. Seharusnya Pendidikan Seks tidak dianggap tabu dan tidak ditutupi lagi, maka dari itu orang tua sudah seharusnya mengerti dan memahami mengenai pendidikan seksual.
3. Ruang sekolah sebagai suatu cabang masyarakat yang mengajar sebagian besar penduduk kaum remaja, seharusnya mengambil peran utama untuk memberi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja dan bekerja sama dengan instansi kesehatan.
4. Pemerintah bertindak mengembangkan program Pendidikan Kesehatan Reproduksi dengan bahan-bahan resmi untuk disediakan setiap sekolah. Lebih banyak dana seharusnya diberikan bidang Pendidikan, untuk menyakinkan setiap siswa mendapatkan kesempatan untuk mengakses informasi yang dibutuhkan. Program Pendidikan kesehatan reproduksi

termasuk pendidikan seksual remaja seharusnya mencapai keseimbangan antara pengetahuan lengkap (termasuk hal kontrasepsi) dan norma-norma kebudayaan dan agama Indonesia.

5. Penelitian selanjutnya yang berminat untuk mengangkat tema yang sama diharapkan mempertimbangkan variabel-variabel lain yang mungkin lebih berhubungan dengan perilaku seksual remaja seperti jenis kelamin, sumber informasi atau media masadan disarankan juga untuk menggunakan alat ukur yang memiliki reliabilitas yang lebih tinggi. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah menggunakan data tambahan seperti observasi dan wawancara agar hasil yang didapat lebih mendalam dan sempurna, karena tidak semua hal dapat diungkap dengan kuesioner.