



**AKSES INFORMASI KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS
REMAJA LAKI-LAKI
(Studi pada Siswa SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan
Patrang Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

Oleh

**Ahmad Aviv Mahda
NIM 112110101021**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**AKSES INFORMASI KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS
REMAJA LAKI-LAKI
(Studi pada Siswa SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan
Patrang Kabupaten Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Ahmad Aviv Mahda
NIM 112110101021**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua, Yasir Ervan Felani dan Ainur Rohmah;
2. Guru-guru dan ustadz-ustadz yang telah memberikan ilmu, mendidik, dan membimbing saya dengan penuh kasih sayang dan kesabaran;
3. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Kawan-kawan yang menyayangi saya dan saya sayangi.

MOTTO

“Katakanlah kepada orang laki-laki yang beriman: Hendaklah mereka menahan pandangannya dan memelihara kemaluannya, yang demikian itu adalah lebih suci bagi mereka, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang mereka perbuat”

(Terjemahan QS An-Nuur [24]: 30)



*) Departemen Agama Republik Indonesia.2010.*Al Qur'an dan Terjemahan*.Bandung : CV Diponegoro.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Aviv Mahda

NIM : 112110101021

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : “*Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja Laki-Laki (Studi pada Siswa SMA/Sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan Patrang Kabupaten Jember)*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Agustus 2015

Yang menyatakan,

Ahmad Aviv Mahda

NIM 112110101021

SKRIPSI

**AKSES INFORMASI KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS
REMAJA LAKI-LAKI
(Studi pada Siswa SMA/ sederajat di Kecamatan kaliwates, Sumpalsari, dan
Patrang Kabupaten Jember)**

Oleh
Ahmad Aviv Mahda
NIM 112110101021

Pembimbing

Pembimbing Utama : Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si.
Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM, M.PH.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja Laki-Laki (Studi pada Siswa SMA/Sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Sabtu

Tanggal : 22 Agustus 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

Andrei Ramani, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800825 200604 1 005

Anggota,

dr. Lilik Lailiyah, M. Kes.
NIP. 19651028 199602 2 001

Mengesahkan
Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M. S.
NIP. 19560810 1983031 003

RINGKASAN

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja Laki-Laki (Studi pada Siswa SMA/Sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember); Ahmad Aviv Mahda; 112110101021; 2015; 109 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi, dan psikis. Seiring dengan masa perkembangan remaja, seksualitas remaja juga ikut berkembang. Seksualitas merupakan sesuatu yang melekat pada diri manusia, bersifat normal dan netral. Seksualitas remaja dapat mengalami berbagai penyimpangan, mulai dari penyimpangan orientasi sampai penyimpangan perilaku. Sebagian besar remaja memiliki pengetahuan tinggi dan sikap positif mengenai masalah perilaku seksual. Pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang didapatkan melalui informasi. Remaja mengembangkan saluran informasi informal mereka sendiri melalui media (seperti buku pegangan medis, surat kabar, majalah, dan televisi), teman, sekolah, dan orang tua. Remaja laki-laki juga mengalami masalah kesehatan reproduksi dan memiliki kebebasan seksual yang lebih luas. Akses informasi kesehatan reproduksi yang memadai terutama di wilayah perkotaan akan berdampak pada pengetahuan kesehatan reproduksi, yang akan membawa sikap positif terhadap isu kesehatan reproduksi dan praktik menjaga organ kesehatan reproduksi yang baik. Namun, kecamatan yang berada di wilayah perkotaan Kabupaten Jember seperti Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang selalu menempati posisi lima besar kasus perilaku berisiko. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja laki-laki meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural. Penelitian ini bersifat analitik observasional dengan rancangan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah remaja laki-laki siswa SMA/ sederajat kelas XI di Kecamatan Kaliwates Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember. Besar sampel penelitian ini sebesar 156 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan angket. Data yang

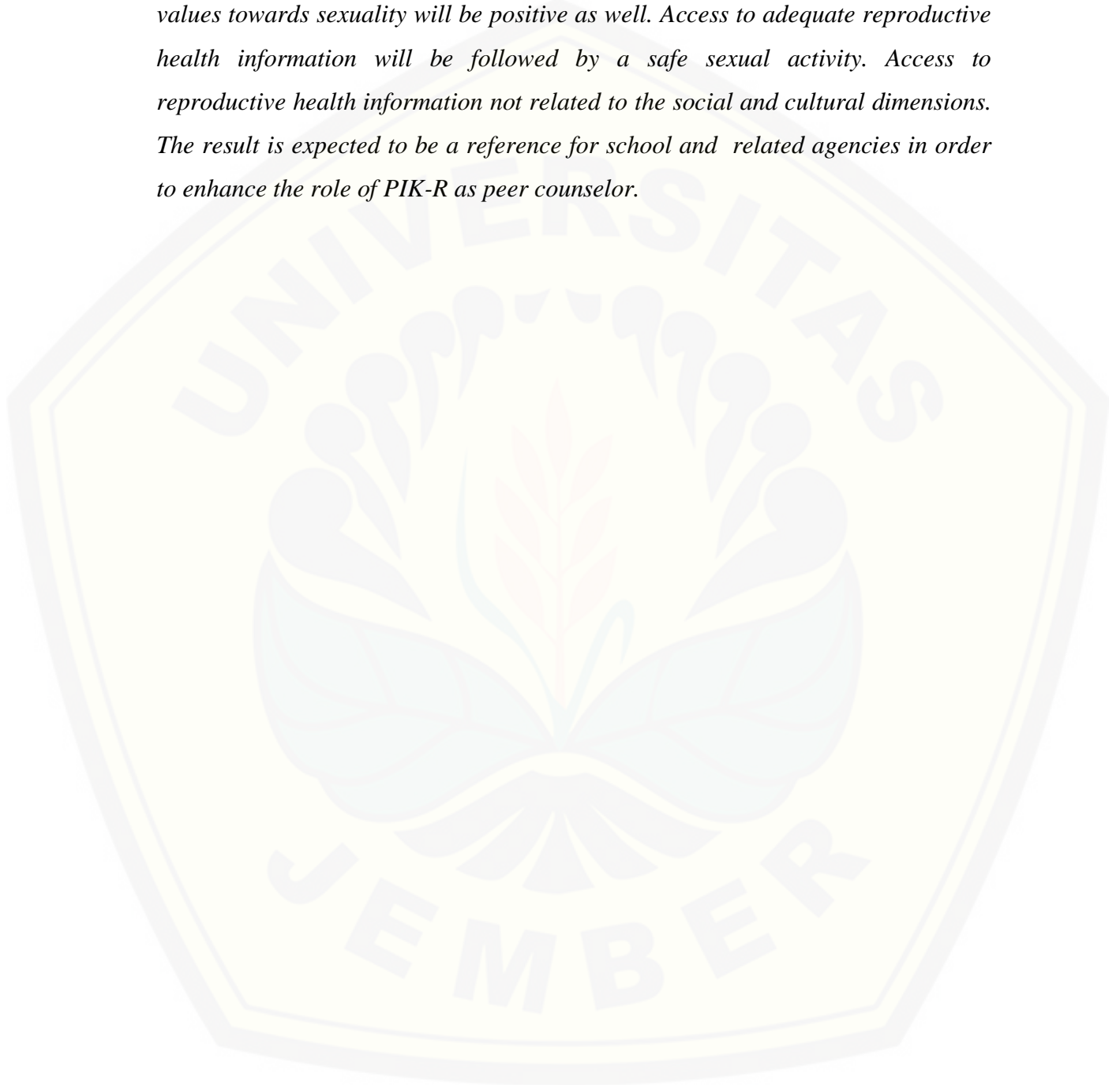
diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan grafik serta dianalisis menggunakan uji korelasi *Spearman*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja laki-laki memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah (54,5%); memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang rendah dan praktek menjaga kesehatan organ reproduksi yang belum baik (50%); memiliki nilai-nilai psikologis yang negatif terhadap seksualitasnya (37,2%); dan memiliki perilaku seksual yang berisiko (51,3%). Akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi biologis, psikologis, dan perilaku. Semakin baik akses informasi kesehatan reproduksi, maka pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktek menjaga organ reproduksi akan semakin baik, serta nilai-nilai psikologis terhadap seksualitas akan semakin positif pula. Akses informasi kesehatan reproduksi yang baik akan diikuti oleh aktivitas seksual yang aman. Akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi sosial dan kultural. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi sekolah dan instansi terkait guna meningkatkan peran PIK-R sebagai konselor kesehatan reproduksi remaja.

SUMMARY

Access to Reproductive Health Information and Sexuality among Male Adolescent (Study of Male High School Student in the Kaliwates, Sumbersari, and Patrang District of Jember Regency); Ahmad Aviv Mahda; 112110101021; 2015; 109 pages; Department of Epidemiology and Biostatistic Population, Public Health Faculty, Jember University

Adolescence is the unique transition and characterized by the changes on physic, emotion, and psychological. During development adolescent, sexuality also developed. Sexuality inherent in human beings, normal and neutral. Adolescent sexuality can experience various irregularities, ranging from orientation to behavioral aberration. The majority of adolescents have good knowledge and a positive attitude towards sexual behavior problems. Knowledge and attitudes acquired through information. Adolescents develop their own informal information channels through the media, friends, school, and parents. Access to adequate reproductive health information, especially in urban areas will have an impact on reproductive health knowledge, which will bring the positive attitude and good practice of maintaining reproductive health organs. However, districts in urban areas of Jember Regency such as Kaliwates, Sumbersari, and Patrang District always occupy the top five cases of risky behavior. This study aims to analyze the correlation between access to reproductive health information and sexuality among male adolescent include dimensions of biological, psychological, social, behavioral, and cultural. This study uses analytic observational method with cross sectional design. Research subjects in this study were 156respondents. The data collected by questionnaires. The data presented in tables, charts, and narration form, and then analyzed by Spearman's test. The results showed that most male adolescents have a low access reproductive health information (54.5%); have a low reproductive health knowledge and practice of maintaining the health of the reproductive organs were not good (50%); have psychological negative values towards sexuality (37.2%); and having risky sexual behavior (51.3%). Access to reproductive health information associated with the

dimensions of biological, psychological, and behavioral. The good access to reproductive health information followed by knowledge of reproductive health and the practice maintaining the reproductive organs as well, and psychological values towards sexuality will be positive as well. Access to adequate reproductive health information will be followed by a safe sexual activity. Access to reproductive health information not related to the social and cultural dimensions. The result is expected to be a reference for school and related agencies in order to enhance the role of PIK-R as peer counselor.



PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta sholawat dan salam tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “*Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja Laki-Laki (Studi pada Siswa SMA/Sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember)*”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini berisi tentang hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja laki-laki. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat, khususnya sekolah dan instansi yang terkait dengan pendidikan kesehatan reproduksi remaja serta dapat berkontribusi terhadap pengembangan keilmuan.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan, sekaligus dosen pembimbing akademik dan dosen pembimbing anggota yang telah banyak meluangkan waktu dan memberi kasih sayang guna mendidik, membimbing, memotivasi, dan membantu dalam proses belajar;
3. Dwi Martiana Wati, S.Si., M.Si. selaku dosen pembimbing utama yang dengan ikhlas dan sabar memberi semangat, arahan, dan saran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik;
4. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., dr. Pudjo Wahjudi, M.S., dan Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes., selaku dosen

peminatan Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan yang telah memfasilitasi dan membantu kelancaran proses belajar saya;

5. dr. Lilik Lailiyah, M.Kes., selaku penguji yang telah meluangkan waktu, memberikan ilmu, saran, dan koreksi;
6. Adik saya, Wardatut Thooyibah, yang selalu memberikan dukungan dan semangat;
7. Teman-teman seperjuangan B-Pop Manis Manja (Anisa, Vita, Faradyta, Ichwan, Edwin, Halima, Syukron, Fike, Anggi, Yuni, dan ‘Adiila) yang selalu berbagi keceriaan dan kebersamaan selama ini;
8. Dhimas Herdhianta dan Ifka H.R.F, yang telah membantu dan menemani dalam proses pengumpulan data penelitian;
9. Rekan sejawat FKM UNEJ angkatan 2011 serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak hal yang menjadi kekurangan dan perlu diperbaiki. Oleh karenanya, penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak yang membaca demi kesempurnaan penelitian selanjutnya. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memanfaatkannya. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, 22 Agustus 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Seksualitas	8
2.1.1 Pengertian Seksualitas.....	8

2.1.2 Kesehatan Seksualitas	8
2.1.3 Fungsi Seksualitas	9
2.1.4 Dimensi Seksualitas	11
2.1.5 Seksualitas Remaja.....	15
2.1.6 Perilaku Seksual	17
2.1.7 Determinan Perilaku Seksual	18
2.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	22
2.2.1 Program Pemerintah dalam Meningkatkan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja.....	22
2.2.2 Remaja dalam Mengakses Informasi Kesehatan Reproduksi	24
2.2.3 Penyalahgunaan Media Informasi	25
2.3 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi terhadap Seksualitas Remaja	26
2.4 Kerangka Teori	30
2.5 Kerangka Konsep.....	31
2.6 Hipotesis	31
BAB 3. METODE PENELITIAN	32
3.1 Jenis Penelitian.....	32
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	32
3.2.1 Lokasi Penelitian	32
3.2.2 Waktu Penelitian.....	32
3.3 Penentuan Populasi dan Sampel.....	33
3.3.1 Populasi	33
3.3.2 Sampel	33
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	34
3.4 Definisi Operasional.....	38
3.4.1 Variabel Penelitian	38
3.4.2 Definisi Operasional.....	38
3.5 Data dan Sumber Data	41
3.5.1 Data Primer	41

3.5.2 Data Sekunder	42
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	42
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	42
3.6.2 Alat Perolehan Data	43
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	43
3.7.1 Teknik Penyajian Data	43
3.7.2 Teknik Analisis Data	43
3.8 Alur Penelitian.....	44
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	45
4.1 Hasil Penelitian.....	45
4.1.1 Karakteristik Responden.....	45
4.1.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Responden	46
4.1.3 Seksualitas Responden	48
4.1.4 Analisis Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Seksualitas Remaja Laki-laki	59
4.2 Pembahasan	65
4.2.1 Karakteristik Responden.....	65
4.2.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Responden	65
4.2.3 Seksualitas Responden	66
4.2.4 Analisis Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Seksualitas Remaja Laki-laki	71
BAB 5. PENUTUP.....	77
5.1 Kesimpulan	77
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN.....	87

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Populasi SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember.....	35
3.2 Jumlah PSU pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember.....	37
3.3 Jumlah sampel pada sekolah terpilih di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember.....	37
3.4 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala Data	39
4.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur, Agama, dan Status Tempat Tinggal	45
4.2 Distribusi Akses Informasi Kesehatan Reproduksi berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban	46
4.3 Deskripsi Statistik Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	47
4.4 Distribusi Dimensi Biologis Bagian Pengetahuan berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban	48
4.5 Distribusi Dimensi Biologis Bagian Praktik berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban	49
4.6 Deskripsi Statistik Dimensi Biologis	50
4.7 Distribusi Dimensi Psikologis berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban.....	51
4.8 Deskripsi Statistik Dimensi Psikologis	52
4.9 Distribusi Dimensi Sosial berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban.....	53
4.10 Deskripsi Statistik Dimensi Sosial	54
4.11 Distribusi Dimensi Perilaku berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban.....	56
4.12 Deskripsi Statistik Dimensi Perilaku	56

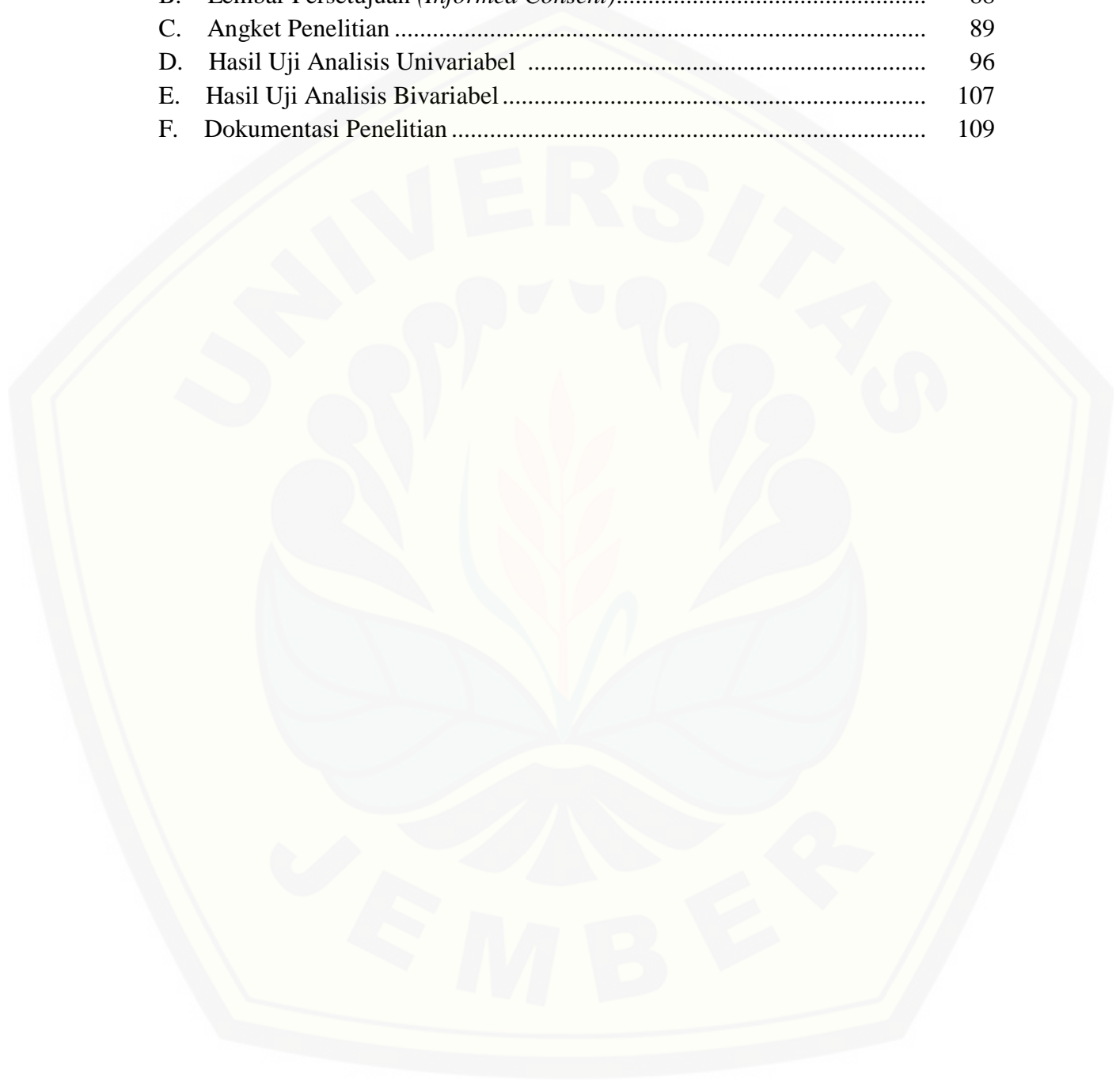
4.13	Distribusi Dimensi Kultural berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban.....	57
4.14	Deskripsi Statistik Dimensi Kultural	58
4.15	Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis.....	60
4.16	Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis.....	60
4.17	Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis.....	61
4.18	Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis.....	61
4.19	Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial	62
4.20	Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial	62
4.21	Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku.....	63
4.22	Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku.....	63
4.23	Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural.....	64
4.24	Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural.....	64

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	30
2.2 Kerangka Konsep.....	31
3.1 Alur Penelitian	44
4.1 Klasifikasi Pengkategorian Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	47
4.2 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Biologis	50
4.3 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Psikologis	52
4.4 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Sosial	55
4.5 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Perilaku.....	57
4.6 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Kultural.....	59

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Izin Pelaksanaan Penelitian.....	87
B. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	88
C. Angket Penelitian	89
D. Hasil Uji Analisis Univariabel	96
E. Hasil Uji Analisis Bivariabel.....	107
F. Dokumentasi Penelitian	109



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

AIDS	=	<i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
BKKBN	=	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
HIV	=	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KRR	=	Kesehatan Reproduksi Remaja
KTD	=	Kehamilan yang Tidak Diinginkan
NAPZA	=	Narkoba, Psikotropika, dan Zat Aditif
PIK-R	=	Pusat Informasi dan Konseling Remaja
PKPR	=	Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PMS	=	Penyakit Menular Seksual
SDKI	=	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SKRRI	=	Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
SMA	=	Sekolah Menengah Atas
STARH	=	<i>Sustaining Technical Achievements in Reproductive Health</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>
Wi-Fi	=	<i>Wireless Fidelity</i>

Daftar Notasi

%	=	Persentase
<	=	Kurang dari
+	=	Positif
-	=	Negatif
α	=	<i>Alpha</i>
-	=	Sampai
XI	=	Sebelas

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja atau “*adolescence*” (Inggris), berasal dari Bahasa Latin “*adolescere*” yang berarti tumbuh kearah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah bukan hanya kematangan fisik saja, tetapi juga kematangan sosial dan psikologis. Menurut WHO, remaja mencakup individu dengan usia 10-19 tahun. Sedangkan definisi remaja menurut Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) adalah perempuan dan laki-laki belum kawin yang berusia 15-24 tahun (Depkes, 2006). Remaja merupakan kelompok populasi yang besar, yaitu sekitar 20% dari populasi dunia dan 85% diantaranya tinggal di negara sedang berkembang. Remaja 15–24 tahun berdasarkan Sensus Penduduk 2010 berjumlah 40.772.367 jiwa dari seluruh penduduk Indonesia yang berjumlah 237,6 juta jiwa, dengan persentase 17,2% (BKKBN, 2013).

Remaja merupakan masa transisi perkembangan fisik dan psikologi dari masa anak-anak menuju dewasa. Masa remaja identik sebagai masa pencarian jati diri dengan rasa ingin tahu yang tinggi, ingin diperhatikan, diakui eksistensinya, dan emosi yang masih belum stabil sehingga mudah dipengaruhi oleh teman dan mengutamakan solidaritas kelompok (Pratiwi dan Basuki, 2011). Masa remaja memiliki masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi dan psikis. Perubahan fisik pada masa remaja ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks primer dan sekunder (Depkes, 2001). Monks dan Knoers (2006:269-273) mengatakan, tanda-tanda kelamin primer menunjuk pada organ badan yang langsung berhubungan dengan persetubuhan, organ reproduksi, dan proses reproduksi. Tanda-tanda kelamin sekunder adalah tanda-tanda jasmaniah yang tidak langsung berhubungan dengan persetubuhan, organ reproduksi, dan proses reproduksi, namun merupakan tanda yang khas, seperti rambut kemaluan, rambut tubuh, postur tubuh, dan suara.

Sarwono dan Siamsidear (1986) memberikan pengertian seksualitas dalam dua arti yaitu dalam arti sempit dan arti luas. Dalam arti sempit seksualitas berarti

kelamin yang terdiri dari alat kelamin, anggota tubuh dan ciri-ciri badaniah yang membedakan pria dan wanita, kelenjar dan hormon kelamin, hubungan seksual serta pemakaian alat kontrasepsi. Sedangkan pengertian dalam arti luas seksualitas merupakan segala hal yang terjadi akibat dari adanya perbedaan jenis kelamin, seperti tingkah laku, perbedaan atribut, perbedaan peran atau pekerjaan dan hubungan pria dan wanita. Secara ringkas seksualitas adalah dorongan hidup manusia yang sifatnya naluriah, baik dalam arti organ-organ tubuh dan ciri badaniah yang membedakan laki-laki dan perempuan maupun hal-hal lain yang terjadi akibat adanya perbedaan jenis kelamin. Seksualitas merupakan sesuatu yang melekat pada diri manusia, bersifat normal dan netral.

Perubahan kejiwaan pada masa remaja meliputi perubahan emosi, dan perkembangan intelegensi. Seiring dengan masa perkembangan remaja, seksualitas remaja juga ikut berkembang. Perilaku mencoba hal baru dapat berakibat pada pergaulan yang bebas, seks pranikah dan jatuh pada ketergantungan NAPZA. Dewasa ini, seksualitas remaja mengalami berbagai penyimpangan, mulai dari penyimpangan orientasi sampai penyimpangan perilaku. Sejumlah remaja memiliki pengalaman seksual di luar kontinum heteroseksual dengan cara melakukan masturbasi atau tingkah laku seksual dengan sejenis (Santrock, 2003:405). Santrock (2003:407) berpendapat bahwa masturbasi adalah cara penyaluran seksual yang paling sering dilakukan oleh banyak remaja.

Rangkaian kontinum heteroseksual yang dimulai dari *necking*, *petting*, dan hubungan seks atau oral seks menunjukkan berbagai pengalaman seksual remaja (Santrock, 2003:401). Badan Pusat Statistik (2013) menunjukkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2012 terdapat sebesar 2,5% perempuan dan 19,1% laki-laki usia 15-24 tahun pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Penelitian yang dilakukan oleh Yudistira (2007) menunjukkan bahwa perilaku berisiko siswa kelas satu SMA di Kabupaten Jember diperoleh perbandingan siswa yang pernah melakukan hubungan seksual mencapai 1 banding 20 siswa.

Survei perilaku kesehatan reproduksi remaja pada siswa SMA Negeri perkotaan dan pedesaan di Kabupaten Jember menunjukkan bahwa siswa SMA di

kota memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi lebih tinggi, sedangkan siswa SMA di desa memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi lebih rendah (Tesmei, 2008). Rismawan (2014) juga menunjukkan hal serupa yakni sebagian besar remaja SMA memiliki pengetahuan yang tinggi dan sikap yang positif mengenai masalah perilaku seksual. Berdasarkan sikap penerimaan terhadap perilaku seksual pranikah yang ditunjukkan oleh remaja, remaja perempuan dan remaja laki-laki memiliki sikap yang berbeda. Sikap remaja perempuan yang menolak adanya hubungan seksual pranikah hanya sebesar 0,6% jika dilakukan oleh perempuan dan sebesar 5,6% jika dilakukan oleh laki-laki. Sedangkan sikap remaja laki-laki yang menolak adanya hubungan seksual pranikah hanya sebesar 0,7% jika dilakukan oleh perempuan dan 4,1% jika dilakukan oleh laki-laki. Remaja laki-laki yang setuju hubungan seksual pranikah sebesar 16,9% jika dilakukan perempuan dan sebesar 49,4% jika dilakukan oleh laki-laki (BPS, 2013).

Pengetahuan dan sikap yang dimiliki seseorang didapatkan melalui informasi (Notoatmodjo, 2010:139-142). Beberapa studi menyatakan bahwa anak-anak dan remaja mengembangkan saluran informasi informal mereka sendiri dari sumber yang relatif beragam. Sumber utama informasi didapat dari media (seperti buku pegangan medis, surat kabar, majalah, dan televisi) dan teman, diikuti oleh sekolah, dan orang tua. Komunikasi dengan orangtua dan guru ditemukan relatif rendah (Zheng, 1997 dan Adjahoto *et al*, 2000 dalam Ali *et al*, 2004).

Pada komponen KRR SDKI 2012, responden remaja laki-laki ditanya tentang pengalaman mereka tentang mimpi basah, termasuk diskusi mengenai mimpi basah dengan orang lain sebelum hal tersebut terjadi. Remaja laki-laki lebih tidak suka mendiskusikan tentang pengalaman perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertasnya dibandingkan remaja perempuan. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa setengah dari remaja laki-laki tidak membicarakan dengan orang lain dan hampir setengah dari remaja laki-laki membicarakannya dengan teman (BPS, 2013). Hal tersebut membuat remaja laki-laki menjangkau informasi kesehatan reproduksi secara mandiri melalui media yang belum tentu kredibel dan berbagi hal seksualitas dengan teman sebayanya. Pratiwi dan Basuki (2011) menunjukkan bahwa dari remaja usia 12-18 tahun, 16% remaja mendapat

informasi seputar seks dari teman, 35% berasal dari film porno, dan hanya 5% dari orang tua.

Nwagwu (2007) mengatakan bahwa remaja dapat menghabiskan waktu berjam-jam untuk mendengarkan radio, menonton televisi, dan mengakses internet. Sebagian besar remaja menggunakan internet sebagai media untuk mengakses informasi kesehatan reproduksi. Menurut Nugroho (2012), internet telah menjadi kebutuhan dan bagian dari gaya hidup masyarakat saat ini. Namun tidak semua remaja memanfaatkan internet dengan baik, melainkan justru melakukan penyalahgunaan. Akses internet justru dimanfaatkan untuk mengakses situs-situs bermuatan pornografi dan mengunduh video porno. Penyalahgunaan teknologi informasi dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi dapat menyebabkan pengetahuan dan sikap yang salah terhadap kesehatan reproduksi yang berdampak pada perilaku seksual berisiko.

Pendidikan dan akses informasi kesehatan reproduksi merupakan salah satu faktor yang mempunyai peranan penting dalam meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Informasi dan edukasi kesehatan reproduksi merupakan hak setiap remaja, baik remaja perempuan maupun remaja laki-laki. Selama ini kebanyakan remaja perempuan yang menjadi fokus permasalahan kesehatan reproduksi (Farid *et al*, 2014). STARH (2003) mengatakan bahwa remaja laki-laki juga mengalami masalah kesehatan reproduksi karena remaja laki-laki pada umumnya memiliki kebebasan seksual yang lebih luas dibanding remaja perempuan, dan remaja laki-laki tidak dibebani bukti fisik dari pengalaman seksual. Di beberapa negara, remaja laki-laki diharapkan untuk mengetahui tentang hubungan seksual pranikah.

Masalah seksualitas dan stimulasi diri pada remaja laki-laki sangat jarang diteliti sehingga remaja laki-laki seolah-olah tidak mengalami masalah kesehatan reproduksi. Linberg *et al* (2000) dalam Ali *et al* (2004) mengatakan bahwa laki-laki juga kurang menerima petunjuk mengenai hubungan seksual pertama dibandingkan dengan perempuan. Porter dan Ku (2000) dalam Ali *et al* (2004) juga mengemukakan bahwa pada umumnya proporsi remaja laki-laki yang menerima pelayanan kesehatan reproduksi rendah.

Informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja sampai saat ini masih belum memadai. Sementara perilaku seksual berisiko makin meningkat. Sebuah studi di China mencatat bahwa terjadi peningkatan angka pemuda yang terlibat dalam hubungan seksual pranikah (Zhang *et al*, 2000 dalam Ali *et al*, 2004). Dilihat dari tempat tinggalnya, prevalensi perilaku berisiko remaja di perkotaan memang lebih tinggi dari pada pedesaan (Hazariah dan Azmawati, 2013). Badan Pusat Statistik (2013) menunjukkan hasil SDKI Tahun 2012 bahwa perilaku seksual pranikah remaja lebih banyak terjadi pada remaja di daerah perkotaan (1% pada perempuan dan 8,7% pada laki-laki) dibandingkan di daerah pedesaan (1% pada perempuan dan 7,8% pada laki-laki). Kecamatan yang berada di wilayah perkotaan di Kabupaten Jember seperti Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang selalu menempati posisi lima besar kasus perilaku berisiko (Satgas P4GN Kabupaten Jember, 2014; KPA Kabupaten Jember, 2014).

Akses informasi kesehatan reproduksi yang memadai terutama di wilayah perkotaan akan berdampak pada pengetahuan kesehatan reproduksi. Pengetahuan yang baik akan membawa sikap dan praktik kesehatan reproduksi yang baik pula. Mutiarawati (2013) dalam penelitiannya menemukan bahwa sebagian besar remaja jarang melakukan akses informasi kesehatan reproduksi remaja. Terdapat pengaruh signifikan antara akses informasi kesehatan reproduksi remaja terhadap praktik kesehatan reproduksi remaja terbukti di dapatkan nilai dengan kekuatan korelasi dalam kategori kuat.

Tiga kecamatan di wilayah perkotaan Kabupaten Jember selalu menempati posisi lima besar kasus perilaku berisiko. Padahal Tesmei (2008) mengungkapkan bahwa remaja di wilayah perkotaan Kabupaten Jember tidak ada satupun yang memiliki praktek kesehatan reproduksi negatif. Penelitian serta data mengenai akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi seksualitas remaja laki-laki di Kabupaten Jember juga masih kurang. Oleh karena itu, penelitian mengenai akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi seksualitas remaja laki-laki perlu diadakan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah yang telah diuraikan, dapat dirumuskan masalah yaitu bagaimana hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat Negeri dan Swasta di Kecamatan Kota Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasikan karakteristik individu terkait umur, agama, dan status tempat tinggal remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi akses informasi kesehatan reproduksi remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi dimensi seksualitas meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan masing-masing dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan bidang biostatistika kependudukan khususnya kesehatan reproduksi

remaja laki-laki terkait akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi seksualitas remaja laki-laki di Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan pertimbangan bagi pemerintah dan instansi terkait guna perumusan kebijakan dan pengambilan keputusan mengenai kesehatan reproduksi remaja.
- b. Sebagai bahan masukan bagi sekolah dalam rangka ikut serta meningkatkan akses informasi kesehatan reproduksi remaja.
- c. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk penelitian selanjutnya mengenai kesehatan reproduksi remaja.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Seksualitas

2.1.1 Pengertian Seksualitas

Menurut WHO dalam Mardiana (2012) seksualitas adalah suatu aspek inti manusia sepanjang kehidupannya dan meliputi seks, identitas dan peran *gender*, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, kemesraan dan reproduksi. Menurut Zawid (1994) dalam Purnawan (2004), kata seks sering digunakan dalam 2 hal, yaitu aktifitas seksual genital dan sebagai label *gender* (jenis kelamin). Sedangkan seksualitas memiliki arti yang lebih luas karena meliputi bagaimana seseorang merasa tentang diri mereka dan bagaimana mereka mengkomunikasikan perasaan tersebut terhadap orang lain melalui tindakan yang dilakukannya seperti sentuhan, ciuman, pelukan, senggama, atau melalui yang lebih halus seperti isyarat gerak tubuh, etiket, berpakaian, dan perbendaharaan kata. Menurut Baso dan Raharjo (1999), seksualitas merupakan suatu konsep, konstruksi sosial terhadap nilai, orientasi, dan perilaku yang berkaitan dengan seks.

Menurut Bobak (2005), seksualitas adalah komponen identitas personal individu yang tidak terpisahkan dan berkembang dan semakin matang sepanjang kehidupan individu. Seksualitas tidak sama dengan seks. Seksualitas ialah interaksi faktor-faktor biologis, psikologi personal, dan lingkungan. Fungsi biologis mengacu pada kemampuan individu untuk memberi dan menerima kenikmatan dan untuk bereproduksi. Identitas dan konsep diri seksual psikologis mengacu pada pemahaman dalam diri individu tentang seksualitas seperti citra diri, identifikasi sebagai pria atau wanita, dan pembelajaran peran-peran maskulin atau feminin. Nilai atau aturan sosio budaya membantu dalam membentuk individu berhubungan dengan dunia dan bagaimana mereka memilih berhubungan seksual dengan orang lain.

2.1.2 Kesehatan Seksualitas

BKKBN (2006) mendefinisikan kesehatan seksual sebagai kemampuan seseorang mencapai kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang terkait dengan

seksualitas. Maulana (2007) menyebutkan bahwa kesehatan seksual tercermin dari ekspresi yang bebas namun bertanggung jawab dalam kehidupan pribadi dan sosialnya misalnya dalam menjaga hubungan dengan teman atau pacar dalam batasan yang diperbolehkan oleh norma dalam masyarakat atau agama. Kesehatan seksual bukan hanya tidak ada kecacatan, penyakit atau gangguan lainnya, namun kesehatan seksual juga bisa dicapai bila hak seksual individu perempuan dan laki-laki diakui dan dihormati.

2.1.3 Fungsi Seksualitas

Menurut Glasier (2005), seksualitas memiliki beberapa fungsi sebagai berikut:

1. Kesuburan

Pada beberapa kebudayaan, seorang wanita muda mungkin merasakan adanya keinginan yang kuat untuk membuktikan kesuburannya bahkan walaupun ia sebenarnya belum menginginkan anak pada tahap kehidupannya saat itu. Ini adalah macam masyarakat yang secara tradisional wanita hanya dianggap layak dinikahi apabila ia sanggup membuktikan kesuburannya.

2. Kenikmatan

Mungkin pendorong primer atau mendasar perilaku seksual adalah kenikmatan atau kesenangan yang dirasakan yaitu suatu kombinasi kenikmatan sensual dan kenikmatan khas seksual yang berkaitan dengan orgasme.

3. Mempererat ikatan dan meningkatkan keintiman pasangan

Dalam suatu pertalian seksual yang eksklusif, pasangan melakukan secara bersama-sama hal-hal yang tidak ingin mereka lakukan dengan orang lain. Ini adalah esensi dari keintiman seksual. Efektivitas seks dalam memperkuat keintiman tersebut berakar dari risiko psikologis yang terlibat; secara khusus, risiko ditolak, ditertawakan, mendapati bahwa dirinya tidak menarik, atau kehilangan kendali dapat memadamkan gairah pasangan.

4. Menegaskan maskulinitas atau feminitas

Sepanjang hidup terutama pada saat-saat identitas *gender* terancam karena sebab lain misalnya saat menghadapi perasaan tidak diperlukan atau efek penuaan, mungkin dapat menggunakan seksualitas untuk tujuan ini.

5. Meningkatkan harga diri

Merasa secara seksual bagi orang lain, atau berhasil dalam upaya seksual, secara umum dapat meningkatkan harga diri.

6. Mencapai kekuasaan atau dominasi dalam hubungan

Kekuasaan (*power*) seksualitas cenderung dianggap sebagai salah satu aspek maskulinitas, dengan pria, baik karena alasan sosial maupun fisik, biasanya berada dalam posisi dominan. Namun, seks dapat digunakan untuk mengendalikan hubungan baik oleh pria dan wanita dan karenanya sering merupakan aspek penting dalam dinamika hubungan. Kekuasaan tersebut mungkin dilakukan dengan mengendalikan akses ke interaksi seksual, menentukan bentuk pertalian seksual yang dilakukan, dan apakah proses menimbulkan efek positif pada harga diri pasangan. Sementara dapat terus menjadi faktor dalam suatu hubungan yang sudah berjalan, hal ini juga merupakan aspek yang penting dan menarik dalam perilaku awal masa “berpacaran”.

7. Mengungkapkan permusuhan

Aspek penting dalam masalah “dominasi” pada interaksi seksual pria-wanita adalah pemakaian seksualitas untuk mengungkapkan permusuhan. Hal ini paling relevan dalam masalah perkosaan dan penyerangan seksual. Banyak kasus penyerangan atau pemaksaan seksual dapat dipandang sebagai perluasan dari dominasi atau kekuasaan, biasanya oleh pria terhadap wanita. Juga terdapat keadaan-keadaan dengan penyerangan seksual dapat dipahami sebagai suatu ungkapan kemarahan, baik terhadap wanita itu sendiri atau terhadap wanita itu sebagai pengganti wanita lain.

8. Mengurangi ansietas atau ketegangan

Menurunnya gairah yang biasanya terjadi setelah orgasme dapat digunakan sebagai cara untuk mengurangi ansietas atau ketegangan.

9. Pengambilan risiko

Interaksi seksual menimbulkan berbagai risiko, berkisar dari yang relatif ringan, misalnya ketahuan, sampai serius misalnya hamil atau infeksi menular seksual. Adanya risiko tersebut menjadi semakin bermakna dan mengganggu dengan terjadinya epidemi HIV dan AIDS. Bagi sebagian besar orang, kesadaran adanya risiko akan memadamkan respon seksual sehingga mereka mudah menghindari risiko tersebut. Namun, bagi beberapa individu, gairah yang berkaitan dengan persepsi risiko malah meningkatkan respons seksual. Untuk individu yang seperti ini, risiko seksual menjadi salah satu bentuk kesenangan yang dicari.

10. Keuntungan materi

Prostitusi adalah bentuk yang jelas dari aktivitas seksual untuk memperoleh keuntungan dan hal ini sering merupakan akibat dari kemiskinan. Pernikahan, sampai masa ini masih sering dilandasi oleh keinginan untuk memperoleh satu bentuk perlindungan dan bukan semata mata ikatan emosional komitmen untuk hidup bersama.

2.1.4 Dimensi Seksualitas

Seksualitas memiliki dimensi-dimensi. Dimensi-dimensi seksualitas menurut Perry & Potter (2005) dibagi menjadi dimensi biologis, psikologis, dimensi agama dan etik, dan sosiokultural. Masing-masing dimensi tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Dimensi Biologis

Dimensi yang berkaitan dengan anatomi dan fungsional organ reproduksi termasuk didalamnya bagaimana menjaga kesehatan dan memfungsikan secara optimal. Seksualitas berkaitan dengan perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan yang ditentukan pada masa konsepsi. Material genetik dalam telur yang telah dibuahi terorganisir dalam kromosom yang menjadikan perbedaan seksual. Ketika hormon seks mulai mempengaruhi jaringan janin, genitalia membentuk karakteristik laki-laki dan perempuan. Hormon mempengaruhi individu kembali saat pubertas, dimana anak

perempuan mengalami menstruasi dan perkembangan karakteristik seks sekunder, dan anak laki-laki mengalami pembentukan spermatozoa (sperma) yang relatif konstan dan perkembangan karakteristik seks sekunder.

2. Dimensi Psikologis

Seksualitas bagaimana pun mengandung perilaku yang dipelajari. Apa yang sesuai dan dihargai dipelajari sejak dini dalam kehidupan dengan mengamati perilaku orangtua. Orangtua biasanya mempunyai pengaruh signifikan pertama pada anak-anaknya. Mereka sering mengajarkan tentang seksualitas melalui komunikasi yang halus dan nonverbal. Seseorang memandang diri mereka sebagai makhluk seksual berhubungan dengan apa yang telah orangtua mereka tunjukkan kepada mereka tentang tubuh dan tindakan mereka. Menurut Deney & Quadagno (1992) hasil penelitian menunjukkan kecenderungan orang tua memperlakukan anak perempuan dan laki-laki secara berbeda, mendekorasi kamar secara berbeda, dan demikian pula respon terhadap tindakan mereka. Orang tua juga akan memberikan penghargaan terhadap anak laki-laki yang melakukan eksplorasi dan mandiri, sedangkan anak perempuan sering didorong untuk menjadi penolong dan meminta bantuan. Lebih lanjut orang tua cenderung mempertegas permainan sesuai dengan jenis kelamin pada anak-anak prasekolah mereka. Kesimpulannya orang tua memperlakukan anaknya sesuai dengan *gender*.

3. Dimensi Agama dan Etik

Seksualitas juga berkaitan dengan standar pelaksanaan agama dan etik. Ide tentang pelaksanaan seksual etik dan emosi yang berhubungan dengan seksualitas membentuk dasar untuk pembuatan keputusan seksual. Spektrum sikap yang ditunjukkan pada seksualitas direntang dari pandangan tradisional tentang hubungan seks yang hanya dalam perkawinan sampai sikap yang memperbolehkan individu menentukan apa yang benar bagi dirinya. Keputusan seksual yang melewati batas kode etik individu dapat mengakibatkan konflik internal.

Meskipun agama memegang peranan penting, akan tetapi keputusan seksual pada akhirnya diserahkan pada individu, sehingga sering timbul pelanggaran

etik atau agama. Seperti yang dikemukakan Denney dan Quadagno (1992) bahwa seseorang dapat menyatakan pada publik bahwa ia meyakini sistem sosial tertentu tetapi berperilaku cukup berbeda secara pribadi. Misalnya, Seseorang meyakini kalau hubungan seks diluar nikah itu tidak diperbolehkan menurut agama atau etika, tapi karena kurang bisa mengendalikan diri, ia tetap melakukan juga.

Michael et al (1994) membagi sikap dan keyakinan individu tentang seksualitas menjadi tiga kategori:

- a. *Tradisional*: keyakinan keagamaan selalu dijadikan pedoman bagi perilaku seksual mereka. Dengan demikian homoseksual, aborsi, dan hubungan seks pranikah dan diluar nikah selalu dianggap sebagai sesuatu yang salah.
 - b. *Relasional*: berkeyakinan bahwa seks harus menjadi bagian dari hubungan saling mencintai, tetapi tidak harus dalam ikatan pernikahan.
 - c. *Rekreasional*: menyatakan bahwa kebutuhan seks tidak ada kaitannya dengan cinta.
4. Dimensi Sosiokultural

Seksualitas dipengaruhi oleh norma dan peraturan kultural yang menentukan apakah perilaku yang diterima di dalam kultur. Keragaman kultural secara global menciptakan variabilitas yang sangat luas dalam norma seksual dan menghadapi spektrum tentang keyakinan dan nilai yang luas. Misalnya termasuk cara dan perilaku yang diperbolehkan selama berpacaran, apa yang dianggap merangsang, tipe aktivitas seksual, sanksi dan larangan dalam perilaku seksual, dengan siapa seseorang menikah dan siapa yang diizinkan untuk menikah.

Setiap masyarakat memainkan peran yang sangat kuat dalam membentuk nilai dan sikap seksual, juga dalam membentuk atau menghambat perkembangan dan ekspresi seksual anggotanya. Setiap kelompok sosial mempunyai aturan dan norma sendiri yang memandu perilaku anggotanya. Peraturan ini menjadi bagian integral dari cara berpikir individu dan

menggarisbawahi perilaku seksual, termasuk, misalnya saja, bagaimana seseorang menemukan pasangan hidupnya, seberapa sering mereka melakukan hubungan seks, dan apa yang mereka lakukan ketika mereka melakukan hubungan seks.

Misalnya perilaku yang diperbolehkan selama pacaran, hal-hal yang dianggap merangsang, tipe aktivitas seksual, sanksi dan larangan dalam perilaku seksual, atau menentukan orang yang boleh dan tidak boleh untuk dinikahi. Contoh lain tradisi seksual kultural adalah sirkumsisi. Meskipun di AS masih merupakan masalah kontroversial, akan tetapi hampir 80% neonatus laki-laki disana disirkumsisi dengan alasan higienis atau simbol keagamaan dan identitas etnik tertentu. Demikian pula pada wanita, dalam budaya beberapa negara sirkumsisi pada wanita merupakan tanda fisik kedewasaan seorang wanita, simbol kontrol sosial terhadap kesenangan seksual dan reproduksi mereka.

Survei definitif dan komprehensif mengenai keyakinan dan praktek seksual di Amerika yang dilakukan oleh para peneliti Universitas Chicago menunjukkan bahwa seorang individu dipengaruhi oleh jaringan sosial mereka dan cenderung untuk melakukan apa yang digariskan oleh lingkungan sosial mereka (Michael *et al*, 1994). Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian kualitatif mengenai perilaku seksual anak jalanan di stasiun kereta api Lempuyangan Jogjakarta. Lingkungan sosial yang bersifat permisif membuat mereka dengan usia yang sangat muda telah akrab dengan berbagai aktivitas seksual, mulai dari melihat sampai dengan melakukan hubungan intim. (Purnawan, 2004). Singkatnya, setiap masyarakat memainkan peran yang sangat kuat dalam membentuk nilai dan sikap seksual, juga dalam membentuk atau menghambat perkembangan dan ekspresi seksual anggotanya. Misalnya bagi bangsa Timur, khususnya Indonesia, melakukan hubungan intim (senggama) di luar nikah merupakan sebuah aib walaupun sekarang mulai memudar, akan tetapi bagi masyarakat Barat hal tersebut merupakan hal yang wajar dan biasa terjadi.

BKKBN (2006) menyebutkan bahwa seksualitas menyangkut berbagai dimensi yang sangat luas, yaitu dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku dan kultural.

1. Seksualitas dari dimensi biologis berkaitan dengan organ reproduksi dan alat kelamin, termasuk bagaimana menjaga kesehatan dan memfungsikan secara optimal organ reproduksi dan dorongan seksual.
2. Seksualitas dari dimensi psikologis erat kaitannya dengan bagaimana menjalankan fungsi sebagai makhluk seksual, identitas peran atau jenis.
3. Seksualitas dari dimensi sosial dilihat pada bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia, bagaimana pengaruh lingkungan dalam membentuk pandangan tentang seksualitas yang akhirnya membentuk perilaku seks.
4. Seksualitas dari dimensi perilaku menerjemahkan seksualitas menjadi perilaku seksual, yaitu perilaku yang muncul berkaitan dengan dorongan atau hasrat seksual.
5. Seksualitas dari dimensi kultural menunjukkan perilaku seks menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat.

2.1.5 Seksualitas Remaja

Seksualitas merupakan suatu bagian yang normal dari kehidupan remaja (Santrock, 2007). Menurut Pardede (2002), masa remaja berhubungan dengan suatu fenomena fisik yang berhubungan dengan pubertas. Pubertas adalah suatu bagian penting dari masa remaja dimana yang lebih ditekankan adalah proses biologis yang mengarah kepada kemampuan bereproduksi. Menurut Tukan (1993), pada masa ini seseorang mengalami perubahan ciri seks sekunder. Ciri seks sekunder adalah :

1. Pada pria tampak tumbuh kumis, jenggot, dan rambut sekitar alat kelamin dan ketiak. Selain itu suara juga menjadi lebih besar/kasar, dada melebar serta kulit menjadi relatif lebih kasar.

2. Pada wanita tampak rambut mulai tumbuh di sekitar alat kelamin dan ketiak, payudara dan pinggul mulai membesar dan kulit menjadi lebih halus.

Selain tampaknya ciri seks sekunder, organ kelamin pada remaja juga mengalami perubahan ke arah pematangan atau disebut ciri seks primer, yaitu:

1. Pada pria sejak usia remaja, testis akan menghasilkan sperma dan penis dapat digunakan untuk bersenggama dalam perkawinan.
2. Pada wanita, kedua indung telur (ovarium) akan menghasilkan sel telur (ovum). Pada saat ini perempuan akan mengalami ovulasi dan menstruasi.

Selain mengalami perkembangan fisik, remaja juga mengalami perkembangan psikososial, karena kesadaran akan bentuk fisik yang bukan lagi anak-anak akan menjadikan remaja sadar meninggalkan tingkah laku anak-anaknya dan mengikuti norma serta aturan yang berlaku (Arma, 2007).

Pada masa remaja perkembangan seksualitas diawali ketika terjalannya interaksi antar lawan jenis, baik itu interaksi antar teman atau interaksi ketika berkenan. Dalam berkenan dengan pasangannya, remaja melibatkan aspek emosi yang diekspresikan dalam berbagai cara, seperti memberikan bunga, tanda mata, mengirim surat, bergandengan tangan, berciuman dan lain sebagainya. Atas dasar dorongan-dorongan seksual dan rasa ketertarikan terhadap lawan jenisnya, perilaku remaja mulai diarahkan untuk menarik perhatian lawan jenis. Dalam rangka mencari pengetahuan tentang seks, ada remaja yang melakukan secara terbuka mengadakan percobaan dalam kehidupan seksual. Misalnya, dalam berpacaran mereka mengekspresikan perasaannya dalam bentuk perilaku yang menuntut keintiman secara fisik dengan pasangannya, seperti berpelukan, berciuman hingga melakukan hubungan seksual (Saifuddin dan Hidayana, 1999).

Seksualitas dan aktivitas seksual merupakan suatu area yang harus dibicarakan dengan setiap remaja secara rahasia. Insidensi aktivitas seksual pada remaja tinggi dan meningkat sesuai dengan penambahan usia. Kebanyakan remaja di bawah usia 15 tahun belum pernah melakukan hubungan seksual, 8 dari 10 remaja putri dan 7 dari 10 remaja putra belum pernah melakukan hubungan

seksual pada usia 15 tahun (Alan Guttmacher Institute, 1998 dalam Wong, 2008). Remaja terlibat dalam seksualitas karena berbagai alasan, diantaranya yaitu: untuk memperoleh sensasi menyenangkan, untuk memuaskan dorongan seksual, untuk memuaskan rasa keingintahuan, sebagai tanda penaklukan, sebagai ekspresi rasa sayang, atau mereka tidak mampu menahan tekanan untuk menyesuaikan diri. Keinginan yang sangat mendesak untuk menjadi milik seseorang memicu meningkatnyaserangkaian kontak fisik yang intim dengan pasangan yang diidolakan. Masa remaja pertengahan adalah waktu ketika remaja mulai mengembangkan hubungan romantis dan ketika kebanyakan remaja ingin memulai percobaan seksual (Wong, 2008).

Santrock (2007) mengatakan, terlepas dari apakah remaja memiliki ketertarikan heteroseksual atau sesama jenis, mereka menghadapi peningkatan gairah seksual. Salah satu cara yang ditempuh oleh banyak anak muda yang tidak berpacaran atau secara sadar memilih untuk tidak melakukan hubungan seksual atau melakukan eksplorasi seksual untuk mengatasi gairah seksual adalah melakukan masturbasi atau stimulasi diri. Sebagian besar remaja laki-laki mengalami ejakulasi pertama kali di usia 12 hingga 13 tahun. Masturbasi, kontak genital dengan partner lain sesama jenis kelamin atau berlainan jenis kelamin, atau mimpi basah selama tidur merupakan peristiwa yang biasanya menyebabkan ejakulasi.

2.1.6 Perilaku Seksual

Perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2012). Sarwono (2010) menjelaskan bahwa perilaku seksual adalah segala bentuk tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik sejenis maupun lawan jenis dalam berbagai bentuk tingkah laku seksual mulai dari ketertarikan secara seksual sampai berkencan, bercumbu, dan senggama. Banyak hal yang dapat mempengaruhi perilaku seksual remaja baik dari segi internal

seperti hormonal maupun dari segi eksternal seperti ajakan dari teman. Dalam hal ini, tingkah laku seksual diurutkan sebagai berikut:

1. Berkencan
2. Berpegangan tangan
3. Mencium pipi
4. Berpelukan
5. Mencium bibir
6. Memegang buah dada diatas baju
7. Memegang buah dada dibawah baju
8. Memegang alat kelamin diatas baju
9. Memegang alat kelamin dibawah baju
10. Melakukan senggama

Perubahan pola perilaku seksual di antara para remaja masa kini tidak dianggap salah karena biasanya mereka hanya mempunyai satu pasangan seksual yang dalam banyak kasus diharapkan akan dinikahi di masa mendatang. Meskipun hubungan yang telah terjalin ditentangoleh para orang tua, namun banyak remaja tetap melangsungkannya. Ada banyak alasan untuk mengikuti pola perilaku seksual yang baru ini, diantaranya adalah keyakinan bahwa hal ini harus dilakukan karena semua orang melakukannya; bahwa mereka harus tunduk pada tekanan kelompok sebaya bila ingin mempertahankan status mereka di dalam kelompok; dan bahwa perilaku ini merupakan ungkapan dari hubungan yang bermakna yang memenuhi kebutuhan semua remaja untuk mengadakan hubungan yang intim dengan orang lain, terlebih bila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi dalam hubungan keluarga (Hurlock, 1999).

2.1.7 Determinan Perilaku Seksual

Perilaku seseorang atau subjek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor-faktor baik dari dalam maupun dari luar subjek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku ini disebut determinan (Notoatmodjo, 2010). Nurachmah dan

Mustikasari (2009) menyebutkan terdapat beberapa faktor ekstrinsik yang mempengaruhi perilaku seksual yang dilakukan seseorang, antara lain adalah lingkungan, hubungan dengan orang lain, fasilitas, dan sosial budaya.

1. Lingkungan

Ngalim (2004) menyebutkan bahwa lingkungan adalah segala sesuatu yang berada dalam suatu sistem kompleks yang berada diluar individu yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia, seperti iklim, perumahan, situasi ekonomi, dan lain-lain. Pentingnya peran lingkungan harus diperhatikan karena dengan pengaruh lingkungan yang berpotensi memberikan dampak perkembangan kepada seseorang, termasuk di dalamnya adalah perkembangan pengetahuan seseorang yang dapat menentukan sikap dan tindakan seseorang nantinya. Oktavia dan Setyorogo (2013) menyatakan bahwa dalam penelitian yang dilakukannya lebih banyak remaja yang tinggal di daerah urban menunjukkan risiko melakukan perilaku seksual pranikah lebih besar dibandingkan dengan remaja yang tinggal di daerah rural. Santrock (2007) menjelaskan bahwa terdapat perbedaan antara remaja yang tinggal di daerah urban dan rural, remaja yang tinggal di wilayah urban cenderung telah melakukan hubungan seksual pranikah di usia yang lebih muda dibandingkan di daerah rural.

2. Hubungan dengan orang lain

Hubungan dengan orang lain juga dapat dikatakan sebagai pergaulan yang merupakan kontak langsung antara satu individu dengan individu lain. Berkembangnya perilaku kebiasaan yang ada dalam pergaulan akan mempengaruhi perkembangan jiwa seseorang, lingkungan dan pergaulan yang buruk dapat mempengaruhi seseorang untuk melanggar norma yang ada di dalam masyarakat (Sulistianingsih, 2010). Data SDKI (2012) juga menyatakan bahwa remaja lebih banyak mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi dari teman sebaya dibandingkan dengan orang tua atau kerabat dekatnya.

3. Beberapa studi menyatakan bahwa anak-anak dan remaja mengembangkan saluran informasi informal mereka sendiri dari sumber yang relatif beragam. Sumber utama informasi didapat dari media (seperti buku pegangan medis, surat kabar, majalah, dan televisi) dan teman, diikuti oleh sekolah, dan orang tua. Komunikasi dengan orangtua dan guru ditemukan relatif rendah (Zheng, 1997 dan Adjahoto *et al*, 2000 dalam Ali *et al*, 2004). Hal tersebut membuat remaja laki-laki menjangkau informasi kesehatan reproduksi secara mandiri melalui media yang belum tentu kredibilitasnya dan berbagi hal seksualitas dengan teman sebayanya. Kapamadzija (2000) dalam Ali *et al* (2004) menyatakan, informasi yang diperoleh terutama tentang PMS (Penyakit Menular Seksual), kebersihan seksual, dan tanda-tanda pubertas. Pengetahuan yang didapat dari media dan teman tidak dapat diterima dengan sesuai dan kemungkinan menjadi tidak benar serta memadai.
4. Fasilitas
Pengaruh akses informasi seperti media massa terhadap pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi memberikan dampak pada perilaku seksualnya. Kemudahan akses teknologi informasi seperti *handphone* dan internet serta sarana transportasi juga dapat memperparah potensi perilaku berisiko yang dilakukan oleh seseorang (Rokhmah, 2014). Akses terhadap media informasi bernilai signifikan dalam mempengaruhi perilaku berisiko pada remaja (Lestary dan Sugiharti, 2011).
5. Sosial budaya
Kebudayaan setempat dan kebiasaan keluarga dapat berpengaruh terhadap pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2010). Kondisi sosial budaya pada masyarakat tertentu dapat berdampak pada perilaku seksual seseorang sehingga dapat mempengaruhi kesehatan reproduksinya. Suryoputro *et al*. (2006) mengemukakan bahwa kondisi lingkungan sosial yang antara lain meliputi dukungan sosial, memiliki peran dalam terjadinya perilaku seksual pranikah.

Lestary dan Sugiharti (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku berisiko pada remaja antara lain meliputi:

1. Faktor predisposing yaitu faktor yang melekat pada diri individu, meliputi pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, dan pendidikan.
2. Faktor pemungkin (*enabling*) yaitu faktor yang memungkinkan atau mendorong suatu perilaku dapat terlaksana, meliputi tempat tinggal, status ekonomi, dan akses terhadap media informasi.
3. Faktor penguat (*reinforcing*) yaitu faktor yang dapat memperkuat terjadinya perilaku, meliputi pendidikan kepala keluarga, komunikasi dengan orang tua, dan keberadaan teman yang berperilaku berisiko.

Hal-hal yang mendorong remaja melakukan hubungan seks diluar pernikahan, menurut sebuah penelitian yang dilakukan oleh Yayasan Keluarga Kaiser (*Kaiser Family Foundation*, dalam Dariyo, 2004) adalah:

1. Faktor mispersepsi terhadap pacaran: bentuk penyaluran kasih sayang yang salah dalam masa pacaran.
Seringkali remaja mempunyai pandangan yang salah bahwa masa pacaran merupakan masa dimana seseorang boleh mencintai maupun dicintai oleh kekasihnya. Dalam hal ini, bentuk ungkapan rasa cinta (kasih sayang) dapat dinyatakan dengan berbagai cara, misalnya, pemberian hadiah bunga, berpelukan, berciuman, dan bahkan melakukan hubungan seksual. Dengan anggapan yang salah tersebut, maka juga akan menyebabkan tindakan yang salah.
2. Faktor religiusitas: kehidupan iman yang tidak baik.
Kehidupan beragama yang baik dan benar ditandai dengan pengertian, pemahaman, dan ketaatan dalam menjalankan ajaran-ajaran agama dengan baik. Dalam keadaan apa saja, orang yang taat beragama, dalam hatinya, selalu ingat terhadap Tuhan, sebab mata Tuhan selalu mengawasi setiap perbuatan manusia. Oleh karena itu, ia tak akan melakukan hubungan seksual

dengan pacarnya sebelum menikah secara resmi. Ia akan menjaga kehormatan pacarnya agar terhindar dari tindakan nafsu seksual sesaat. Sebaliknya bagi individu yang rapuh imannya, cenderung mudah melakukan pelanggaran terhadap ajaran-ajaran agamanya.

3. Faktor kematangan biologis.

Masa remaja ditandai dengan adanya kematangan biologis yang dapat melakukan fungsi reproduksi sebagaimana layaknya orang dewasa, sebab fungsi organ seksualnya telah bekerja secara normal. Hal ini membawa konsekuensi bahwa seorang remaja akan mudah terpengaruh oleh stimulasi yang merangsang gairah seksualnya, misalnya, dengan melihat film porno, cerita cabul. Kematangan biologis yang tidak disertai dengan kemampuan mengendalikan diri, cenderung berakibat negatif, yakni terjadinya hubungan seksual pranikah.

2.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi

2.2.1 Program Pemerintah dalam Meningkatkan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja

UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mencantumkan tentang Kesehatan Reproduksi pada Bagian Keenam. Pada Pasal 71 Ayat 3 mengamanatkan bahwa kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Setiap orang (termasuk remaja) berhak memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan (Pasal 72). Untuk meningkatkan status kesehatan remaja yang bersekolah maupun tidak bersekolah, Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menekankan kepada petugas yang peduli remaja, menerima remaja dengan tangan terbuka dan menyenangkan, lokasi pelayanan yang mudah dijangkau, aman, menjaga kerahasiaan, kenyamanan dan privasi serta tidak ada stigma. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) adalah pelayanan kesehatan

peduli remaja yang melayani semua remaja dalam bentuk konseling dan berbagai hal yang berhubungan dengan kesehatan remaja. Disini remaja tidak perlu ragu dan khawatir untuk berbagi/konseling, mendapatkan informasi yang benar dan tepat untuk berbagai hal yang perlu diketahui remaja (Fadhlina, 2012).

PKPR adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) dilayani di Puskesmas PKPR (Puskesmas yang menerapkan PKPR) (Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2011). Ada beberapa manfaat dari Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) menurut Fadhlina (2012) diantaranya:

1. Menambah wawasan dan teman melalui kegiatan-kegiatan penyuluhan, dialog interaktif, *Focus Group Discussion* (FGD), seminar, jambore, dan lain-lain.
2. Konseling/berbagi masalah kesehatan dan berbagai masalah remaja lainnya (dan kerahasiaannya dijamin).
3. Remaja dapat menjadi *peer counselor*/kader kesehatan remaja agar dapat ikut membantu teman yang sedang punya masalah.

Arsani dkk (2013) mengatakan bahwa melalui PKPR remaja dapat memperoleh pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, tempat bersosialisasi, hingga mendapatkan pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja. Namun remaja masih banyak yang belum mengetahui mengenai keberadaan PKPR di Puskesmas. Rahayu dkk (2013) juga mengatakan bahwa kegiatan penyuluhan dalam PKPR dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap remaja tentang seks pranikah.

Selain PKPR, terdapat juga program terkait informasi kesehatan reproduksi remaja yaitu PIK-R. Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) adalah suatu wadah kegiatan program kesehatan reproduksi remaja (KRR) yang dikelola dari, oleh, dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan

konseling tentang kesehatan reproduksi remaja (Amri, 2013). Kurnia (2013) menyebutkan bahwa penguasaan pengetahuan kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan aspek tumbuh kembang remaja, fisik, mental, dan sosial pada peserta PIK-R berada pada kriteria tinggi.

2.2.2 Remaja dalam Mengakses Informasi Kesehatan Reproduksi

Nwagwu (2007) mengatakan bahwa remaja dapat menghabiskan waktu berjam-jam untuk mendengarkan radio, menonton televisi, dan mengakses internet. Sebagian besar remaja menggunakan internet sebagai media untuk mengakses informasi kesehatan reproduksi. Remaja yang memiliki akses internet di dalam rumah cenderung dapat lebih banyak dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi dibandingkan remaja yang tidak memiliki akses internet di dalam rumah. Topik informasi kesehatan reproduksi yang diakses antara lain penggunaan alkohol, kanker, kontrasepsi, pacaran, kekerasan atau pemerkosaan, nutrisi, penggunaan obat-obatan, *fitness*, kekerasan fisik, kehamilan, pubertas dan perkembangannya, kekerasan seksual, aktifitas seksual, Infeksi Menular Seksual, serta HIV/AIDS. Bagi remaja internet menjadi media utama dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi. Internet lebih banyak digunakan karena unsur privasi, keberagaman informasi, dan mudah digunakan.

Borzekowski et al (2006) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa di negara berkembang, remaja berselancar di dunia maya untuk menemukan informasi tentang kesehatan. Lebih dari dua pertiga remaja di sekolah dan lebih dari setengah remaja tak bersekolah pernah berselancar di dunia maya. Dari pengguna internet tersebut, lebih dari separuhnya pernah mencari tentang informasi kesehatan reproduksi. Remaja memiliki ketertarikan yang tinggi dan persepsi yang positif terhadap informasi kesehatan reproduksi yang disajikan secara *online*. Flowers-Coulson (2015) berpendapat bahwa remaja masih kurang mengerti mengenai reproduksi manusia, dan masih kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Walaupun remaja telah banyak yang mengakses internet, namun masih banyak yang kurang memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi.

Rani dan Lule (2004) mengemukakan bahwa informasi kesehatan reproduksi juga dimuat dimedia massa. Namun terdapat perbedaan akses media pada remaja miskin dan kaya. Pada umumnya remaja miskin kurang terlibat dalam mengakses media massa daripada remaja kaya.

2.2.3 Penyalahgunaan Media Informasi

Menurut Nugroho (2012), internet telah menjadi kebutuhan dan bagian dari gaya hidup masyarakat saat ini. Masyarakat semakin dimudahkan dengan adanya teknologi jaringan Wi-Fi (*Wireless Fidelity*). Teknologi ini dimanfaatkan oleh berbagai instansi pendidikan, sebagai fasilitas gratis yang menunjang pendidikan. Dengan akses internet lewat jaringan Wi-Fi, remaja dengan mudah mencari berbagai informasi di dunia maya. Namun tidak semua remaja memanfaatkan internet dengan baik, melainkan justru melakukan penyalahgunaan. Akses internet gratis justru dimanfaatkan untuk mengakses situs-situs bermuatan pornografi dan mengunduh video porno. Sistem otentifikasi jaringan dan filter situs porno, ternyata tidak membuat remaja jera untuk mengakses situs porno. Bahkan mereka memiliki cara-cara khusus untuk dapat menembus sistem keamanan tersebut.

Rahmawati dkk (2002) mengemukakan bahwa ada perbedaan kecenderungan mengakses situs porno antara remaja laki-laki dan remaja perempuan. Kecenderungan remaja laki-laki untuk mengakses situs porno lebih tinggi daripada kecenderungan remaja perempuan untuk mengakses situs porno. Hal ini diduga karena laki-laki lebih terangsang pada stimulus visual atau pengamatan, sedangkan perempuan lebih terangsang oleh stimulus pendengaran dan lebih tertarik untuk menjalin persahabatan dan interaksi.

Sunarsih dkk (2010) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa sebagian besar remaja putra terkena frekuensi paparan media pornografi lebih dari 1 x per bulan. Menurut Wallmyr dan Welin (2006) remaja yang sering terpapar media pornografi (lebih dari 1 x per bulan) memiliki pemikiran berbeda tentang cara memperoleh informasi seks dengan remaja yang tidak pernah terpapar media pornografi dan remaja yang jarang terpapar media pornografi (1 x per bulan).

Remaja yang jarang dan tidak pernah terpapar media pornografi menganggap informasi tentang seks tidak harus didapatkan dari media pornografi karena informasi tersebut dapat diperoleh dengan bertanya kepada teman, guru maupun orang tua.

The Commission on Obscenity and Pornography menyatakan bahwa terpaan erotika walaupun singkat dapat membangkitkan gairah seksual pada pria maupun wanita. Selain itu dapat menimbulkan reaksi emosional lain seperti resah, impulsif, agresif dan gelisah (Rakhmat, 2003). Menurut Santrock (2003), remaja yang terpapar media pornografi secara terus-menerus, semakin besar hasrat seksualnya. Remaja menerima pesan seksual dari media pornografi secara konsisten berupa *kissing*, *petting*, bahkan hubungan seksual pra nikah, tapi jarang dijelaskan akibat dari perilaku seksual yang disajikan seperti hamil di luar nikah atau kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini membuat remaja tidak berpikir panjang untuk meniru apa yang mereka saksikan. Remaja menganggap keahlian dan kepuasan seksual adalah yang sesuai dengan yang mereka lihat.

2.3 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi terhadap Seksualitas Remaja

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan social secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan system, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Reproduksi sendiri merupakan proses alami untuk melanjutkan keturunan. Reproduksi sehat berkaitan dengan alat reproduksi dan fungsi-fungsinya serta pencegahan terhadap gangguan-gangguan yang mungkin timbul. Pemeliharaan kesehatan reproduksi mutlak diperlukan dalam rangka mengembangkan keturunan yang sehat dan berkualitas dimasa dewasanya (Kemenkes RI, 2011).

Sejalan dengan derasny arus globalisasi yang melanda berbagai sektor dan sendi kehidupan, berkembang pula masalah kesehatan reproduksi remaja baik fisik, psikis dan psikososial yang mencakup perilaku sosial. Salah satu penyebab masalah, kemungkinan karena faktor ketidaktahuan, sebagai akibat remaja tidak

mendapat informasi yang jelas, benar dan tepat mengenai kesehatan reproduksi remaja dan permasalahannya (Kemenkes RI, 2011). Faktor ketidaktahuan remaja mengenai informasi kesehatan reproduksi terbukti dari hasil Riskesdas Tahun 2010 yang menunjukkan bahwa kelompok remaja yang pernah mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi baru 25,1%. Berdasarkan tempat tinggal remaja yang tinggal di perkotaan cenderung mendapat penyuluhan kesehatan reproduksi lebih tinggi dibanding pedesaan (perkotaan 32,2% dan pedesaan 17,3%). Berdasarkan status ekonomi, kelompok remaja pada tingkat pengeluaran teratas yang terbanyak mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi dibandingkan kelompok remaja pada tingkat pengeluaran terendah (Kemenkes RI, 2010).

Banyak sekali informasi yang vulgar melalui media masa cetak maupun elektronik, bukan lagi dirasakan mendidik, tetapi lebih cenderung mempengaruhi dan mendorong perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab. Diakui oleh remaja, bahwa sejak duduk dibangku Sekolah Dasar (SD), dimana mereka mulai mengenal ketertarikan lawan jenis mulailah mereka mencari dan membutuhkan informasi tentang seks. Hasil *need assessment* reproduksi sehat remaja di 12 kota di Indonesia menunjukkan bahwa paparan remaja terhadap bacaan pornografi semakin meningkat. Sebagian remaja menyangka buku-buku ini dapat memenuhi rasa ingin tahu mereka mengenai kesehatan reproduksi (BKKBN, 2003). Gaya hidup yang merugikan cenderung banyak ditiru oleh para remaja, terutama mereka yang tidak mempunyai daya tangkal. Pada masa peralihan, para remaja berada dalam situasi yang sangat peka terhadap pengaruh nilai baru dan mereka cenderung lebih mudah melakukan penyesuaian. Dalam masa tersebut banyak kejadian penting dalam hal biologis dan demografi yang sangat menentukan kualitas kehidupannya, dan jika di masa kritis itu tidak mendapatkan informasi dan pengetahuan yang cukup tentang kesehatan reproduksi yang dibutuhkannya, mereka cenderung mencari dari luar pendidikan formal yang sering tidak bisa dipertanggungjawabkan, seperti menonton film dan membaca majalah porno ataupun dari teman sebaya yang sama-sama memiliki keterbatasan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Sehingga cenderung memperoleh informasi yang salah tentang kesehatan reproduksi remaja (BKKBN, 2003).

Permasalahan remaja yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi sering kali berakar dari kurangnya informasi dan pemahaman serta kesadaran untuk mencapai sehat secara reproduksi. Sementara itu remaja sendiri mengalami perubahan fisik dan psikologis yang cepat. Di sisi lain akses untuk mendapatkan informasi bagi remaja banyak yang tertutup. Dengan memperluas akses informasi tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi yang benar dan jujur bagi remaja akan membuat remaja makin sadar terhadap tanggung jawab perilaku reproduksinya. Sehingga remaja mampu membuat keputusan dalam perilaku reproduksi secara sehat (PKBI, 2004).

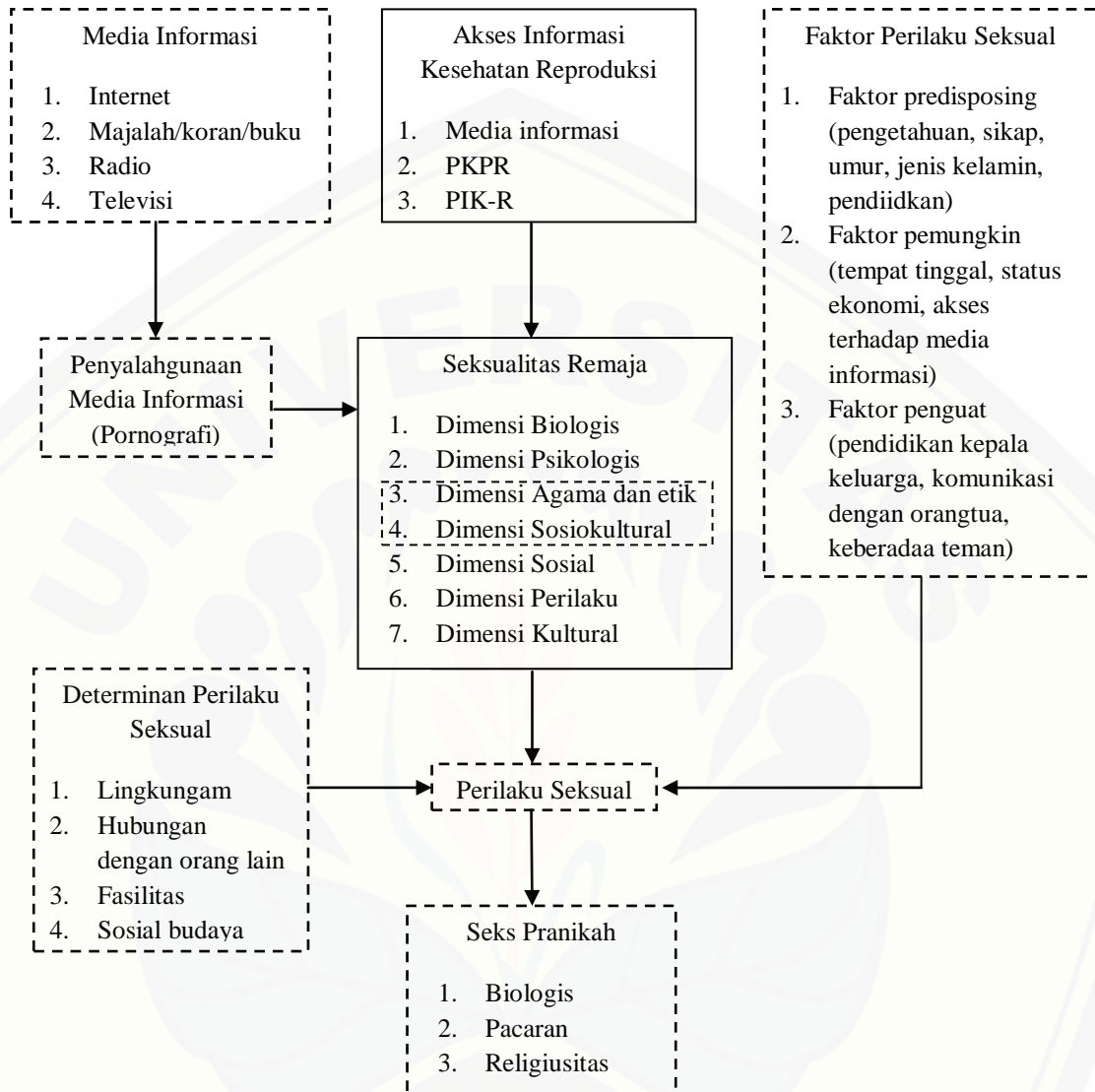
Akses informasi (*accessibility of information*) adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan atau praktek yang akan diambil oleh seseorang. Praktik atau tindakan merupakan salah satu dari 3 domain perilaku. Praktik atau tindakan mempunyai beberapa tingkatan seperti Persepsi (*perception*), respons terpimpin (*guided response*), dan adopsi (*adoption*) (Notoatmojo, 2005). Seksualitas tidak hanya berkaitan dengan praktek seksual dan kesehatan reproduksi, tetapi juga berkaitan dengan pengetahuan dan sikap mengenai kesehatan reproduksi. seksualitas merupakan suatu konsep, konstruksi sosial terhadap nilai, orientasi, dan perilaku yang berkaitan dengan seks (Baso dan Raharjo, 1999). Mutiarawati (2013) dalam penelitiannya menemukan bahwa sebagian besar remaja jarang melakukan akses informasi kesehatan reproduksi remaja. Terdapat pengaruh signifikan antara akses informasi kesehatan reproduksi remaja terhadap praktik kesehatan reproduksi remaja terbukti di dapatkan nilai dengan kekuatan korelasi dalam kategori kuat.

Maisya dan Susilowati (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa berdasarkan sumber informasi tentang kesehatan reproduksi ditemukan 92,2% remaja tidak mengetahui tempat bagi remaja untuk memperoleh informasi dan konsultasi mengenai kesehatan reproduksi baik yang terdapat di sekitar tempat tinggal maupun sekolah atau puskesmas. Kurangnya pemahaman yang benar mengenai kesehatan reproduksi menyebabkan remaja cenderung melakukan perilaku yang negatif. Terdapat 35,6% remaja yang menggunakan internet sebagai media komunikasi yang paling sering digunakan untuk mendapatkan informasi

tentang kesehatan reproduksi. Penelitian yang dilakukan oleh Rahyani, 2012 terhadap siswa sekolah menengah atas di kota Denpasar menemukan bahwa pajanan pornografi dari internet, perilaku langsung dan tidak langsung berhubungan secara signifikan dengan inisiasi hubungan seksual sebelum menikah.



2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

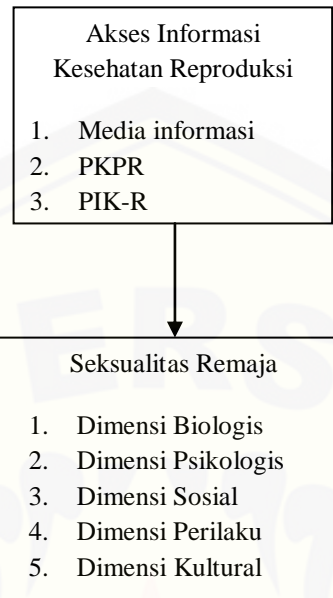
Kerangka teori diatas adalah modifikasi dari teori Perry & Potter (2005), BKKBN (2006), Sarwono (2010), Mustikasari (2009), Lestary & Sugiharti (2011), Dariyo (2004), Fadhlina (2012), Rahayu (2013), Kurnia (2013), Nwagwu (2007), Nugroho (2012), Mutiarawati (2013), dan Maisya & Susilowati (2012)

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep tersebut menjelaskan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi dapat berhubungan dengan seksualitas remaja. Seksualitas remaja meliputi lima dimensi yaitu dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural.

2.6 Hipotesis

Akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan seksualitas remaja laki-laki meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik. Penelitian analitik adalah penelitian yang bertujuan untuk mencari hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:108). Selain itu, penelitian ini disebut juga penelitian observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian tanpa memberi perlakuan terhadap subjek penelitian (Sugiyono, 2014:145). Metode yang digunakan adalah *cross-sectional*. *Cross-sectional* ialah suatu desain penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek penelitian pada waktu yang sama (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:131). Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan Patrang Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di SMA/ sederajat di tiga Kecamatan Kota di Kabupaten Jember, yaitu Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan Patrang.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian tentang hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di tiga Kecamatan Kota Kabupaten Jember Maret sampai Mei 2015.

3.3 Penentuan Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Pada penelitian kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:80). Sastroasmoro dan Ismael (2011:89) membedakan populasi penelitian menjadi dua yaitu populasi target dan terjangkau. Populasi target merupakan populasi yang ditandai dengan karakteristik klinis dan demografis. Populasi terjangkau merupakan bagian dari populasi target yang dibatasi oleh tempat dan waktu. Pada penelitian ini, populasi target yaitu SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember. Populasi terjangkau yaitu siswa laki-laki kelas XI di sekolah terpilih sebanyak 743 siswa.

3.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasi (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:90). Pada penelitian ini dilakukan teknik *sampling* menggunakan *multi stage sampling* dengan *cluster sampling* dan *proportional random sampling*. Nazir (2003) menyatakan *cluster sampling* adalah teknik memilih sebuah sampel dari kelompok-kelompok unit-unit yang kecil atau *cluster* dalam hal ini adalah kelompok SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember. Jika *cluster sampling* digunakan, maka tidak semua unit elementer dalam PSU (*Primary Sampling Unit*) digunakan. Akan tetapi, ditarik lagi sampel dari tiap-tiap PSU dengan *sampling fraction* yang berimbang dengan jumlah anggota atau unit elementer dalam tiap PSU. Berdasarkan hal ini peneliti tidak meneliti seluruh siswa di SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember, tetapi hanya meneliti beberapa siswa di sekolah terpilih.

Besar sampel dari penelitian ini berdasarkan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (dalam Bhisma, 2006), yaitu:

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

$$n = \frac{911 (1,96)^2 0,6 \cdot 0,4}{(0,075)^2 (911-1) + (1,96)^2 0,6 \cdot 0,4}$$

$$n = 139,044 \cong 140 \text{ orang}$$

Keterangan

n : besar sampel penelitian

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: simpangan rata-rata distribusi normal standar pada kepercayaan 95%

p : proporsi siswa laki-laki sebesar 0,6 (Tesmei, 2008)

d : kesalahan absolute yang dapat ditolerir yaitu 7,5%

Dari perhitungan tersebut dapat diketahui bahwa sampel yang diperlukan sejumlah 117 orang. Namun kemungkinan subjek penelitian terpilih yang *drop out, loss to-follow up*, atau subjek tidak taat pada penelitian maka perlu dilakukan antisipasi. Tindakan antisipasi dapat dilakukan dengan penetapan koreksi terhadap besar sampel dengan penambahan jumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Sampel koreksi dapat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan

n' : sampel koreksi penelitian

n : sampel penelitian

f : persentase kemungkinan subjek penelitian yang *dropout*

$$n' = \frac{140}{1-0,1}$$

$$n' = 155,56 \cong 156 \text{ orang}$$

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

1. Berdasarkan data Dinas Pendidikan Kabupaten Jember Tahun 2015, diketahui bahwa terdapat 17 SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, 17 SMA/ sederajat di Kecamatan Sumbersari, dan 19 SMA/ sederajat di

Kecamatan Patrang, dengan total 53 sekolah dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.1 Populasi SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember

No.	Kecamatan	Nama Sekolah	
		SMA Negeri	SMA Swasta
1	Kaliwates	SMA Negeri 3 Jember	SMAK Santo Paulus Jember
		SMA Negeri 4 Jember	SMA Wiyata Mandala Jember
		MA Negeri 1 Jember	SMA Kartika IV-2 Jember
			SMA Islam Jember
			SMA Plus Al-Azhar Kaliwates
			SMA Islam Al-Hidayah Jember
			SMAK Satya Cendika Jember
			SMA Unggulan BPPT Darus Sholah
			MA Darus Sholah Jember
			MA Ashri Jember
			MA Riyadlus Sholihien Jember
			MA Masyithah Jember
			SMK Erlangga Jember
	SMK 2 Pancasila Jember		
2	Sumbersari	SMA Negeri 1 Jember	SMA Adhi Wiyata Jember
		SMA Negeri 2 Jember	SMA Plus Darul Hikmah Jember
		SMK Negeri 2 Jember	SMA KH Agus Salim Sumbersari
			SMA Muhammadiyah 3 Jember
			SMA Nuris Jember
			MA Al Muslihun Sumbersari
			SMK Kartini Jember
			SMK Trunojoyo Jember
			SMK Nuris Jember
			SMK Moch. Seroedji Jember
			SMK Darul Hikmah
	SMK Farmasi Jember		
	SMK Setia Atmadja Jember		
	SMK Mandala Jember		
3	Patrang	SMA Negeri 5 Jember	SMA Pahlawan Jember
		MA Negeri 2 Jember	MA Darussalam Jember
		SMK Negeri 1 Jember	MA Yasrama Jember
		SMK Negeri 3 Jember	MA Al Qodiri Jember
		SMK Negeri 4 Jember	SMK Yapeni 2 Jember
		SMK Al Aziiz Jember	

No.	Kecamatan	Nama Sekolah	
		SMA Negeri	SMA Swasta
			SMK Muhammadiyah
			SMK PGRI 2 Jember
			SMK Berdikari Jember
			SMK Al Muttaqin
			SMK Al Qodiri Jember
			SMK Kesehatan TPA Jember
			SMK Farmasi dr. Soebandi
			SMK Inklusi TPA Jember

Sumber: Dinas Pendidikan Kabupaten Jember Tahun 2015

2. Peneliti secara *random* memilih PSU sebagai sampel dengan menggunakan *sample fraction* 22,5%. Nazir (2003) menyatakan bahwa jumlah PSU dalam sampel dicari dengan rumus berikut:

$$f = \frac{m}{M} \text{ atau } m = f \cdot M$$

Keterangan

f : *sample fraction*

m : jumlah PSU

M : jumlah total PSU

$$m = f \cdot M$$

$$m = 0,225 \times 53$$

$$m = 12$$

Maka jumlah PSU yang diperlukan sebesar 12 sekolah.

3. Peneliti kemudian menarik sampel secara *random* sebanyak 12 PSU (sekolah) dari 53 sekolah dengan masing-masing 2 SMA/ sederajat Negeri dan 2 SMA/ sederajat Swasta di tiap Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember. 12 sekolah terpilih disajikan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Jumlah PSU pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember

No.	Kecamatan	Nama Sekolah	
		SMA Negeri	SMA Swasta
1	Kaliwates	SMA Negeri 3 Jember	SMA Kartika IV-2 Jember
		MA Negeri 1 Jember	MA Darus Sholah Jember
2	Sumbersari	SMA Negeri 1 Jember	MA Al Muslihun Sumbersari
		SMA Negeri 2 Jember	SMK Trunojoyo Jember
3	Patrang	SMK Negeri 1 Jember	MA Darussalam Jember
		SMK Negeri 3 Jember	SMK Al Muttaqin

4. Responden penelitian tidak terdiri dari semua siswa laki-laki kelas XI pada sekolah yang terpilih sebagai sampel. Akan tetapi peneliti melakukan penarikan sampel secara random dan berimbang. Peneliti mengambil wakil dari tiap kelompok yang disesuaikan dengan jumlah tiap kelompok tersebut dalam menentukan anggota sampel (Arikunto, 2000). Perhitungan sampel pada masing-masing sub populasi disajikan pada Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Jumlah sampel pada sekolah terpilih di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember

Kecamatan	Nama Sekolah	Nama Sekolah								
		SMA Negeri	N_h	N	n	$\frac{n_h}{N} = \frac{N_h}{N} \times n$	SMA Swasta	N_h	N	n
Kaliwates	SMA Negeri 3 Jember	136	911	155	23	SMA Kartika IV-2 Jember	29	911	155	5
	MA Negeri 1 Jember	96	911	155	16	MA Darus Sholah Jember	36	911	155	6
Sumbersari	SMA Negeri 1 Jember	113	911	155	19	MA Al Muslihun Sumbersari	53	911	155	9
	SMA Negeri 2 Jember	148	911	155	25	SMK Trunojoyo Jember	47	911	155	8
Patrang	SMK Negeri 1 Jember	139	911	155	24	MA Darussalam Jember	11	911	155	3
	SMK Negeri 3 Jember	60	911	155	10	SMK Al Muttaqin	43	911	155	8
Total PSU					117	Total PSU			38	

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Variabel penelitian

Variabel adalah konsep yang memiliki bermacam-macam nilai (Nazir, 2003:123). Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau nilai dari orang, objek, atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014:38).

Adapun variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Karakteristik individu

- a. Umur
- b. Agama
- c. Status tempat tinggal

2. Variabel independen (variabel bebas)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah akses informasi kesehatan reproduksi

3. Variabel dependen (variabel terikat)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). (Variabel terikat dalam penelitian ini adalah dimensi seksualitas meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural.

3.4.2 Definisi Operasioanal

Definisi operasioanal adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel tersebut (Nazir, 2003:126). Definisi operasional juga bermanfaat mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang akan diteliti serta mengembangkan instrumen. Definisi operasional yang tepat akan membuat ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diteliti menjadi terbatas dan penelitian akan lebih fokus (Notoatmodjo, 2010:111).

Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini dijabarkan dalam Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran, Identifikasi, dan Skala Data

No	Variabel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Identifikasi/ kategori	Skala data
Karakteristik individu					
1.	Umur	Lama waktu hidup yang dihitung sejak dilahirkan sampai dengan ulang tahun terakhir berdasarkan pengakuan responden	Angket		Rasio
2.	Agama	Keyakinan atau kepercayaan yang dianut	Angket	Agama dikategorikan menjadi 6, yaitu: 1= Islam 2= Kristen 3= Katholik 4= Hindu 5= Budha 6= Konghucu	Nominal
3.	Status tempat tinggal	Tempat tinggal responden sehari-hari	Angket	Status tempat tinggal dikategorikan menjadi 4, yaitu: 1= Rumah orangtua 2= Rumah saudara 3= Kos 4= Asrama	Nominal
4.	Akses informasi kesehatan reproduksi	Riwayat kegiatan dalam rangka menambah informasi mengenai kesehatan reproduksi yang meliputi membaca artikel, mendengarkan radio, menonton televisi, mengakses internet, menghadiri penyuluhan,	Angket	Akses informasi diukur dengan 10 pernyataan. Skor pernyataan yaitu 0 jika tidak pernah dan 1 jika pernah. Nilai maksimal 10 dan minimal 0.	Rasio

No	Varibel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Identifikasi/ kategori	Skala data
		mengunjungi PKPR, dan mengikuti PIK-R.			
5.	Seksualitas	Seksualitas merupakan suatu konsep, kontruksi sosial terhadap nilai, orientasi, dan perilaku yang berkaitan dengan seks yang meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural			
	a. Dimensi biologis	Dimensi biologis meliputi pengetahuan dan praktek mengenai sksualitas dan kesehatan reproduksi	Angket	Dimensi biologis diukur dengan 10 pernyataan pengetahuan dan 5 pernyataan praktek. Skor pernyataan pengetahuan yaitu 0 jika jawaban salah dan 1 jika jawaban benar. Skor pernyataan praktek yaitu 1 jika ya dan 0 jika tidak. Nilai maksimal 15 dan minimal 0.	Rasio
	b. Dimensi psikologis	Dimensi psikologis yaitu menjalankan fungsi sebagai mahluk seksual dan identitas peran atau jenis	Angket	Dimensi psikologis diukur dengan 10 pernyataan. Pada pernyataan positif, skor 0 diberikan jika responden menjawab tidak dan skor 1 jika responden menjawab ya. Pada pernyataan negatif, skor 1 diberikan jika responden menjawab tidak dan skor 0 jika responden menjawab ya. Nilai maksimal 10 dan minimal 0.	Rasio
	c. Dimensi sosial	Dimensi sosial meliputi bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan	Angket	Dimensi sosial diukur dengan 10 pernyataan. Pada pernyataan positif, skor 0 diberikan jika	Rasio

No	Varibel	Definisi operasional	Cara pengukuran	Identifikasi/ kategori	Skala data
		antar manusia dan bagaimana lingkungan memandang seksualitas		responden menjawab tidak setuju dan skor 1 jika responden menjawab setuju. Pada pernyataan negatif, skor 1 diberikan jika responden menjawab tidak setuju dan skor 0 jika responden menjawab setuju. Nilai maksimal 10 dan minimal 0.	
d.	Dimensi perilaku	Dimensi perilaku berkaitan dengan perilaku atau aktivitas seksual	Angket	Dimensi perilaku diukur dengan 5 pertanyaan. Skor pertanyaan yaitu 0 jika menjawab tidak pernah dan 1 jika menjawab pernah. Nilai maksimal 5 dan minimal 0.	Rasio
e.	Dimensi kultural	Dimensi kultural yaitu seksualitas menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat	Angket	Dimensi kultural diukur dengan 10 pernyataan. Pada pernyataan positif, skor 0 diberikan jika responden menjawab tidak setuju dan skor 1 jika responden menjawab setuju. Pada pernyataan negatif, skor 1 diberikan jika responden menjawab tidak setuju dan skor 0 jika responden menjawab setuju. Nilai maksimal 10 dan minimal 0.	Rasio

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu, atau perseorangan. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2003:174). Data tentang akses informasi

kesehatan reproduksi dan dimensi seksualitas remaja laki-laki merupakan data primer yang didapatkan dengan menggunakan angket.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dengan cara membaca, sumber literatur, buku atau melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data, baik oleh institusi pemerintah maupun swasta (Sedarmayanti dan Hidayat, 2002:73). Data sekunder dalam penelitian ini berupa data jumlah siswa kelas XI Tahun Ajaran 2014/2015 di SMA Negeri di Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan Patrang di Kabupaten Jember, yang diperoleh dari Dinas Pendidikan Kabupaten Jember.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Dalam proses pengumpulan data, tiap responden dalam penelitian diberi *informed consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

1. Angket

Angket merupakan metode pengumpulan data dengan sasaran orang banyak yang dilakukan dengan cara mengedarkan suatu daftar pertanyaan tertulis kepada sejumlah subjek untuk memperoleh tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010:147.) Dalam penelitian ini digunakan angket untuk memperoleh data-data mengenai akses informasi kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja laki-laki.

2. Dokumentasi

Menurut Arikunto (2006:149), metode dokumentasi adalah metode mencari data untuk mengetahui hal-hal atau variabel penelitian. Teknik pengumpulan data ini mendaarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda, dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh

data jumlah SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang di Kabupaten Jember.

3.6.2 Alat Perolehan Data

Instrumen adalah alat pada waktu peneliti menggunakan suatu metode atau teknik pengumpulan data (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini instrumen pengumpulan data penelitian yang digunakan adalah angket penelitian. Angket tersebut digunakan sebagai alat bantu dalam kegiatan mengumpulkan data primer. Angket yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari pernyataan dan pertanyaan tentang karakteristik individu, akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi seksualitas remaja laki-laki.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

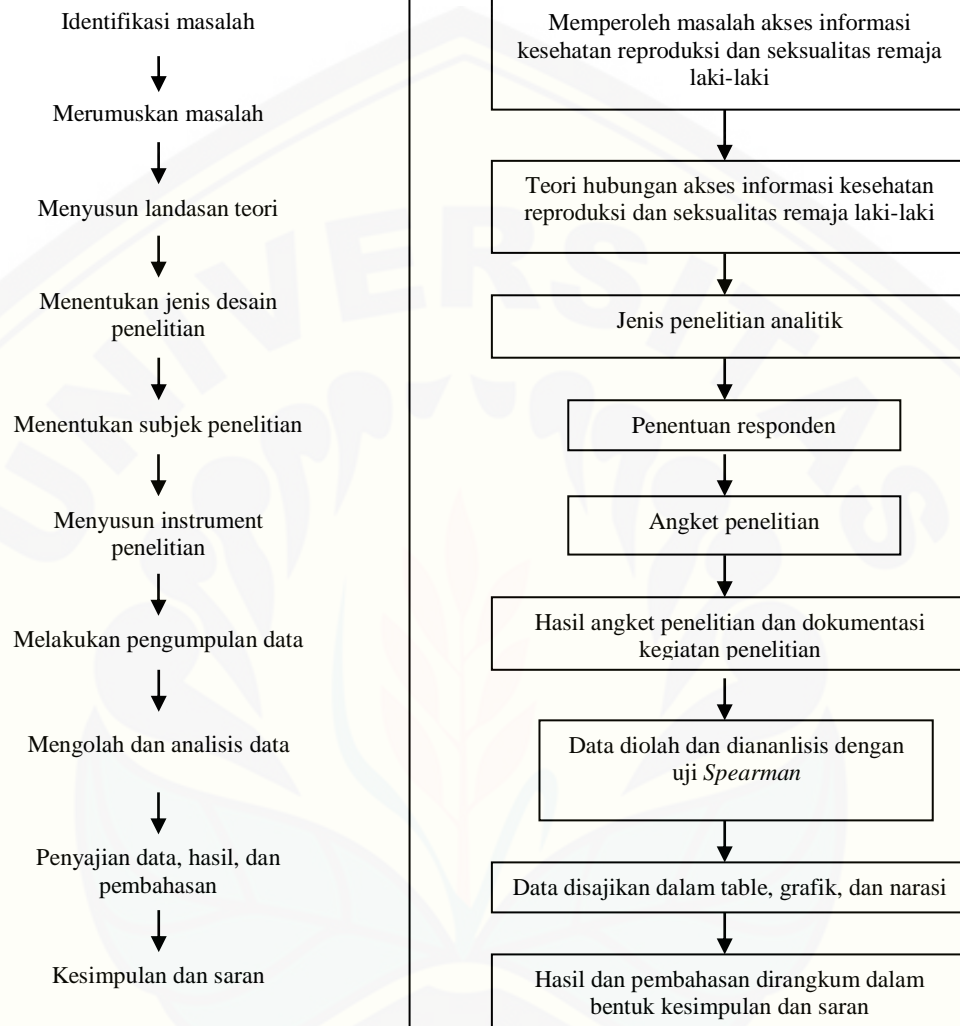
Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:188). Hasil penelitian disajikan secara verbal dan matematis. Penyajian verbal merupakan penyajian hasil penelitian dengan menggunakan kata-kata berupa narasi. Penyajian secara matematis dalam penelitian ini dengan menggunakan tabel dan grafik.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data dapat memberikan arti sempit dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nazir, 2009:358). Teknik analisis data menggunakan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Spearman* untuk mengetahui hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan masing-masing dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember.

3.8 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dalam gambar berikut:



Gambar 3.1 Alur penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Responden

Pengumpulan data ini dilakukan pada bulan Mei-Juni 2015. Subjek penelitian dalam penelitian ini adalah siswa laki-laki kelas XI yang berjumlah 156 siswa, yang berasal dari 12 sekolah di Kecamatan Kaliwates, Sumpalsari, dan Patrang Kabupaten Jember tahun ajaran 2014/2015. Karakteristik responden yang diteliti meliputi umur, agama, dan status tempat tinggal yang secara rinci dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden berdasarkan Umur, Agama, dan Status Tempat Tinggal

Karakteristik Responden	n	Persentase (%)
Umur		
15	3	1,9
16	36	23,1
17	90	57,7
18	23	14,7
19	4	2,6
Agama		
Islam	155	99,4
Kristen	1	0,6
Tempat Tinggal		
Rumah Orangtua	131	84,0
Rumah Saudara	2	1,3
Kos	12	7,7
Asrama	11	7,1

Berdasarkan hasil identifikasi karakteristik responden yang disajikan pada Tabel 4.1 diketahui bahwa proporsi terbesar responden jika ditinjau dari sisi umur adalah pada umur 17 tahun. Apabila ditinjau dari sisi agama, hampir seluruh responden beragama Islam. Mayoritas status tempat tinggal responden adalah tinggal bersama orangtua, namun juga terdapat responden yang tinggal di kos dan asrama yaitu berturut-turut sebesar 7,7% dan 7,1%.

4.1.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Responden

Akses informasi kesehatan reproduksi responden diukur melalui 10 item pernyataan mengenai riwayat mengakses informasi kesehatan reproduksi. Pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah pernah atau tidak pernah. Akses informasi kesehatan reproduksi berdasarkan item pernyataan dan pilihan jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Akses Informasi Kesehatan Reproduksi berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Pernah		Tidak Pernah	
		n	%	n	%
1.	Membaca artikel di surat kabar/ majalah/ media cetak lain tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA	140	89,7	16	10,3
2.	Mendengarkan radio tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA	77	49,4	79	50,6
3.	Menonton televisi tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA	124	79,5	32	20,5
4.	Mengakses internet untuk mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA	102	65,4	54	34,6
5.	Mendapat pelajaran atau materi tentang kesehatan reproduksi, seksualitas, HIV/AIDS, NAPZA, dan PMS (Penyakit Menular Seksual) di sekolah	147	94,2	9	5,8
6.	Menghadiri acara pertemuan masyarakat yang membahas tentang kesehatan reproduksi	14	9,0	142	91,0
7.	Menghadiri penyuluhan tentang kesehatan reproduksi	63	40,4	93	59,6
8.	Menghadiri penyuluhan yang diadakan oleh PIK-R	20	12,8	136	87,2
9.	Mengunjungi PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di Puskesmas	31	19,9	125	80,1
10.	Mengikuti organisasi PIK-R	13	8,3	143	91,7

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menyatakan pernah/ tidak pernah

% = $n/N \times 100\%$

Berdasarkan hasil identifikasi akses informasi kesehatan reproduksi responden yang disajikan pada Tabel 4.2, diketahui bahwa hampir seluruh responden pernah mendapat pelajaran atau materi tentang kesehatan reproduksi terkait sistem reproduksi manusia/ seksualitas/ HIV/AIDS/ PMS (Penyakit Menular Seksual) di sekolah. Sebanyak 89,7% responden pernah membaca artikel tentang kesehatan reproduksi dan 79,5% responden pernah menonton hal serupa di televisi. Sementara dalam hal keikutsertaan responden dalam organisasi PIK-R, sebanyak 91,7% responden menyatakan tidak pernah mengikuti organisasi PIK-R. Selain itu, sebanyak 91% responden juga menyatakan tidak pernah menghadiri

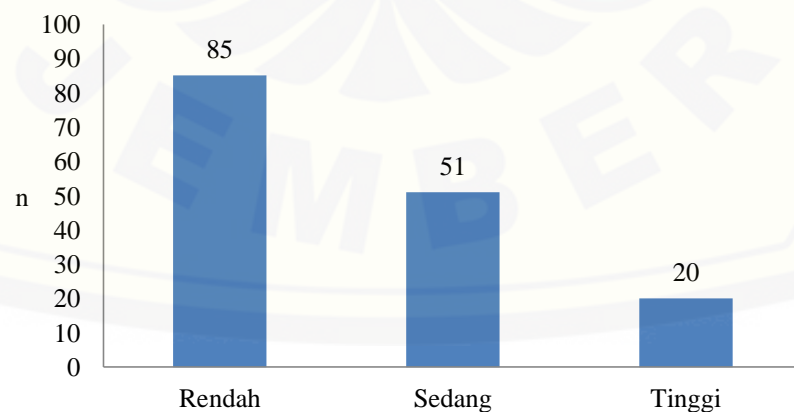
acara pertemuan masyarakat yang membahas tentang kesehatan reproduksi dan sebanyak 87,2% responden menyatakan tidak pernah menghadiri penyuluhan yang diadakan oleh PIK-R. Sehubungan dengan kunjungan ke PKPR, hanya 19,9% responden yang pernah mengunjunginya. Sebaran kunjungan PKPR di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang berturut-turut sebanyak 14, 11, dan 6 responden.

Total skor askes informasi kesehatan reproduksi responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Deskripsi Statistik Akses Informasi Kesehatan Reproduksi

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	10
Minimal	1
Rata-rata	4,69
Standar deviasi	1,910

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa rata-rata skor akses informasi kesehatan reproduksi responden adalah 4,69 dengan simpangan data 2,78-6,6. Peneliti hanya menghitung jumlah jawaban pernah pada masing-masing item pernyataan akses informasi kesehatan reproduksi dan jawaban pernah tersebut diberi skor satu. Kemudian total skor dikategorikan menjadi tiga kategori akses informasi kesehatan reproduksi. Total skor 0-4 dikategorikan menjadi rendah, 5-7 dikategorikan menjadi sedang, dan 8-10 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian akses informasi kesehatan reproduksi disajikan pada Gambar 4.1.



Gambar 4.1 Klasifikasi Pengkategorian Akses Informasi Kesehatan Reproduksi

Gambar 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi dengan kategori rendah. Kemudian dapat dikatakan bahwa masih banyak responden yang belum memiliki akses informasi kesehatan reproduksi dengan baik. Hanya sedikit responden yang memiliki akses informasi kesehatan reproduksi dengan kategori tinggi yaitu sebanyak 12,8%. Hanya sedikit responden yang mengakses informasi kesehatan reproduksi melalui berbagai media meliputi artikel, radio, televisi, internet, PIK-R, dan PKPR. Sisanya memiliki akses informasi kesehatan reproduksi dengan kategori sedang.

4.1.3 Seksualitas Responden

Seksualitas yang dimaksud peneliti yakni suatu konsep, konstruksi sosial terhadap nilai, dan perilaku yang berkaitan dengan seks yang meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial, perilaku, dan kultural. Rincian tentang kelima dimensi seksualitas responden sebagai berikut:

a. Dimensi Biologis

Dimensi biologis responden diukur melalui 10 item pertanyaan mengenai pengetahuan seputar kesehatan reproduksi dan lima item pernyataan mengenai praktik kesehatan reproduksi. Pilihan jawaban untuk pertanyaan-pertanyaan tersebut adalah benar atau salah dan pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah ya atau tidak. Dimensi biologis berdasarkan item pernyataan serta pilihan jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.4 dan Tabel 4.5.

Tabel 4.4 Distribusi Dimensi Biologis Bagian Pengetahuan berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
1.	Penanda pubertas laki-laki adalah mimpi basah	147	94,2	9	5,8
2.	Mimpi basah adalah pengalaman laki-laki setiap kali bermimpi dan diikuti keluarnya cairan sperma yang membuat basah daerah kelamin	80	51,3	76	48,7
3.	Salah satu cara merawat organ reproduksi adalah dengan membasuh alat kelamin dengan air bersih setelah buang air kecil	151	96,8	5	3,2
4.	Ciri seks sekunder laki-laki adalah pertumbuhan jakun, perubahan suara, pertumbuhan rambut halus seperti kumis dan rambut ketiak	74	47,4	82	52,6
5.	HIV/AIDS adalah penyakit mematikan	125	80,1	31	19,9
6.	Penularan HIV/AIDS dapat melalui berpelukan dengan	13	8,3	143	91,7

No.	Item Pernyataan	Benar		Salah	
		n	%	n	%
7.	penderita HIV/AIDS Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang menular melalui hubungan seksual baik vaginal, anal, dan oral	81	51,9	75	48,1
8.	Dampak tidak menjaga kesehatan reproduksi adalah terjangkau IMS dan HIV/AIDS	77	49,4	79	50,6
9.	Seksualitas, HIV/AIDS dan NAPZA termasuk dalam kajian kesehatan reproduksi remaja	32	20,5	124	79,5
10.	Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan aborsi bukan merupakan dampak pergaulan bebas	24	15,4	132	84,6

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menjawab dengan benar/ salah

% = $n/N \times 100\%$

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden menjawab beberapa item pertanyaan pengetahuan dengan benar. Item pertanyaan penanda pubertas laki-laki dijawab dengan benar oleh 94,2% responden. Sebanyak 96,8% responden menjawab dengan benar mengenai cara merawat organ reproduksi. 80,1% responden menjawab dengan benar bahwa HIV/AIDS adalah penyakit mematikan, namun sebanyak 91,7% responden belum mampu menjawab mengenai cara penularan HIV/AIDS dengan benar. Selain cara penularan HIV/AIDS, mayoritas item pertanyaan yang dijawab dengan salah oleh responden adalah dampak pergaulan bebas sebesar 84,6%. 48,1% responden tidak mengetahui bahwa IMS ditularkan melalui hubungan seksual. Terdapat beberapa responden (15,4%) yang menjawab bahwa KTD dan aborsi bukan merupakan dampak pergaulan bebas. Hal tersebut didukung oleh persentase responden yang tidak mengetahui kajian kesehatan reproduksi remaja sebesar 79,5%.

Tabel 4.5 Distribusi Dimensi Biologis Bagian Praktik berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
11.	Setelah mimpi basah saya melakukan mandi besar	112	71,8	44	28,2
12.	Saya mencuci sprei bekas mimpi basah	22	14,1	134	85,9
13.	Saya mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari	27	17,3	129	82,7
14.	Saya membersihkan alat kelamin dengan air bersih setelah buang air kecil	84	53,8	72	46,2
15.	Saya menggunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat	53	34,0	103	66,0

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menjawab ya/ tidak

% = $n/N \times 100\%$

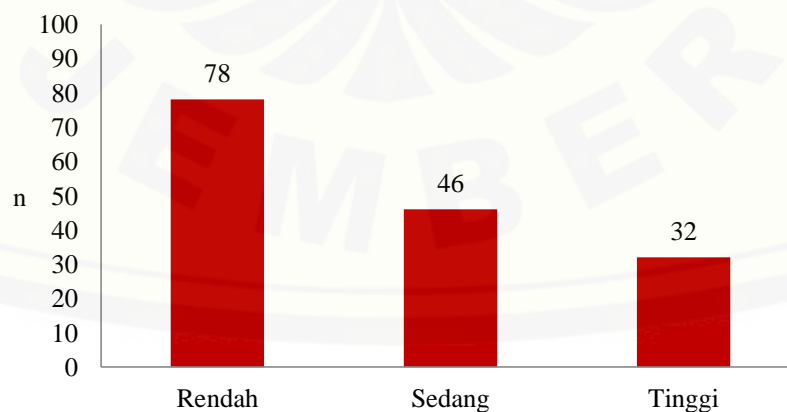
Tabel 4.5 menunjukkan 71,8% responden melakukan mandi besar setelah mengalami mimpi basah, namun sebanyak 85,9% responden tidak mencuci sprei bekas mimpi basah. Hanya sebesar 53,8% responden yang membersihkan alat kelamin dengan air bersih setelah buang air kecil. 82,7% responden tidak mengganti celana dalamnya minimal dua kali sehari dan 66% responden masih menggunakan celana dalam yang terlalu ketat.

Total skor dimensi biologis responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Deskripsi Statistik Dimensi Biologis

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	15
Minimal	3
Rata-rata	5,87
Standar deviasi	3,925

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa rata-rata skor dimensi biologis responden adalah 5,87 dengan simpangan data 1,945-9,795. Responden yang menjawab dengan benar atau sesuai dengan kunci jawaban pada bagian pengetahuan dan menjawab ya pada bagian praktik tersebut diberi skor satu. Kemudian total skor dikategorikan menjadi tiga kategori dimensi biologis. Total skor 0-5 dikategorikan menjadi rendah, 6-10 dikategorikan menjadi sedang, dan 11-15 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian dimensi biologis disajikan pada Gambar 4.2.



Gambar 4.2 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Biologis

Gambar 4.2 menunjukkan kategori dimensi biologis yang rendah dimiliki oleh separuh responden. Hanya sebesar 20,5% responden yang memiliki dimensi biologis dengan kategori tinggi dan sisanya memiliki kategori sedang. Dimensi biologis dengan kategori rendah menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi yang belum memadai dan praktek menjaga organ reproduksi yang belum baik pula.

b. Dimensi psikologis

Dimensi psikologis responden diukur melalui 10 item pernyataan mengenai perasaan dan fungsi sebagai makhluk seksual. Pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah ya atau tidak. Dimensi psikologis berdasarkan item pernyataan serta jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7 Distribusi Dimensi Psikologis berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1.	Saya bertanya pada orangtua mengenai masalah pubertas	17	10,9	139	89,1
2.	Saya merasa lebih bertanggung jawab terhadap diri saya setelah mengalami mimpi basah	150	96,2	6	3,8
3.	Saya merasa terganggu dengan tumbuhnya rambut halus pada kumis, ketiak, dan sekitar alat kelamin	62	39,7	94	60,3
4.	Saya merasa malu saat muncul jerawat di wajah	69	44,2	87	55,8
5.	Saya akan membeli jika ditawarkan obat/jamu yang dapat meningkatkan seksualitas	60	38,5	96	61,5
6.	Saya menjaga penampilan agar menarik dihadapan perempuan	140	89,7	16	10,3
7.	Saya menolak apabila diajak teman menonton video porno	96	61,5	60	38,5
8.	Saya melakukan onani untuk melampiaskan kebutuhan seksual	134	85,9	22	14,1
9.	Saya akan melakukan hubungan seksual dengan pacar karena hal itu merupakan tanda cinta kasih pada pacar	92	59	64	41
10.	Jika terkena penyakit kelamin maka saya akan mencari pengobatan	149	95,5	7	4,5

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menjawab dengan positif/ negatif

*% = $n/N * 100\%$*

Merujuk pada Tabel 4.7, sebesar 96,2% responden merasa lebih bertanggung jawab terhadap dirinya setelah mengalami mimpi basah. Namun, sebesar 89,1% responden tidak menanyakan masalah pubertas pada orangtuanya. Sebesar 85,9% responden melakukan onani untuk melampiaskan kebutuhan

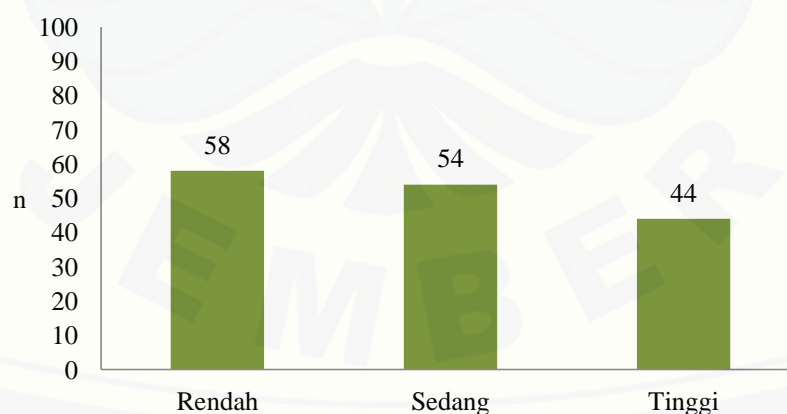
seksual dan 59% responden menjadikan cinta kasih sebagai alasan untuk melakukan hubungan seksual dengan pacar. Terkait penyakit kelamin, hampir seluruh responden (95,5%) akan mencari pengobatan apabila terkena penyakit kelamin.

Total skor dimensi psikologis responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Deskripsi Statistik Dimensi Psikologis

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	10
Minimal	1
Rata-rata	5,87
Standar deviasi	2,217

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa rata-rata skor dimensi psikologis responden adalah 5,87 dengan simpangan data 3,653-8,087. Responden yang menjawab dengan jawaban ya pada item pernyataan positif dan responden yang menjawab dengan jawaban tidak pada item pernyataan negatif akan diberi skor satu. Kemudian total skor dikategorikan menjadi tiga kategori dimensi psikologis. Total skor 0-4 dikategorikan menjadi rendah, 5-7 dikategorikan menjadi sedang, dan 8-10 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian dimensi psikologis disajikan pada Gambar 4.3.



Gambar 4.3 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Psikologis

Gambar 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki dimensi psikologis dengan kategori rendah dan sedang berturut-turut sebesar

37,2% dan 34,6%. Namun hanya sedikit responden yang memiliki dimensi psikologis dengan kategori tinggi yakni sebesar 28,2%. Dimensi biologis dengan kategori rendah menunjukkan bahwa responden masih memiliki nilai-nilai psikologis yang negatif terkait seksualitasnya. Salah satu contoh adalah tidak menanyakan masalah pubertas pada orang tua.

c. Dimensi Sosial

Dimensi sosial responden diukur melalui 10 item pernyataan mengenai seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia dan lingkungan. Pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah setuju atau tidak setuju. Dimensi sosial berdasarkan item pernyataan serta jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9 Distribusi Dimensi Sosial berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1.	Pacaran adalah salah satu cara menyalurkan kasih sayang	150	96,2	6	3,8
2.	Memegang tangan pacar adalah suatu hal yang wajar	154	98,7	2	1,3
3.	Laki-laki tidak boleh bergaul dengan perempuan	8	5,1	148	94,9
4.	Berciuman pada saat pacaran merupakan hal yang wajar	89	57,1	67	42,9
5.	Laki-laki dan perempuan memiliki batasan dalam bergaul	143	91,7	13	8,3
6.	Setia terhadap pasangan merupakan suatu bentuk pencegahan penularan PMS	141	90,4	15	9,6
7.	Memiliki pacar lebih dari 1 orang merupakan hal yang membanggakan	48	30,8	108	69,2
8.	Tampil maskulin adalah suatu cara untuk mendapatkan pengakuan sosial	20	12,8	136	87,2
9.	Pacaran yang sudah lama tidak dapat dijadikan alasan untuk melakukan hubungan seksual	140	89,7	16	10,3
10.	Salah satu bentuk solidaritas antar teman adalah dengan menerima ajakan merokok atau minum alkohol	95	60,9	61	39,1

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menjawab dengan positif/negatif

% = $n/N \times 100\%$

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden responden setuju bahwa pacaran adalah bentuk menyalurkan kasih sayang dan 98,7% responden juga menyetujui bahwa memegang tangan pacar adalah hal wajar. Selain itu, 57,1% responden menyetujui bahwa berciuman pada saat berpacaran merupakan

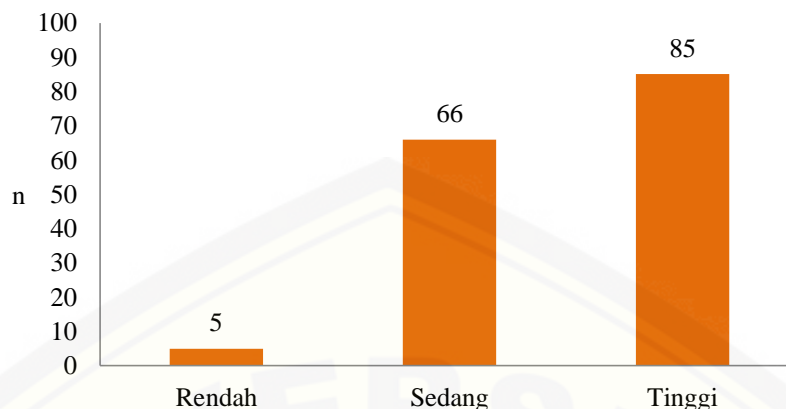
hal yang wajar. Mengenai kebebasan bergaul, sebesar 94,9% responden tidak setuju apabila laki-laki dan perempuan tidak boleh bergaul dan sebesar 91,7% responden setuju bahwa laki-laki dan perempuan memiliki batasan dalam bergaul. Kemudian sebesar 90,4% responden menyetujui jika setia terhadap pasangan merupakan bentuk pencegahan penularan PMS. Terkait alasan berhubungan seksual, 89,7% responden juga setuju jika intensitas pacaran tidak dapat dijadikan sebagai alasan untuk melakukan hubungan seksual. Namun, sebesar 60,9% responden setuju jika satu bentuk solidaritas antar teman adalah dengan menerima ajakan merokok atau minum alkohol. Mengenai penerimaan sosial, sebanyak 87,2% responden menyetujui bahwa untuk mendapat pengakuan sosial tidak harus tampil maskulin.

Total skor dimensi sosial responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10 Deskripsi Statistik Dimensi Sosial

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	10
Minimal	3
Rata-rata	8,00
Standar deviasi	1,537

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa rata-rata skor dimensi psikologis responden adalah 8,00 dengan simpangan data 6,463-9,537. Responden yang menjawab dengan jawaban setuju pada item pernyataan positif dan responden yang menjawab dengan jawaban tidak setuju pada item pernyataan negatif akan diberi skor satu. Kemudian total skor dikategorikan menjadi tiga kategori dimensi sosial. Total skor 0-4 dikategorikan menjadi rendah, 5-7 dikategorikan menjadi sedang, dan 8-10 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian dimensi sosial disajikan pada Gambar 4.4.



Gambar 4.4 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Sosial

Gambar 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (54,5%) memiliki dimensi sosial dengan kategori tinggi. Hanya sebanyak 3,2% responden yang memiliki dimensi sosial dengan kategori rendah dan sisanya memiliki dimensi sosial dengan kategori sedang. Dimensi sosial dengan kategori tinggi menunjukkan bahwa responden memiliki nilai positif terhadap nilai-nilai sosial dalam seksualitas yang muncul dalam hubungan antar manusia dan lingkungan. Salah satu contoh adalah 91,7% responden menyetujui jika laki-laki dan perempuan memiliki batsan dalam bergaul.

d. Dimensi Perilaku

Dimensi perilaku responden diukur melalui lima item pernyataan mengenai aktivitas seksual yang pernah dilakukan. Pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah pernah atau tidak pernah. Dimensi perilaku berdasarkan item pertanyaan serta pilihan jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11 Distribusi Dimensi Perilaku berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pertanyaan	Pernah		Tidak Pernah	
		n	%	n	%
1.	Pernah berpacaran?	116	74,4	40	25,6
2.	Pernah melakukan onani (merangsang organ kelamin untuk mendapatkan kepuasan)?	138	88,5	18	11,5
3.	Pernah melakukan kontak genital (meraba atau merangsang payudara atau organ kelamin untuk mendapatkan kepuasan)?	81	51,9	75	48,1
4.	Pernah berhubungan seksual?	19	12,2	137	87,8
5.	Pernah menonton media pornografi?	140	89,7	16	10,3

$N =$ Jumlah responden 156 orang

$n =$ Jumlah responden yang menjawab dengan pernah/ tidak pernah

$\% = n/N * 100\%$

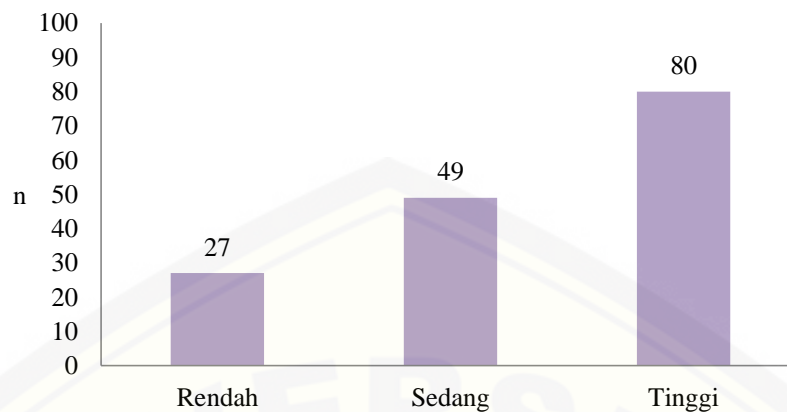
Merujuk pada Tabel 4.11, mayoritas responden (89,7%) pernah menonton media pornografi. Mengenai aktivitas pacaran, sebesar 74,4% responden mengaku pernah berpacaran. Kemudian dalam hal kepuasan seksual, sebesar 88,5% responden mengaku pernah melakukan onani dan 51,9% responden mengaku pernah melakukan kontak genital dengan lawan jenisnya termasuk meraba payudara atau organ kelamin. Namun, tidak semua responden masih berstatus *virgin* (perjaka), karena sebanyak 19 responden (12,2%) mengaku pernah melakukan hubungan seksual (senggama).

Total skor dimensi perilaku responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12 Deskripsi Statistik Dimensi Perilaku

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	5
Minimal	0
Rata-rata	3,17
Standar deviasi	1,314

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa rata-rata skor dimensi perilaku responden adalah 3,17 dengan simpangan data 1,856-4,484. Perhitungan skor dimensi perilaku menggunakan cara yang sama dengan perhitungan skor akses informasi kesehatan reproduksi. Total skor 0-1 dikategorikan menjadi rendah, 2-3 dikategorikan menjadi sedang, dan 4-5 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian dimensi perilaku disajikan pada Gambar 4.5.



Gambar 4.5 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Perilaku

Gambar 4.5 menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (51,3%) memiliki dimensi perilaku dengan kategori tinggi atau dengan kata lain memiliki aktivitas seksual yang berisiko. Dimensi perilaku dengan kategori rendah atau tidak berisiko hanya dimiliki oleh 17,3% responden dan sisanya memiliki dimensi perilaku dengan kategori sedang. Selain memiliki perilaku seksual yang berisiko, sebagian besar responden dapat dikatakan pernah memiliki berbagai pengalaman dalam aktivitas seksualnya.

e. Dimensi Kultural

Dimensi kultural responden diukur melalui 10 item pernyataan mengenai nilai-nilai seksualitas menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat. Pilihan jawaban untuk pernyataan-pernyataan tersebut adalah setuju atau tidak setuju. Dimensi kultural berdasarkan item pernyataan serta jawaban secara rinci disajikan pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13 Distribusi Dimensi Kultural berdasarkan Item Pernyataan dan Jawaban

No.	Item Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
1.	Mengganti pakaian dalam secara teratur merupakan bentuk budaya menjaga kebersihan organ reproduksi	154	98,7	2	1,3
2.	Onani adalah perbuatan yang baik bagi kesehatan	5	3,2	151	96,8
3.	Berganti-ganti pasangan adalah suatu hal yang tidak baik	153	98,1	3	1,9
4.	Laki-laki dan perempuan yang telah bertunangan boleh tinggal dalam satu rumah dan melakukan hubungan layaknya suami-isteri	21	13,5	135	86,5
5.	Khitan atau sunat adalah suatu bentuk menjaga kebersihan alat kelamin	151	96,8	5	3,2

No.	Item Pernyataan	Setuju		Tidak Setuju	
		n	%	n	%
6.	Laki-laki terlihat lebih jantan apabila ia memiliki pacar	23	14,7	133	85,3
7.	Memiliki pacar lebih dari 1 orang merupakan hal yang membanggakan	6	3,8	150	96,2
8.	HIV/AIDS adalah penyakit yang hanya diderita oleh pelacur dan pelanggannya	66	42,3	90	57,7
9.	Laki-laki tidak boleh mengerjakan pekerjaan perempuan	120	76,9	36	23,1
10.	Usia laki-laki yang siap menikah adalah minimal 25 tahun	67	42,9	89	57,1

N = Jumlah responden 156 orang

n = Jumlah responden yang menjawab dengan positif/ negatif

% = $n/N \times 100\%$

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa sebesar 98,7% responden setuju bahwa mengganti pakaian dalam secara teratur adalah bentuk budaya menjaga kesehatan organ reproduksi dan 96,8% responden setuju bahwa khitan adalah satu bentuk menjaga kebersihan alat kelamin. Terdapat beberapa responden (3,2%) yang menyetujui bahwa onani merupakan perbuatan yang baik bagi kesehatan. Mengenai kesetiaan dalam berhubungan, sebesar 98,1% responden menyatakan bahwa berganti-ganti pasangan adalah suatu hal yang tidak baik dan sebesar 96,2% responden menyatakan bahwa memiliki pacar lebih dari satu orang bukan merupakan hal yang membanggakan. Terkait aktivitas seksual seperti onani, sebesar 96,8% responden menyatakan bahwa onani adalah perbuatan yang tidak baik bagi kesehatan. Sementara terkait kesetaraan gender, sebesar 76,9% responden masih tidak menyetujui apabila laki-laki mengerjakan pekerjaan perempuan.

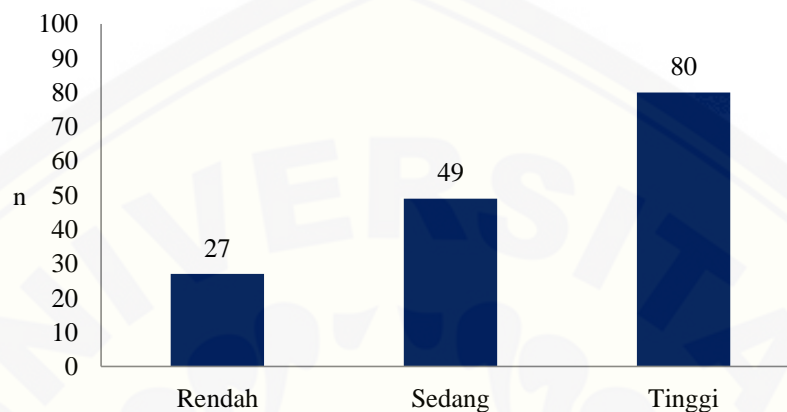
Total skor dimensi perilaku responden kemudian dianalisis secara univariat dan disajikan pada Tabel 4.14.

Tabel 4.14 Deskripsi Statistik Dimensi Kultural

Deskripsi Statistik	
n	156
Maksimal	10
Minimal	2
Rata-rata	7,82
Standar deviasi	1,675

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa rata-rata skor dimensi kultural responden adalah 7,82 dengan simpangan data 6,145-9,495. Perhitungan skor dimensi

kultural menggunakan cara yang sama dengan perhitungan skor dimensi sosial. Total skor 0-4 dikategorikan menjadi rendah, 5-7 dikategorikan menjadi sedang, dan 8-10 dikategorikan menjadi tinggi. Klasifikasi pengkategorian dimensi kultural disajikan pada Gambar 4.6.



Gambar 4.6 Klasifikasi Pengkategorian Dimensi Kultural

Merujuk pada Gambar 4.6 diketahui bahwa hanya sedikit responden (2,6%) yang memiliki dimensi kultural yang rendah. Lebih dari setengah responden (66,7%) memiliki dimensi kultural dengan kategori tinggi dan sisanya terkategori sedang. Dimensi kultural dengan kategori tinggi artinya memiliki nilai budaya positif terhadap seksualitas. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki nilai-nilai budaya yang positif terhadap seksualitas yang ada di masyarakat. Salah satu contoh adalah 86,5% responden tidak menyetujui jika laki-laki dan perempuan yang telah bertunangan boleh tinggal dalam satu rumah dan melakukan hubungan layaknya suami-isteri.

4.1.4 Analisis Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Seksualitas Remaja Laki-laki

Penelitian ini memiliki tujuan utama yaitu menganalisis hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember. Analisis hubungan akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi seksualitas remaja laki-laki dijabarkan sebagai berikut:

- a. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis
Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Seksualitas Biologis dapat dilihat pada Tabel 4.15 berikut:

Tabel 4.15 Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Biologis						Total	%
	Rendah	%	Sedang	%	Tinggi	%		
Rendah	66	42,3	13	8,3	6	3,8	85	54,5
Sedang	6	3,8	29	18,6	16	10,3	51	32,7
Tinggi	6	3,8	4	2,6	10	6,4	20	12,8
Total	78	50	46	29,5	32	20,5	156	100

Tabel 4.15 merupakan tabulasi silang antara akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi biologis yang telah dikategorikan. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 42,3% responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah dengan dimensi biologis yang rendah pula.

Tabel 4.16 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Biologis	
	<i>p-value</i>	<i>r_s</i>
	<0,0001	0,508

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi dapat berhubungan dengan dimensi biologis. Total skor akses informasi kesehatan reproduksi dan total skor dimensi biologis dianalisis dengan uji *Spearman* yang menghasilkan *p-value* sebesar <0,0001 dan nilai korelasi sebesar +0,508. Secara statistik, akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi biologis karena *p-value* < 0,05. Nilai korelasi yang ada menunjukkan bahwa hubungan bersifat positif dan kuat. Hasil ini berarti rendahnya akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan kuat dengan dimensi biologis yang rendah. Kemudian dapat dikatakan juga bahwa akses informasi kesehatan reproduksi yang baik pada remaja laki-laki diikuti oleh pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktik menjaga organ reproduksi yang baik pula pada mereka.

b. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis

Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Seksualitas Biologis dapat dilihat pada Tabel 4.17 berikut:

Tabel 4.17 Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Psikologis						Total	%
	Rendah	%	Sedang	%	Tinggi	%		
Rendah	53	34	20	12,8	12	7,7	85	54,5
Sedang	3	1,9	26	16,7	22	14,1	51	32,7
Tinggi	2	1,3	8	5,1	10	6,4	20	12,8
Total	58	37,2	54	34,6	44	28,2	156	100

Tabel 4.17 merupakan tabulasi silang antara akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi psikologis yang telah dikategorikan. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 53% responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah dengan dimensi psikologis yang rendah pula.

Tabel 4.18 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Psikologis	
	<i>p-value</i>	<i>r_s</i>
	<0,0001	0,448

Tabel 4.18 menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi dapat berhubungan dengan dimensi psikologis. Total skor akses informasi kesehatan reproduksi dan total skor dimensi psikologis dianalisis dengan uji *Spearman* yang menghasilkan *p-value* sebesar <0,0001 dan nilai korelasi sebesar +0,448. Secara statistik, akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi psikologis karena *p-value* < 0,05. Sementara berdasarkan nilai korelasi, hubungan yang dihasilkan bersifat positif namun lemah. Hasil ini berarti akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah berhubungan dengan rendahnya dimensi psikologis. Akses informasi kesehatan reproduksi yang

memadai pada remaja laki-laki diikuti dengan nilai-nilai psikologis yang positif terhadap seksualitasnya.

c. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial

Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial dapat dilihat pada Tabel 4.19 berikut:

Tabel 4.19 Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Sosial						Total	%
	Rendah	%	Sedang	%	Tinggi	%		
Rendah	2	1,3	31	19,9	52	33,3	85	54,5
Sedang	2	1,3	27	17,3	22	14,1	51	32,7
Tinggi	1	6	8	5,1	11	7,1	20	12,8
Total	5	3,2	66	42,3	85	54,5	156	100

Tabel 4.19 merupakan tabulasi silang antara akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi sosial yang telah dikategorikan. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 33,3% responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah namun dengan dimensi sosial yang tinggi.

Tabel 4.20 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Sosial	
	<i>p-value</i>	r_s
	0,256	-0,091

Tabel 4.20 menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi sosial. Total skor akses informasi kesehatan reproduksi dan total skor dimensi sosial dianalisis dengan uji *Spearman* yang menghasilkan *p-value* sebesar 0,256 dan nilai korelasi sebesar -0,091. Secara statistik, akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi sosial karena *p-value* > 0,05. Nilai korelasi menunjukkan bahwa hubungan bersifat negatif. Kemudian dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah pada remaja laki-laki belum tentu diikuti oleh nilai-nilai sosial yang positif terhadap seksualitas.

d. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku

Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku dapat dilihat pada Tabel 4.21 berikut:

Tabel 4.21 Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Perilaku						Total	%
	Rendah	%	Sedang	%	Tinggi	%		
Rendah	10	6,4	15	9,6	60	38,5	85	54,5
Sedang	7	4,5	29	18,6	15	9,6	51	32,7
Tinggi	10	6,4	5	3,2	5	3,2	20	12,8
Total	27	17,2	49	31,4	80	51,3	156	100

Tabel 4.21 merupakan tabulasi silang antara akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi perilaku yang telah dikategorikan. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 38,5% responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah namun dengan dimensi perilaku yang tinggi.

Tabel 4.22 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Perilaku	
	<i>p-value</i>	<i>r_s</i>
	<0,0001	-0,277

Tabel 4.22 menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi dapat berhubungan dengan dimensi perilaku. Total skor akses informasi kesehatan reproduksi dan total skor dimensi perilaku dianalisis dengan uji *Spearman* yang menghasilkan *p-value* sebesar <0,0001 dan nilai korelasi sebesar -0,277. Secara statistik, terdapat hubungan antara akses informasi kesehatan reproduksi dengan dimensi perilaku karena *p-value* <0,05. Nilai korelasi menunjukkan hubungan bersifat negatif dan lemah. Berdasarkan hasil tersebut, dapat dikatakan bahwa remaja laki-laki dengan akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah akan diikuti oleh perilaku seksual yang berisiko. Pada sisi sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang baik pada remaja laki-laki dapat diikuti oleh perilaku seksual yang aman.

- e. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural
 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural dapat dilihat pada Tabel 4.23 berikut:

Tabel 4.23 Distribusi Jumlah Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Kultural						Total	%
	Rendah	%	Sedang	%	Tinggi	%		
Rendah	3	1,9	25	16	57	36,5	85	54,5
Sedang	0	0	12	7,7	39	25	51	32,7
Tinggi	1	0,6	11	7,1	8	5,1	20	12,8
Total	4	2,6	48	30,8	104	66,7	156	100

Tabel 4.23 merupakan tabulasi silang antara akses informasi kesehatan reproduksi dan dimensi kultural yang telah dikategorikan. Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebanyak 36,5% responden memiliki akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah namun dengan dimensi kultural yang tinggi.

Tabel 4.24 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Kultural	
	<i>p-value</i>	r_s
	0,933	-0.007

Tabel 4.24 menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi kultural. Total skor akses informasi kesehatan reproduksi dan total skor dimensi kultural dianalisis dengan uji *Spearman* yang menghasilkan *p-value* sebesar 0,933 dan nilai korelasisebesar -0,007. Secara statistik, akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi kultural karena *p-value* > 0,05. Nilai korelasi menunjukkan bahwa hubungan bersifat negatif. Hasil ini menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah pada remaja laki-laki belum tentu diikuti oleh nilai-nilai budaya yang positif terhadap seksualitasnya. Kemudian dapat juga dikatakan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi yang baik pada remaja laki-laki belum tentu diikuti oleh nilai-nilai budaya yang negatif terhadap seksualitas di masyarakat.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas remaja laki-laki berumur 17 tahun dan seluruh responden telah memasuki masa akil baligh. Hasil tersebut sedikit berbeda dengan hasil SDKI 2012 yang mana mayoritas remaja laki-laki berumur 16 tahun. Hampir seluruh responden dalam penelitian ini beragama Islam. Hasil tersebut didukung oleh hasil SP 2010 yang menyebutkan bahwa mayoritas agama remaja laki-laki usia 15-19 tahun adalah Islam. Berdasarkan status tempat tinggal, mayoritas responden tinggal bersama orangtua. Hasil Susenas 2013 juga menyebutkan bahwa pemuda laki-laki sebagian besar tinggal bersama keluarganya dengan persentase sebesar 66,3%.

4.2.2 Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi responden mayoritas dalam kategori rendah. Flowers-Coulson (2015) berpendapat bahwa remaja masih kurang mengerti mengenai reproduksi manusia, dan masih kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Walaupun remaja telah banyak yang mengakses internet, namun masih banyak yang kurang memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi.

Berdasarkan hasil penelitian, hampir seluruh responden pernah mendapat pelajaran atau materi tentang kesehatan reproduksi di sekolah. Sebagian besar responden juga pernah membaca artikel tentang kesehatan reproduksi dan responden menonton hal serupa di televisi. Irawati *et al* (2013) menyebutkan bahwa siswamemperoleh informasi kesehatan reproduksi di sekolah dari guru biologi, petugas kesehatan yang melakukan penyuluhan, dan pembina organisasi palang merah remaja. Selain itu siswamengakses informasi tersebut melalui internet dan buku bersama teman-temannya. Hal tersebut dilakukan karena siswa merasa informasi yang diperoleh masih sangat kurang.

Mengenai keikutsertaan responden dalam organisasi PIK-R, sebagian besar responden tidak pernah mengikuti organisasi PIK-R. Hanya 13 dari 156 responden yang pernah mengikuti organisasi PIK-R. Sebagian besar responden juga tidak pernah menghadiri penyuluhan yang diadakan oleh PIK-R Hal tersebut

dapat disebabkan karena jumlah PIK-R yang masih belum memadai atau karena ketidaktahuan remaja laki-laki mengenai keberadaan organisasi PIK-R.

Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) adalah suatu wadah kegiatan program kesehatan reproduksi remaja (KRR) yang dikelola dari, oleh, dan untuk remaja guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang kesehatan reproduksi remaja (Amri, 2013). Kurnia (2013) menyebutkan bahwa penguasaan pengetahuan kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan aspek tumbuh kembang remaja, fisik, mental, dan sosial pada peserta PIK-R berada pada kriteria tinggi.

Mayoritas responden tidak pernah menghadiri pertemuan masyarakat yang membahas tentang kesehatan reproduksi remaja. Hal tersebut dapat disebabkan karena kurangnya kegiatan masyarakat terkait penyuluhan kesehatan reproduksi remaja. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden yang pernah mengunjungi PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) tidak lebih dari seperlima saja. Padahal Arsani dkk (2013) mengatakan bahwa melalui PKPR remaja dapat memperoleh pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, tempat bersosialisasi, hingga mendapatkan pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja. Namun remaja masih banyak yang belum mengetahui mengenai keberadaan PKPR di Puskesmas. Rahayu dkk (2013) juga mengatakan bahwa kegiatan penyuluhan dalam PKPR dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap remaja tentang seks pranikah.

4.2.3 Seksualitas Responden

a. Dimensi Biologis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setengah responden memiliki dimensi biologis dalam kategori rendah dan hanya seperlima responden yang memiliki dimensi biologis dalam kategori tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang kurang dan praktik menjaga organ reproduksi yang buruk. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan et al

(2008) yang menyebutkan bahwa 60% remaja memiliki pengetahuan dan praktek kesehatan reproduksi yang rendah.

Hasil penelitian juga menemukan bahwa hampir seluruh responden menjawab dengan benar bahwa cara merawat organ reproduksi adalah dengan membasuh alat kelamin dengan air bersih setelah buang air kecil. Item pertanyaan penanda pubertas laki-laki juga dijawab dengan benar oleh sebagian besar responden. Hasil ini serupa dengan hasil SDKI 2012 yang menyebutkan bahwa mayoritas remaja laki-laki mengetahui tentang pubertas. Kemudian sebagian besar responden menjawab dengan benar bahwa HIV/AIDS adalah penyakit mematikan. Namun hampir seluruh responden menjawab dengan salah mengenai cara penularan HIV/AIDS. Hal tersebut dapat dikarenakan pengetahuan tentang HIV/AIDS masih kurang. Hasil SDKI 2012 juga menyebutkan bahwa masih banyak remaja laki-laki yang tidak mengetahui cara pencegahan penularan HIV/AIDS.

Pada bagian praktik merawat organ reproduksi, mayoritas responden melakukan mandi besar setelah mengalami mimpi basah. Kegiatan tersebut dapat terjadi karena memang sudah menjadi kebiasaan keluarga. Namun, masih banyak responden tidak mencuci sprei bekas mimpi basah. Hal tersebut dapat dikarenakan karena remaja laki-laki tidak terbiasa mencuci spreinya sendiri atau tidak segera mencuci sprei bekas mimpi basah.

b. Dimensi psikologis

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa lebih dari sepertiga responden memiliki dimensi psikologis dalam kategori rendah dan sedang. Kurang dari sepertiga responden yang memiliki dimensi psikologis dalam kategori tinggi. Kemudian dapat diartikan bahwa lebih banyak responden yang masih memiliki nilai-nilai negatif terhadap seksualitas secara psikologis. Sebagian besar responden juga masih memiliki perasaan dan fungsi yang negatif terkait dirinya sebagai makhluk seksual.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa hampir seluruh responden merasa lebih bertanggung jawab terhadap dirinya setelah mengalami mimpi

basah. Artinya remaja laki-laki menyadari bahwa pada dirinya sedang mengalami perubahan yaitu memasuki masa pubertas dan sedang mengalami masa transisi dari anak-anak menjadi remaja. Namun, sebagian besar responden tidak menanyakan masalah pubertas pada orangtuanya. Hasil SDKI 2012 menyebutkan bahwa hanya 3,1% remaja laki-laki yang menanyakan masalah pubertasnya pada orangtua mereka.

Sebagian besar responden juga tidak merasa terganggu dengan pertumbuhan rambut halus pada beberapa bagian tubuh mereka. Hal tersebut karena menurut hasil SDKI 2012 mayoritas remaja laki-laki mengetahui tentang perubahan fisik pada masa pubertas. Kemudian lebih dari setengah responden menjadikan cinta kasih sebagai alasan untuk melakukan hubungan seksual dengan pacar. Hasil SDKI 2012 juga menyebutkan bahwa 45,5% remaja pria menyetujui dilakukannya hubungan seksual pranikah. Terkait penyakit kelamin, hampir seluruh responden mengatakan akan mencari pengobatan apabila terkena penyakit kelamin. Artinya remaja laki-laki menyadari akan pentingnya pengobatan terkait status kesehatan organ reproduksinya.

c. Dimensi Sosial

Berdasarkan hasil penelitian, lebih dari setengah responden memiliki dimensi sosial dalam kategori tinggi. Sedangkan hanya kurang dari seperduapuluh responden yang memiliki dimensi sosial dalam kategori rendah. Berdasarkan hasil tersebut, sebagian besar responden memiliki nilai-nilai sosial yang positif terhadap seksualitas mereka. Responden memiliki nilai atau anggapan yang positif mengenai bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia dan lingkungan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menyetujui bahwa pacaran adalah bentuk menyalurkan kasih sayang dan memegang tangan pacar adalah hal wajar. Menurut Saifuddin dan Hidayana (1999), pada masa remaja perkembangan seksualitas diawali ketika terjalinnya interaksi antar lawan jenis, baik itu interaksi antar teman atau interaksi ketika berkencan. Pada saat berkencan dengan pasangannya,

remajamelibatkan aspek emosi yang diekspresikan dalam berbagai cara, seperti memberikan bunga, tanda mata, mengirim surat, bergandeng tangan, berciuman dan lain sebagainya. Kemudian terkait kebebasan bergaul, hampir seluruh responden tidak setuju apabila laki-laki dan perempuan tidak boleh bergaul, namun setuju apabila laki-laki dan perempuan memiliki batasan dalam bergaul. Dapat dikatakan bahwa remaja laki-laki masih memiliki dan mengikuti nilai serta norma sosial yang berlaku di masyarakat.

Sebagian besar responden juga menyetujui jika setia terhadap pasangan merupakan satu bentuk pencegahan penularan PMS (Penyakit Menular Seksual). Hasil SDKI 2012 mengungkapkan bahwa 52,3% remaja laki-laki mengetahui bahwa membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan adalah suatu metode pencegahan HIV/AIDS. Kemudian, hampir dua pertiga responden menyetujui jika satu bentuk solidaritas antar teman adalah dengan menerima ajakan merokok atau minum alkohol. Hal tersebut seiring dengan hasil SDKI 2012 yang menunjukkan bahwa remaja laki-laki umur 15-19 tahun yang pernah merokok sebesar 74,4% dan meminum minuman beralkohol sebesar 30,2%.

d. Dimensi Perilaku

Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden memiliki dimensi perilaku dalam kategori tinggi. Dimensi perilaku dalam kategori rendah hanya dimiliki oleh kurang dari seperlima responden. Hal tersebut berarti bahwa sebagian besar responden memiliki aktivitas seksual yang tinggi. Dapat dikatakan pula bahwa sebagian besar remaja laki-laki memiliki perilaku seksual yang beresiko. Hampir seluruh responden pernah menonton media pornografi. Penelitian oleh Sumarah dan Purnasari (2015) menunjukkan bahwa sebesar 89,53% remaja pernah terpapar media pornografi. Sunarsih dkk (2010) juga menemukan bahwa sebesar 82,9% remaja laki-laki memiliki frekuensi paparan media pornografi lebih dari sekali per bulan. Terkait aktivitas pacaran, sebagian besar responden mengaku bahwa mereka pernah berpacaran.

Berbicara tentang kepuasan seksual, hampir seluruh responden mengaku pernah melakukan onani. Sunarsih dkk (2010) menemukan bahwa sebesar 51%

remaja laki-laki melakukan onani lebih dari 12 kali dalam waktu satu bulan. Hasil penelitian juga mengungkapkan bahwa lebih dari setengah responden mengaku pernah melakukan kontak genital dengan lawan jenisnya termasuk meraba payudara atau organ kelamin. Hal serupa juga ditunjukkan oleh Suwarni dan Selviana (2015) yang menyebutkan bahwa sebesar 19,3% pernah meraba organ kelamin atau payudara. Kemudian terkait hubungan seksual pranikah, hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh responden menyatakan tidak pernah melakukan hubungan seksual (senggama). Namun, masih ada juga yang mempraktikkannya yaitu sebesar 19 dari 156 responden. Hal ini senada dengan apa yang ditemukan oleh Suwarni dan Selviana (2015) menyebutkan bahwa sebesar 14,7% remaja pernah melakukan *intercourse* (senggama). Hasil SDKI 2012 juga menyebutkan bahwa remaja laki-laki 15-19 tahun sebesar 4,5% pernah melakukan hubungan seksual. Persentase hubungan seksual (senggama) dalam penelitian ini menunjukkan angka yang dapat dikatakan kecil, namun angka tersebut telah menunjukkan bahwa telah banyak remaja laki-laki yang tidak lagi *virgin* atau perjaka dengan perilaku seksual yang berisiko. Penyimpangan perilaku tersebut dapat berdampak pada masalah kependudukan seperti KTD, aborsi, dan prevalensi HIV/AIDS.

e. Dimensi Kultural

Merujuk pada hasil penelitian, dapat diketahui bahwa hanya sedikit responden yang memiliki dimensi kultural dalam kategori rendah. Kemudian sebesar dua pertiga responden memiliki dimensi kultural dalam kategori tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar remaja laki-laki memiliki nilai-nilai budaya yang positif terkait seksualitas yang ada dimasyarakat. Hasil penelitian menyebutkan bahwa hampir seluruh responden menyetujui bahwa suatu bentuk budaya menjaga kesehatan organ reproduksi adalah dengan mengganti pakaian dalam secara teratur dan menyetujui pula bahwa khitan adalah satu bentuk menjaga kebersihan alat kelamin. Keteraturan mengganti celana dalam yang dilakukan oleh remaja laki-laki dapat dikarenakan kebiasaan yang dilakukan sejak kecil dalam keluarga. Khitan adalah kebudayaan yang didapatkan remaja laki-laki

karena memeluk agama Islam. Pada kebudayaan Islam, khitan adalah suatu hal yang wajib dilakukan pada anak laki-laki sebelum memasuki masa akil baligh. Kemudian terkait pendewasaan usia perkawinan, hanya kurang dari setengah responden yang menyetujui bahwa usia menikah ideal bagi laki-laki 25 tahun. Hasil tersebut sedikit berbeda dengan hasil SDKI 2012 yang menyebutkan bahwa 70,8% remaja laki-laki mengatakan bahwa usia kawin ideal pertama bagi laki-laki adalah 25 tahun.

4.2.4 Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Seksualitas Remaja Laki-laki

a. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Biologis

Banyak sumber yang bisa digunakan untuk menambah pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja seperti melalui akses media massa, akses terhadap pendidikan kesehatan serta akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi dan lain-lain. Tidak semua remaja memiliki kemudahan dalam mengakses informasi. Akibat dari keterbatasan dalam mengakses media massa untuk memperoleh pengetahuan kesehatan reproduksi, maka kemungkinan pengetahuan kesehatan reproduksi yang dimiliki tidak sebanyak remaja yang dapat mengakses media massa dengan mudah (Donggori, 2012:79-80).

Dimensi biologis meliputi pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktik merawat organ reproduksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi biologis. Hubungan yang dihasilkan bersifat positif dan kuat. Artinya akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah berhubungan kuat dengan rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktik merawat organ reproduksi. Begitu pula sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang baik diikuti oleh pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktik merawat organ reproduksi. Hasil penelitian ini searah dengan penelitian oleh Mugiati (2002) yang menyebutkan bahwa informasi berhubungan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi. Informasi yang diperoleh dapat mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki. Kemudian Nugroho (2011) juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara frekuensi akses informasi

kesehatan reproduksi dan materi kesehatan reproduksi yang diakses dengan pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. Semakin sering mengakses informasi kesehatan reproduksi maka pengetahuan kesehatan reproduksi akan semakin baik.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Putriani (2010) yang menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi adalah informasi kesehatan reproduksi, baik melalui internet maupun media cetak. Hasil penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Dyah (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan banyaknya media massa dengan tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi pada remaja. Media massa dalam penelitian ini adalah surat kabar, majalah, radio, televisi, dan internet. Artinya remaja yang mengakses berbagai media massa untuk memperoleh informasi kesehatan reproduksi akan memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang lebih baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan pengetahuan kesehatan reproduksi dan praktik memelihara kesehatan organ reproduksi. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2008:98) mendukung hasil penelitian ini dengan mengatakan bahwa ada pengaruh akses informasi terhadap praktik menjaga kesehatan organ reproduksi remaja. Akses informasi kesehatan reproduksi yang tinggi dapat berpengaruh pada praktik menjaga kesehatan organ reproduksi yang baik. Begitu pula sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah dapat berpengaruh pada praktik menjaga kesehatan organ reproduksi yang buruk.

b. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Psikologis

Dimensi psikologis mengenai perasaan dan fungsi sebagai makhluk seksual. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi psikologis. Hubungan yang dihasilkan bersifat positif. Artinya akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah berhubungan dengan negatifnya nilai-nilai psikologis yang ada dalam diri remaja

laki-laki terhadap seksualitas. Begitu pula sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang baik diikuti oleh nilai-nilai psikologis yang positif terhadap terhadap seksualitas.

Akses informasi kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh remaja laki-laki adalah untuk menambah pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi. Pengetahuan yang dimiliki pada akhirnya akan berdampak pada peningkatan kognitifnya. Menurut Kant dan Descartes dalam Notoatmodjo (2010:8), psikologi manusia terbentuk bukan sekedar respon atau reaksi terhadap lingkungan, tetapi sebelum merespons melalui proses kognitif (berpikir dan pemahaman) terlebih dahulu.

Merujuk pada hasil penelitian ini, hampir seluruh responden merasa lebih bertanggung jawab terhadap dirinya setelah mengalami mimpi basah. Namun, sebagian besar responden tidak menanyakan masalah pubertas pada orangtuanya. Moenks dan Knoers (2006:268) mengemukakan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak menjelang dan selama masa remaja menyebabkan tanggapan masyarakat yang berbeda pula. Remaja diharapkan dapat memenuhi tanggung jawab orang dewasa. Tetapi berhubung jarak antara pertumbuhan fisik dan kematangan psikisnya masih ada jarak yang cukup lebar, maka kegagalan yang sering dialami remaja dalam memenuhi tuntutan ini menyebabkan frustrasi dan konflik batin dalam diri remaja, terutama bila tidak ada pengertian dari pihak orang dewasa atau orangtua. Hal tersebut merupakan salah satu sebab mengapa para remaja lebih dekat dengan teman-teman sebayanya daripada dengan orang dewasa atau orangtua.

Terkait penyakit kelamin, hampir seluruh responden akan mencari pengobatan apabila terkena penyakit kelamin. Foster dan Anderson (1986:184-185) mengatakan bahwa manusia mengalami tahapan sakit dimulai dari perasaan kurang sehat, rasa sakit, dan perubahan penampilan dan rasa membuat seseorang merasa bahwa ada yang tidak beres dengan keadaan fisiologisnya. Kemudian apabila seseorang menginterpretasikan gejala-gejala sebagai gejala penyakit, maka ia akan memasuki tahap dimana ia akan meminta nasehat dan perawatan.

c. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Sosial

Dimensi sosial menyangkut bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia dan lingkungan memandang seksualitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi sosial. Akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah tidak selalu diikuti oleh nilai-nilai sosial yang positif terhadap seksualitas. Begitu pula sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang baik juga belum tentu diikuti oleh nilai sosial yang negatif terhadap seksualitas.

Sebagian besar responden memiliki nilai-nilai sosial yang positif terhadap seksualitas. Namun sebagian besar responden setuju jika satu bentuk solidaritas antar teman adalah dengan menerima ajakan merokok atau minum alkohol. Menurut Hurlock (2010:213), karena remaja lebih banyak berada diluar rumah bersama teman-teman sebaya sebagai kelompok, maka pengaruh teman sebaya lebih besar daripada keluarga. Demikian pula bila anggota kelompok mencoba minum alkohol, obat-obat terlarang atau rokok, maka remaja cenderung mengikutinya tanpa memperdulikan perasaan mereka sendiri akibatnya.

Kemudian Soekanto (2003:372) mengatakan bahwa generasi muda biasanya menghadapi masalah sosial. Apabila seseorang mencapai usia remaja, secara fisik dia telah matang, namun untuk dapat dikatakan dewasa dalam arti sosial masih diperlukan faktor-faktor lainnya. Dia perlu belajar banyak mengenai nilai dan norma-norma masyarakatnya. Oleh karena itu akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah tidak serta merta diikuti oleh nilai-nilai sosial yang positif.

d. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Perilaku

Dimensi perilaku menunjukkan bagaimana seksualitas itu diterjemahkan menjadi tindakan seksual, yaitu segala tindakan yang muncul berkaitan dengan dorongan seks (Pratiwi, 2004:18). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan dengan dimensi perilaku. Hubungan yang dihasilkan bersifat negatif. Artinya akses informasi yang rendah berhubungan

dengan perilaku seksual yang berisiko. Begitu pula sebaliknya, akses informasi kesehatan reproduksi yang baik berhubungan dengan aktivitas seksual yang rendah.

Astuti (2009) mengemukakan bahwa keaktifan remaja dalam mengakses sumber informasi terkait perilaku seksual maupun kesehatan reproduksi menjadi asumsi dasar bahwa semakin aktif responden dalam mengakses sumber informasi, semakin rendah perilaku seksual berisiko yang akan terjadi pada remaja. Informasi yang diterima remaja akan mempengaruhi pengetahuan remaja. Hal tersebut dikarenakan pengetahuan merupakan representasi yang dipercayai seorang individu terhadap suatu objek, sehingga dapat disimpulkan bahwa kepercayaan merupakan struktur dasar pengetahuan seseorang. Adanya pengetahuan akan mempengaruhi sikap seseorang sehingga pada akhirnya sikap tersebut akan turut mempengaruhi perilaku individu. Perilaku seseorang sangat ditentukan oleh pengetahuan, kepercayaan dan sikap individu terhadap suatu stimulus atau objek tertentu. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Mutiarawati (2013) yang dalam penelitiannya menemukan bahwa sebagian besar remaja jarang melakukan akses informasi kesehatan reproduksi remaja. Terdapat pengaruh signifikan antara akses informasi kesehatan reproduksi remaja terhadap praktik seksual remaja.

Menurut Nugroho (2012), internet telah menjadi kebutuhan dan bagian dari gaya hidup masyarakat saat ini. Masyarakat semakin dimudahkan dengan adanya teknologi jaringan Wi-Fi (*Wireless Fidelity*). Teknologi ini dimanfaatkan oleh berbagai instansi pendidikan, sebagai fasilitas gratis yang menunjang pendidikan. Namun tidak semua remaja memanfaatkan internet dengan baik, melainkan justru melakukan penyalahgunaan. Akses internet gratis justru dimanfaatkan untuk mengakses situs-situs bermuatan pornografi dan mengunduh video porno. Artinya remaja menyalahgunakan media informasi yang seharusnya digunakan untuk menambah informasi terkait kesehatan reproduksi tetapi digunakan untuk mengakses pornografi. Kemudian Nursal (2007:4) mengemukakan bahwa media massa sebagai media informasi selain mengandung nilai manfaat sering tidak sengaja menjadi media informasi yang

ampuh untuk menabur nilai-nilai baru yang tidak diharapkan masyarakat itu sendiri. Media elektronik maupun cetak, menjadi penyumbang terbesar bagirusaknya pergaulan remaja.

- e. Hubungan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dengan Dimensi Kultural
Dimensi kultural mengenai nilai-nilai seksualitas menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi kultural. Akses informasi kesehatan reproduksi yang rendah tidak diikuti dengan nilai budaya yang positif terhadap seksualitas. Sedangkan akses informasi kesehatan reproduksi yang baik belum tentu diikuti oleh nilai budaya yang negatif terhadap seksualitas di masyarakat.

Fathoni (2006:24-25) mengatakan bahwa manusia dan isi kepribadiannya sangat dipengaruhi oleh berbagai macam stimulasi yang berada di alam, lingkungan sosial, dan budayanya. Setiap hari dalam hidup, manusia menambah pengalaman mengenai berbagai macam perasaan, bergaul, meniru, tahu, dan lainnya melalui proses sosialisasi. Proses sosialisasi bersangkutan dengan proses belajar kebudayaan dalam hubungan dengan sistem sosial. Proses tersebut membuat seseorang belajar pola-pola tindakan dalam interaksi dengan segala macam peranan sosial yang ada dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu akses informasi kesehatan reproduksi yang didapatkan tidak setiap hari dan tidak sejak dini tidak berhubungan dengan nilai-nilai kebudayaan remaja laki-laki terhadap seksualitas di masyarakat.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai aksesin formasi kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja laki-laki pada SMA/ sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember yang telah dilakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Sebagian besar remaja berumur 17 tahun dan beragama Islam. Mereka belum mandiri dan masih tergantung pada orang tua karena tinggal di rumah orang tua.
- b. Mayoritas remaja laki-laki kurang aktif dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi melalui PKPR dan PIK-R. Sebagian besar dari mereka memperoleh informasi tersebut melalui artikel pada media cetak dan internet serta pelajaran di sekolah.
- c. Dimensi biologis dan psikologis remaja laki-laki tergolong dalam kategori rendah, namun dimensi sosial, perilaku, dan kultural remaja laki-laki tergolong dalam kategori tinggi. Sebagian besar remaja laki-laki belum memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang baik terutama dalam hal IMS dan Triad KRR (seksualitas, HIV/AIDS, dan NAPZA). Praktik menjaga organ reproduksi juga belum baik, salah satunya ditunjukkan oleh sebagian besar remaja laki-laki tidak mengganti celana dalam minimal dua kali sehari. Dimensi psikologis remaja laki-laki terhadap seksualitas banyak yang negatif, namun dimensi sosial dan kultural mereka banyak yang positif. Remaja laki-laki banyak yang memiliki perilaku seksual berisiko, seperti melakukan onani, kontak genital, dan berhubungan seksual.
- d. Akses informasi kesehatan reproduksi berhubungan positif dengan dimensi biologis dan psikologis remaja laki-laki, namun berhubungan negatif dengan dimensi perilaku. Akses informasi kesehatan reproduksi yang baik diikuti oleh pengetahuan kesehatan reproduksi serta praktik menjaga organ reproduksi yang baik, nilai-nilai psikologis yang positif terhadap seksualitas dalam dirinya, dan perilaku seksual yang aman. Akses informasi kesehatan

reproduksi tidak berhubungan dengan dimensi sosial dan kultural remaja laki-laki.

5.2 Saran

Adapun saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah:

- a. Bagi Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Jember
 1. Menambah intensitas pelaksanaan KIE kesehatan reproduksi remaja sehingga dapat meningkatkan pengetahuan remaja mengenai isu-isu kesehatan reproduksi remaja.
 2. Membagikan media KIE seperti majalah bulanan, leaflet, dan poster tentang kesehatan reproduksi remaja pada PIK-R binaan.
 3. Menambah intensitas pembinaan PIK-R dan BKR (Bina Keluarga Remaja).
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
 1. Menambah jumlah PKPR di Puskesmas.
 2. Menambah program kerja khusus remaja di PKPR.
- c. Bagi sekolah
 1. Membentuk wadah berbagi informasi dan konseling seputar kesehatan reproduksi remaja dalam bentuk PIK-R.
 2. Membina dan memperkuat peran konselor sebaya bagi sekolah yang memiliki PIK-R.
- d. Bagi orang tua
 1. Mengajarkan higiene personal yang baik pada anak seperti mengganti celana dalam dan membersihkan alat kelamin.
 2. Menjelaskan pada anak mengenai pubertas dan permasalahannya.
 3. Mengikuti program BKR (Bina Keluarga Remaja) yang diadakan BPPKB.
- e. Bagi peneliti selanjutnya
Perlu dilakukan penelitian mengenai remaja perempuan dalam mengakses informasi kesehatan reproduksi dan seksualitasnya, perbedaan akses

informasi kesehatan reproduksi antara remaja laki-laki dan perempuan, dan akses orang tua terhadap paparan informasi kesehatan reproduksi.



DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M., Bhatti, M. A. dan Ushijima, H. 2004. Reproductive Health Needs of Adolescent Males in Rural Pakistan: An Exploratory Study. *Tohoku Journal Exp. Med.*, 2004, 204, 17-25.
- Amri, M. U. 2013. “Perbedaan Perilaku Seksual Remaja yang Mengikuti dan Tidak Mengikuti Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R) pada Remaja SMU di Kabupaten Jember”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Arikunto, S. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Bina Aksara.
- Arma, A.J.A., 2007. Pengaruh Perubahan Sosial Terhadap Perilaku Seks Remaja dan Pengetahuan Kespro Sebagai Alternatif Penangkalnya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat 11(2): 189- 197*.
- Arsani, N. L. K. A., Agustini, N. N. M., dan Purnomo, I. K. I. 2013. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kecamatan Buleleng. Jurusan Ilmu Keolahragaan, Jurusan Pendidikan Jasmani Kesehatan dan Rekreasi Fakultas Olahraga dan Kesehatan, Universitas Pendidikan Ganesha Singaraja, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 2, No. 1, April 2013*.
- Astuti, J. 2009. “Pengaruh Karakteristik Siswa dan Sumber Informasi terhadap Kecenderungan Melakukan Hubungan Seksual Pranikah pada Siswa SMA Negeri di Banda Aceh Tahun 2008”. Tidak Dipublikasikan. *Thesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Baso, Z. A. dan Raharjo, J. 1999. *Kesehatan Reproduksi Panduan Bagi Perempuan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar dan Yayasan Lembaga Konsumen Sulawesi Selatan.
- Bhisma, M. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- BKKBN. 2003. *Buku sumber untuk advokasi Direktorat Advokasi dan KIE*. Jakarta: BKKBN, UNFPA, Bank Dunia, ADB, dan STARH.
- BKKBN. 2006. *Buku Saku Bagi Petugas Lapangan Program KB Nasional Materi Konseling*. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2006. *Panduan Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR)*. Jakarta: BKKBN.

- BKKBN. 2013. *Profil Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: BKKBN
- Bobak, L. 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Borzekowski, D. L. G., Fobil, J. N., dan Asante, K. O. 2006. Online access by adolescents in Accra: Ghanaian teens' use of the internet for health information. *Developmental Psychology, Vol 42(3), May 2006, 450-458*.
- BPS. 2013. *Laporan Pendahuluan Kesehatan Reproduksi Remaja SDKI 2012*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS. 2013. *Penduduk Indonesia Hasil SP 2010*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS. 2014. *Statistik Pemuda Indonesia 2013*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Bungin, B. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Prenanda Media Group.
- Dariyo, A. 2004. *Psikologi Perkembangan Remaja*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Denney, N.W. and Quadagno, D. 1992. *Human Sexuality (2nd edition)*. St Louis, Mosby: Yearbook, inc.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Profil Kesehatan Indonesia 2000*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Materi Pelatihan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Donggori, R. I. 2012. "Hubungan Akses Media Massa dengan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja (Studi Kasus di SMK Kristen Gergaji)". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Dyah, A. 2009. "Hubungan Banyaknya Media Massa dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja di SMU Negeri 5 Madiun". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Universitas Diponegoro.
- F. J. Monks dan A.M.P. Knoers. *Psikologi Perkembangan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Fadhlina, D. (2012). *Pelaksanaan PKPR 2012*. Sijunjung: Dinas Kesehatan Kesehatan Kabupaten Sijunjung.
- Farih, M., Khan, K., Freeth, D. dan Meads, C. 2014. Protocol Study: Sexual And Reproductive Health Knowledge, Information-Seeking Behaviour And Attitudes Among Saudi Women: A Questionnaire Survey Of University Students. *Reproductive Health Journal 2014. 11:34*.

- Fathoni, A. 2006. *Antropologi Sosial Budaya: Suatu Pengantar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Flowers-Coulson, P. A., Kushner, M. A., dan Bankowski, S. 2015. The Information Is Out There, But is Anyone Getting It? Adolescent Misconceptions About Sexuality Education and Reproductive Health and the Use of the Internet to Get Answers. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25, 178–188.
- Foster, G. M. dan Anderson, B. A. 1986. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Glasier, A. dan Ailsa, G. diterjemahkan oleh Brahm, U. 2005. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, E/4*. Jakarta: EGC.
- Hazariah, S dan Azmawati. 2013. Family Characteristics Associate with Risk Taking Behaviour among Urban and Rural Adolescents in Two Districts in Selangor. A Comparative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 10 October 2013 Volume 91:581–587.
- Hurlock, E. B. 2010. *Psikologi Perkembangan (Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan)*. Jakarta: Erlangga.
- Hurlock, E.B. 1999. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta : Erlangga.
- Irawati, Nyorong, M., dan Riskiyani, S. 2013. Studi Akses terhadap Media Kesehatan Reproduksi pada Kalangan Remaja di SMA Negeri 9 Bulukumba Kabupaten Bulukumba. *Jurnal Promosi Kesehatan Nusantara Indonesia* 10(10).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Modul Pelatihan, Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Kader Seri Kesehatan Anak*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak, Kemenkes RI.
- KPA Kabupaten Jember. 2014. *Data HIV/AIDS sampai dengan Spetember 2014*. Jember: KPA Kabupaten Jember.
- Kurnia, H. F. 2013. “Penguasaan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi pada Remaja Peserta Pusat Informasi dan Konseling Remaja BKBPP di Kecamatan Sukaraja Kabupaten Sukabumi”. Tidak Dipublikasikan.

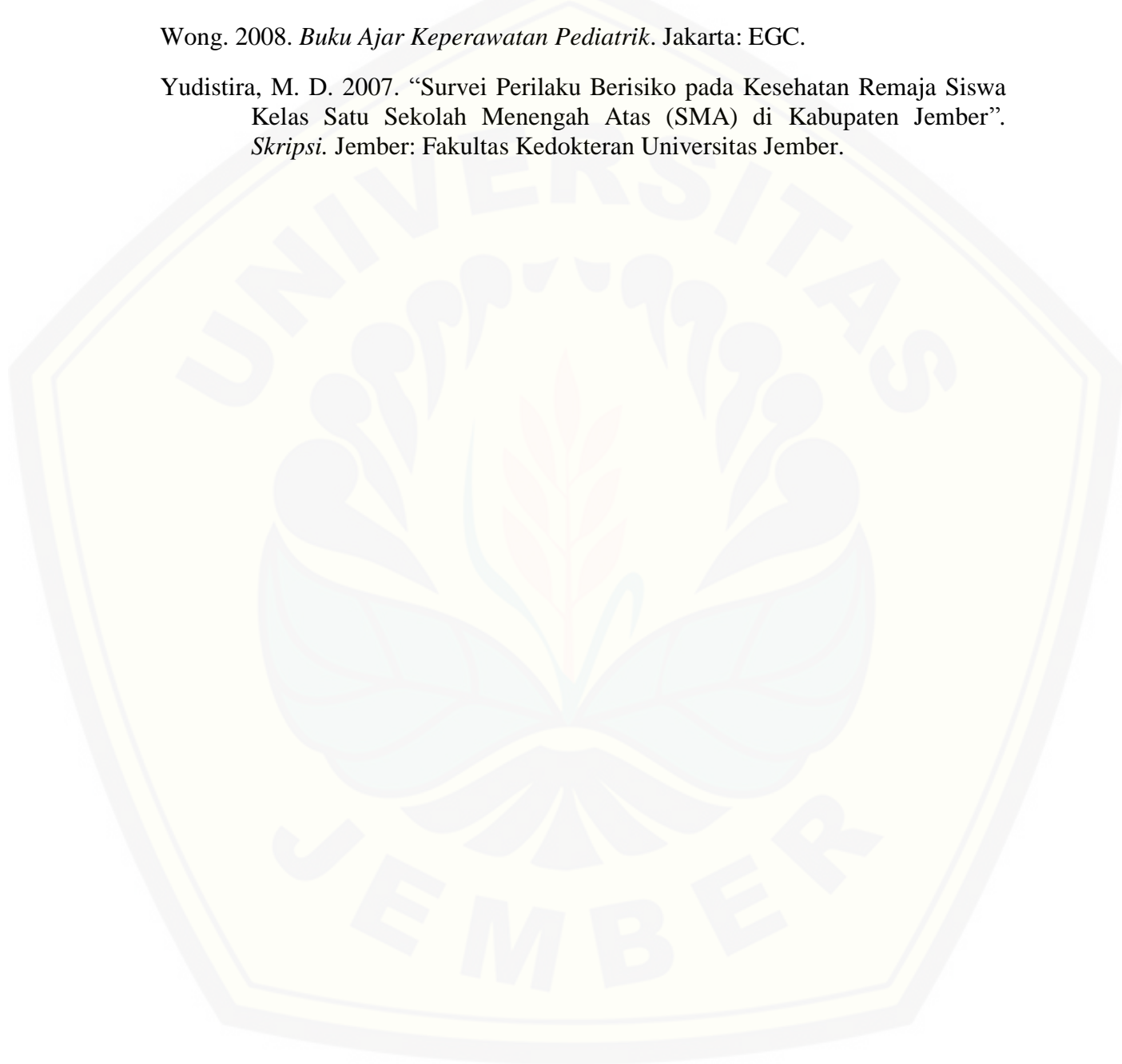
- Skripsi*. Jakarta: Fakultas Pendidikan Teknologi dan Kejuruan Universitas Pendidikan Indonesia.
- Kurniawan, T. P. 2008. "Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Praktek Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga Kabupaten Purbalingga". Tidak Dipublikasikan. *Thesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Lestary dan Sugiharti. 2011. Perilaku Berisiko Remaja di Indonesia Menurut Survey Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) Tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. Vol. 1 No. 3, Agustus 2011: 136-144.
- Maisya, I. B. dan Susilowati, A. 2012. Faktor pada Remaja Muda dan Tersedianya Media Informasi Hubungannya dengan Perilaku Berisiko. *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 5(3).
- Mardiana. 2012. "Aktifitas Seksual Pra Lansia dan Lansia yang Berkunjung ke Poliklinik Geriatric RS Pusat Angkatan Udara dr. Esanawati Antariksa Jakarta Timur Tahun 2012". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Depok: FKM UI.
- Maulana, H. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Michaels, S., Laumann, E. O., Gagnon, J. H. dan Michael, R.T. 1994. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States Paperback*. Chicago: The University of Chicago Press Books.
- Monks, F. J. dan Knoers, A. M. P. 2006. *Psikologi Perkembangan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mugiati. 2002. "Hubungan Jenis Sumber Informasi yang Diterima dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja (Studi pada Siswa Kelas II di SMUN 5 Bandar Lampung Propinsi Lampung Mei 2002)". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Lampung: Universitas Negeri Lampung.
- Mutiawati. 2013. "Pengaruh Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Praktik Kesehatan Reproduksi di Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Pangkah Kabupaten Tegal Tahun 2013". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Tegal: Program Studi D III Kebidanan Politeknik Harapan Bersama.
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Ngalim, P. 2004. *Psikologi Pendidikan*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho, F. A. 2011. “Hubungan Beberapa Faktor Informasi dengan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Awal (Studi pada Siswa Kelas VIII SMPN 37 Semarang) Tahun 2011”. Tidak Dipublikasikan. *Thesis*. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- Nugroho, M. A. 2012. Video Reportase Investigasi: “Mengungkap Penyalahgunaan Wi-Fi Kampus untuk Mengakses dan Mengunduh Konten Porno”. Tidak Dipublikasikan. *Thesis*. Semarang: Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro.
- Nursal, D. G. A. 2008. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Murid SMU Negeri di Kota Padang Tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2(2).
- Nwagwu, W. E. 2007. The Internet As A Source Of Reproductive Health Information Among Adolescent Girls In An Urban City In Nigeria. *BMC Public Health* 2007, 7:354.
- Oktavia dan Setyorogo. 2013. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Pranikah pada Mahasiswa Semester V STIKes X Jakarta Timur 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1); Jan 2013.
- Pardede, N. 2002. *Tumbuh Kembang Anak dan Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Pemerintah Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- PKBI. 2004. *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja untuk Orang Tua Remaja dan Guru SLTP/SMU*. Jakarta Selatan: PKBI.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktek. Edisi 4. Vol 1*. Jakarta: EGC.
- Pratiwi dan Basuki. 2011. Hubungan Karakteristik Remaja terkait Risiko Penularan HIV/AIDS dan Perilaku Seks Tidak Aman di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 14 No. 4 Oktober 2011: 346–357*.
- Pratiwi. 2004. *Pendidikan Seks untuk Remaja*. Yogyakarta: Tugu Publisher.
- Purnawan, I. 2004. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pada Anak Jalanan di Stasiun Kereta Api Lempuyangan Jogjakarta”. Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran UGM.

- Putriani, N. 2010. "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi di SMA Negeri 1 Mojogedang". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Rahayu, N., Yusad, N., Lubis, R. M. 2013. Pengaruh Kegiatan Penyuluhan dalam Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Seks Pranikah di SMAN 1 Lubuk dalam Kabupaten Siak Sri Indrapura. *Jurnal*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumetara Utara.
- Rahmawati, D. V., Hadjam, N. R., dan Afiatin, T. 2002. Hubungan Antara Kecenderungan Perilaku Mengakses Situs Porno dan Religiusitas pada Remaja. *Jurnal Psikologi 2002, NO. 1, 1 – 13 ISSN : 0215 – 8884*.
- Rahyani, K. Y., Utarini, A., Siswanto W. A., dan Hakimi, M. 2012. Perilaku Seks Pranikah Remaja. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasioanal, Volume 7 Nomor 4 November 2012*.
- Rakhmat, J. 2003. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Rani, M. dan Lule, E. 2004. Exploring The Socioeconomic Dimension Of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis. *International Family Planning Perspectives, 2004, (30) 3: 110-117*.
- Rismawan, T. W. 2014. "Hubungan Antara Keterpaparan Pornografi dengan Perilaku Seksual Remaja SMA Negeri (Studi pada Pelajar SMA Negeri di Kabupaten Jember)". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Rokhmah, D. 2014. *Implikasi Mobilitas Penduduk dan Gaya Hidup Seksual Terhadap Penularan HIV/AIDS*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (2) (2014) 183-190*.
- Saifuddin, A. F., & Hidayana, I.M. 1999. *Seksualitas Remaja*. Jakarta: Sinar
- Santrock, J. W. 2003. *Adolescence: Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.
- Santrock, J. W. 2007. *Remaja*. Jakarta: Erlangga.
- Sarwono, S. dan Siamsidear, A. 1986. *Peranan Orang Tua dalam Pendidikan Seks*. Edisi Pertama. Jakarta: CV Rajawali.
- Sarwono. 2010. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Press.
- Sarwono. 2012. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Press.
- Sastoasmoro, S. dan Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

- Satgas P4GN Kabupaten Jember. 2014. *Data Penyalahgunaan Narkoba Triwulan III Tahun 2014*. Jember: Satgas P4GN Kabupaten Jember.
- Sedarmayanti dan Hidayat, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Bandung: Mandar Maju.
- Selviana, L. S. 2015. Inisiasi Seks Pranikah Remaja dan Faktor yang Mempengaruhi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat 10 (2) (2015) 169-177*.
- Soekanto, S. 2003. *Sosiologi: Suatu Pengantar*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- STARH. 2003. *Adolescent Reproductive Health in Indonesia*. Johns Hopkins University/ Center for Communication Program Jakarta, Indonesia.
- Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistianingsih, A. 2010. "Hubungan Lingkungan Pergaulan dan tingkat Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi Dengan Sikap Seks Bebas Pada Remaja". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Negeri Sebelas Maret.
- Sumarah dan Purnasari, S. A. 2015. Hubungan Antara Tingkat Paparan Media Pornografi Dengan Perilaku Seksual Pada Siswa Kelas X Dan XI SMA N 11 Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu" Vol. 06 No. 01 Januari 2015*.
- Sunarsih, S., Purwanti, S., dan Khosidah, A. 2010. Hubungan Frekuensi Paparan Media Pornografi Dengan Frekuensi Perilaku Masturbasi Remaja Putra Di SMK Wongsorejo Gombang Kebumen. *Akademi Kebidanan YLPP Purwokerto. Bidan Prada: Jurnal Ilmiah Kebidanan, Vol. 1 No. 1 Edisi Desember 2010*.
- Suryoputro, F. dan Shaluhiah. 2006. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya Terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi. *Jurnal. Makara, Kesehatan, Vol. 10, No. 1, Juni 2006: 29-40*.
- Tesmei, W. 2008. "Survei Perilaku Remaja pada Siswa SMA Negeri Perkotaan dan Pedesaan di Kabupaten Jember (Studi pada Siswa SMA Negeri Kelas XI di Kecamatan Kota dan di luar Kecamatan Kota Kabupaten Jember)". Tidak Dipublikasikan. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Tukan, J.S. 1993. *Metode Pendidikan Seks, Perkawinan dan Keluarga*. Jakarta: Erlangga.

- USAID. Tanpa Tahun. *Program Kesehatan Peduli Remaja*.
<https://www.k4health.org/toolkits/indonesia/program-kesehatan-peduli-remaja> [2 Mei 2015]
- Wallmyr, G., dan Welin, C. 2006. Young People, Pornography, and Sexuality: Source and Attitude. *Journal of School Nursing*, 22 (5), 262-263.
- Wong. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC.
- Yudistira, M. D. 2007. “Survei Perilaku Berisiko pada Kesehatan Remaja Siswa Kelas Satu Sekolah Menengah Atas (SMA) di Kabupaten Jember”. *Skripsi*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



LAMPIRAN A. Izin Pelaksanaan Penelitian

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER DINAS PENDIDIKAN Jl Dr. Subandi No. 29 Kotak Pos 181 Telp. (0331) 487028 Fax. 421152 Kode Pos 68118 JEMBER</p>	
<p><u>REKOMENDASI</u> Nomor : 072/1764/1413/2015</p>	
<p>TENTANG IJIN PENELITIAN</p>	
Dasar	: Surat Rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember nomor : 072/881/314/ 2015, tanggal , 18 Mei 2015
<p>MENGIJINKAN :</p>	
Nama	: AHMAD AVIV MAHDA
NIM	: 112110101021
Alamat	: Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan	: Melakukan Ijin Penelitian Tentang, " Seksualitas dan Akses Informasi Kesehatan Reproduksi pada Remaja Laki-laki (Studi pada SLTA sederajat Negeri dan Swasta di Wilayah Kota, Kab. Jember ".
Yang akan dilaksanakan pada :	
Tanggal	: 18 Mei s.d. 18 Juli 2015 2015
Tempat	: Di SMAN / Swasta Wilayah Kota Kab. Jember (Terlampir)
<p>Dengan catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan; 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik; 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan; 4. Tidak mengganggu kegiatan belajar mengajar di sekolah. 	
<p>Demikian surat ijin ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.</p>	
<p>Ditetapkan di : Jember Tanggal : 19 Mei 2015</p>	
<p>a.n.Kepala Dinas Pendidikan Kabupaten Jember Sekretaris</p>	
 <p>Drs. SUBADRI HABIB, M.Si Pembina Tingkat I NIP. 40200047 407007 4 004</p>	

LAMPIRAN B. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

No. Responden		No. Entry	
----------------------	--	------------------	--

Identitas Responden	
Nama	:
No. HP	:
Alamat	:
Tempat, Tanggal Lahir	:

Persetujuan Responden
<p>Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan persetujuan menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Akses Informasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja Laki-Laki (Studi pada Siswa SMA/Sederajat di Kecamatan Kaliwates, Sumbersari, dan Patrang Kabupaten Jember)” yang dilakukan oleh Ahmad Aviv Mahda Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.</p> <p>Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar. Peneliti bersedia menjamin kerahasiaan hasil wawancara dan hal-hal yang berhubungan privasi saya.</p> <p>Demikian pertanyaan ini dibuat agar digunakan dengan semestinya.</p> <p style="text-align: right;">Jember,.....2015</p> <p style="text-align: right;">Responden</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>

LAMPIRAN C. Angket Penelitian

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp (0331) 322995, 322996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

KARAKTERISTIK RESPONDEN

No.	Pertanyaan dan Saringan	Jawaban
K1	Umur tahun
K2	Agama	1. Islam 2. Kristen 3. Katholik 4. Hindu 5. Budha 6. Konghucu
K3	Dimanakah Anda tinggal sehari-hari?	1. Rumah orangtua 2. Rumah saudara 3. Kos 4. Asrama

AKSES INFORMASI KESEHATAN REPRODUKSI

No.	Pernyataan	Pernah	Tidak Pernah
AI1	Membaca atikel di surat kabar/ majalah/ media cetak lain tentang kesehatan reproduksi terkait seksualitas/ HIV/AIDS/ NAPZA.		
AI2	Mendengarkan radio tentang kesehatan reproduksi terkait seksualitas / HIV/AIDS/ NAPZA.		
AI3	Menonton televisi tentang kesehatan reproduksi terkait seksualitas / HIV/AIDS/ NAPZA.		
AI4	Mengakses internet untuk mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi terkait seksualitas / HIV/AIDS/ NAPZA.		
AI5	Mendapat pelajaran atau materi tentang kesehatan reproduksi terkait sistem reproduksi manusia/ seksualitas/ HIV/AIDS/ PMS (Penyakit Menular Seksual) di sekolah.		
AI6	Menghadiri acara pertemuan masyarakat yang membahas tentang kesehatan reproduksi.		

No.	Pernyataan	Pernah	Tidak Pernah
AI7	Menghadiri penyuluhan tentang kesehatan reproduksi.		
AI8	Menghadiri penyuluhan yang diadakan oleh PIK-R.		
AI9	Mengunjungi PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di Puskesmas.		
AI10	Mengikuti organisasi PIK-R.		

DIMENSI SEKSUALITAS: BIOLOGIS

No.	Pernyataan	Benar	Salah
BI1	Penanda pubertas laki-laki adalah mimpi basah		
BI2	Mimpi basah adalah pengalaman laki-laki setiap kali bermimpi dan diikuti keluarnya cairan sperma yang membuat basah daerah kelamin		
BI3	Salah satu cara merawat organ reproduksi adalah dengan membasuh alat kelamin dengan air bersih setelah buang air kecil		
BI4	Ciri seks sekunder laki-laki adalah pertumbuhan jakun, perubahan suara, pertumbuhan rambut halus seperti kumis dan rambut ketiak		
BI5	HIV/AIDS adalah penyakit mematikan		
BI6	Penularan HIV/AIDS dapat melalui berpelukan dengan penderita HIV/AIDS		
BI7	Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang menular melalui hubungan seksual baik vaginal, anal, dan oral		
BI8	Dampak tidak menjaga kesehatan reproduksi adalah terjangkit IMS dan HIV/AIDS		
BI9	Seksualitas, HIV/AIDS dan NAPZA termasuk dalam kajian kesehatan reproduksi remaja		
BI10	Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan aborsi bukan merupakan dampak pergaulan bebas		

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
BI11	Setelah mimpi basah saya melakukan mandi besar		
BI12	Saya mencuci sprei bekas mimpi basah		
BI13	Saya mengganti celana dalam minimal 2 kali sehari		
BI14	Saya membersihkan alat kelamin dengan air bersih setelah buang air		

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
	kecil		
BI15	Saya menggunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat		

DIMENSI SEKSUALITAS: PSIKOLOGIS

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
PS1	Saya bertanya pada orangtua mengenai masalah pubertas		
PS2	Saya merasa lebih bertanggung jawab terhadap diri saya setelah mengalami mimpi basah		
PS3	Saya merasa terganggu dengan tumbuhnya rambut halus pada kumis, ketiak, dan sekitar alat kelamin		
PS4	Saya merasa malu saat muncul jerawat di wajah		
PS5	Saya akan membeli jika ditawari obat/jamu yang dapat meningkatkan seksualitas		
PS6	Saya menjaga penampilan agar menarik dihadapan perempuan		
PS7	Saya menolak apabila diajak teman menonton video porno		
PS8	Saya melakukan onani untuk melampiaskan kebutuhan seksual		
PS9	Saya akan melakukan hubungan seksual dengan pacar karena hal itu merupakan tanda cinta kasih pada pacar		
PS10	Jika terkena penyakit kelamin maka saya akan mencari pengobatan		

DIMENSI SEKSUALITAS: SOSIAL

No.	Pernyataan	Setuju	Tidak Setuju
SO1	Pacaran adalah salah satu cara menyalurkan kasih sayang		
SO2	Memegang tangan pacar adalah suatu hal yang wajar		
SO3	Laki-laki tidak boleh bergaul dengan perempuan		
SO4	Berciuman pada saat pacaran merupakan hal yang wajar		
SO5	Laki-laki dan perempuan memiliki batasan dalam bergaul		
SO6	Setia terhadap pasangan merupakan suatu bentuk pencegahan penularan PMS		
SO7	Memiliki pacar lebih dari 1 orang merupakan hal yang membanggakan		
SO8	Tampil maskulin adalah suatu cara untuk mendapatkan pengakuan		

No.	Pernyataan	Setuju	Tidak Setuju
	sosial		
SO9	Pacaran yang sudah lama tidak dapat dijadikan alasan untuk melakukan hubungan seksual		
SO10	Salah satu bentuk solidaritas antar teman adalah dengan menerima ajakan merokok atau minum alkohol		

DIMENSI SEKSUALITAS: PERILAKU

No.	Pertanyaan dan Saringan	Jawaban	Keterangan Terus Ke
PE1	Apakah anda pernah berpacaran?	1. Pernah 2. Tidak pernah →	Jika jawaban dipilih no 2, langsung menuju pertanyaan PE4.
PE2	Usia berapakah pertama kali berpacaran?	1. <12 tahun 2. 12-14 tahun 3. 15-17 tahun	
PE3	Apa yang pernah yang anda lakukan saat berpacaran?(M)	1. Ngobrol saja 2. Berkunjung kerumah pacar 3. Saling pegangan tangan 4. Merangkul/memeluk 5. Mencium pipi/kening 6. Mencium bibir 7. <i>Necking</i> (mencium leher) 8. Meraba anggota badan yang sensitif (payudara, alat kelamin, telinga) 9. <i>Petting</i> (saling menggesekan alat kelamin) 10. Berhubungan seksual dengan mengeluarkan sperma di luar vagina 11. Berhubungan seksual dengan mengeluarkan sperma di dalam vagina	
PE4	Apakah anda pernah melakukan onani (merangsang organ kelamin untuk mendapatkan kepuasan)?	1. Pernah 2. Tidak pernah →	Jika jawaban dipilih no 2, langsung menuju pertanyaan PE6.
PE5	Berapa kali anda melakukan onani?	1. Lebih dari sekali sehari 2. 1-2 kali seminggu 3. 1-2 kali sebulan 4. Pernah sekali	
PE6	Apakah anda pernah melakukan kontak genital (meraba atau merangsang payudara atau organ	1. Pernah 2. Tidak pernah →	Jika jawaban dipilih no 2, langsung menuju pertanyaan

No.	Pertanyaan dan Saringan	Jawaban	Keterangan Terus Ke
	kelamin untuk mendapatkan kepuasan)?		PE8.
PE7	Berapa kali anda melakukan kontak genital?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih dari sekali sehari 2. 1-2 kali seminggu 3. 1-2 kali sebulan 4. Pernah sekali 	
PE8	Apakah anda pernah berhubungan seksual?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pernah 2. Tidak pernah 	<p>→</p> <p>Jika jawaban dipilih no 2, langsung menuju pertanyaan PE10.</p>
PE9	Siapa partner anda dalam melakukan hubungan seksual? (M)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacar 2. Saudara 3. Teman 4. Pelacur 5. Lainnya, sebutkan..... 	
PE10	Apakah anda pernah menonton media pornografi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pernah 2. Tidak pernah 	<p>Jika jawaban dipilih no 2, maka pertanyaan sudah selesai.</p>
PE11	Berapa kali anda menonton media pornografi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lebih dari sekali sehari 2. 1-2 kali seminggu 3. 1-2 kali sebulan 4. Pernah sekali 	
PE12	Dari mana anda menonton media pornografi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Televisi 2. Handphone 3. Koran/tabloid 4. Buku 5. Komik 6. Internet 7. Lainnya, sebutkan..... 	
PE13	Sejak usia berapa anda menonton media pornografi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. <15 tahun 2. 15-17 tahun 3. 17-20 tahun 	
PE14	Setelah menonton media pornografi apakah terbersit untuk menonton kembali?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak 	

DIMENSI SEKSUALITAS: KULTURAL

No.	Pernyataan	Setuju	Tidak Setuju
KU1	Mengganti pakaian dalam secara teratur merupakan bentuk budaya menjaga kebersihan organ reproduksi		
KU2	Onani adalah perbuatan yang baik bagi kesehatan		

No.	Pernyataan	Setuju	Tidak Setuju
KU3	Berganti-ganti pasangan adalah suatu hal yang tidak baik		
KU4	Laki-laki dan perempuan yang telah bertunangan boleh tinggal dalam satu rumah dan melakukan hubungan layaknya suami-isteri		
KU5	Khitan atau sunat adalah suatu bentuk menjaga kebersihan alat kelamin		
KU6	Laki-laki terlihat lebih jantan apabila ia memiliki pacar		
KU7	Memiliki pacar lebih dari 1 orang merupakan hal yang membanggakan		
KU8	HIV/AIDS adalah penyakit yang hanya diderita oleh oleh pelacur dan pelanggannya		
KU9	Laki-laki tidak boleh mengerjakan pekerjaan perempuan		
KU10	Usia laki-laki yang siap menikah adalah minimal 25 tahun		

LAMPIRAN D. Hasil Uji Analisis Univariabel

Frequencies

Statistics

		Umur	Agama	Tempat Tinggal	Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Dimensi Biologis	Dimensi Psikologis	Dimensi Sosial	Dimensi Perilaku	Dimensi Kultural
N	Valid	156	156	156	156	156	156	156	156	156
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	3	1.9	1.9	1.9
	16	36	23.1	23.1	25.0
	17	90	57.7	57.7	82.7
	18	23	14.7	14.7	97.4
	19	4	2.6	2.6	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	155	99.4	99.4	99.4
	Kristen	1	.6	.6	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rumah orangtua	131	84.0	84.0	84.0
	Rumah saudara	2	1.3	1.3	85.3
	Kos	12	7.7	7.7	92.9
	Asrama	11	7.1	7.1	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	85	54.5	54.5	54.5
	Sedang	51	32.7	32.7	87.2
	Tinggi	20	12.8	12.8	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Dimensi Biologis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	78	50.0	50.0	50.0
	Sedang	46	29.5	29.5	79.5
	Tinggi	32	20.5	20.5	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Dimensi Psikologis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	58	37.2	37.2	37.2
	Sedang	54	34.6	34.6	71.8
	Tinggi	44	28.2	28.2	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Dimensi Sosial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	5	3.2	3.2	3.2
	Sedang	66	42.3	42.3	45.5
	Tinggi	85	54.5	54.5	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Dimensi Perilaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	27	17.3	17.3	17.3
	Sedang	49	31.4	31.4	48.7
	Tinggi	80	51.3	51.3	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Dimensi Kultural

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	4	2.6	2.6	2.6
	Sedang	48	30.8	30.8	33.3
	Tinggi	104	66.7	66.7	100.0
	Total	156	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Biologis	156	100.0%	0	.0%	156	100.0%
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Psikologis	156	100.0%	0	.0%	156	100.0%
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Sosial	156	100.0%	0	.0%	156	100.0%
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Perilaku	156	100.0%	0	.0%	156	100.0%
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Kultural	156	100.0%	0	.0%	156	100.0%

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Biologis

Crosstab

			Dimensi Biologis			Total
			Rendah	Sedang	Tinggi	
Akses Informasi Kesehatan	Rendah	Count	66	13	6	85
		% of Total	42.3%	8.3%	3.8%	54.5%

Reproduksi	Sedang	Count	6	29	16	51
		% of Total	3.8%	18.6%	10.3%	32.7%
	Tinggi	Count	6	4	10	20
		% of Total	3.8%	2.6%	6.4%	12.8%
Total		Count	78	46	32	156
		% of Total	50.0%	29.5%	20.5%	100.0%

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	.526	.065	8.111	.000
		Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	.509	.062	8.111	.000
		Dependent Dimensi Biologis	.545	.069	8.111	.000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.517	.072	7.499	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.564	.068	8.470	.000(c)
N of Valid Cases		156			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Psikologis

Crosstab

		Dimensi Psikologis			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Rendah	Count	53	20	12	85
		% of Total	34.0%	12.8%	7.7%	54.5%
	Sedang	Count	3	26	22	51
		% of Total	1.9%	16.7%	14.1%	32.7%
	Tinggi	Count	2	8	10	20
		% of Total	1.3%	5.1%	6.4%	12.8%
Total	Count	58	54	44	156	
	% of Total	37.2%	34.6%	28.2%	100.0%	

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	.478	.059	8.072	.000
		Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Dependent	.448	.056	8.072	.000
		Dimensi Psikologis Dependent	.512	.064	8.072	.000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.487	.064	6.924	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.525	.064	7.650	.000(c)
N of Valid Cases		156			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Sosial

Crosstab

			Dimensi Sosial			Total
			Rendah	Sedang	Tinggi	
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Rendah	Count	2	31	52	85
		% of Total	1.3%	19.9%	33.3%	54.5%
	Sedang	Count	2	27	22	51
		% of Total	1.3%	17.3%	14.1%	32.7%
	Tinggi	Count	1	8	11	20
		% of Total	.6%	5.1%	7.1%	12.8%
Total	Count	5	66	85	156	
	% of Total	3.2%	42.3%	54.5%	100.0%	

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-.119	.076	-1.573	.116
		Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	-.126	.080	-1.573	.116
		Dimensi Sosial	-.113	.072	-1.573	.116
		Dependent				

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.108	.081	-1.347	.180(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.126	.080	-1.574	.117(c)
N of Valid Cases		156			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Perilaku

Crosstab

		Dimensi Perilaku			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Rendah	Count	10	15	60	85
		% of Total	6.4%	9.6%	38.5%	54.5%
	Sedang	Count	7	29	15	51
		% of Total	4.5%	18.6%	9.6%	32.7%
	Tinggi	Count	10	5	5	20
		% of Total	6.4%	3.2%	3.2%	12.8%
Total	Count	27	49	80	156	
	% of Total	17.3%	31.4%	51.3%	100.0%	

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-.384	.072	-5.210	.000
		Akses Informasi Kesehatan Reproduksi Dependent Dimensi Perilaku	-.375	.072	-5.210	.000
		Dimensi Perilaku Dependent	-.393	.074	-5.210	.000

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.395	.080	-5.340	.000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.407	.076	-5.534	.000(c)
N of Valid Cases		156			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Akses Informasi Kesehatan Reproduksi * Dimensi Kultural

Crosstab

			Dimensi Kultural			
			Rendah	Sedang	Tinggi	Total
Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	Rendah	Count	3	25	57	85
		% of Total	1.9%	16.0%	36.5%	54.5%
	Sedang	Count	0	12	39	51
		% of Total	.0%	7.7%	25.0%	32.7%
	Tinggi	Count	1	11	8	20
		% of Total	.6%	7.1%	5.1%	12.8%
Total	Count	4	48	104	156	
	% of Total	2.6%	30.8%	66.7%	100.0%	

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	-.062	.080	-.771	.441
		Akses Informasi Kesehatan Reproduksi	-.070	.091	-.771	.441
		Dimensi Kultural Dependent	-.056	.072	-.771	.441

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.091	.088	-1.136	.258(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.065	.085	-.808	.420(c)
N of Valid Cases		156			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

LAMPIRAN E. Hasil Uji Analisis Bivariabel

Nonparametric Correlations

Correlations

			Akses Informasi	Dimensi Biologis
Spearman's rho	Akses Informasi	Correlation Coefficient	1.000	.508(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	156	156
	Dimensi Biologis	Correlation Coefficient	.508(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	156	156

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

Nonparametric Correlations

Correlations

			Akses Informasi	Dimensi Psikologis
Spearman's rho	Akses Informasi	Correlation Coefficient	1.000	.448(**)
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	156	156
	Dimensi Psikologis	Correlation Coefficient	.448(**)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	156	156

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

Nonparametric Correlations

Correlations

			Akses Informasi	Dimensi Sosial
Spearman's rho	Akses Informasi	Correlation Coefficient	1.000	-.091
		Sig. (2-tailed)	.	.256
		N	156	156
	Dimensi Sosial	Correlation Coefficient	-.091	1.000
		Sig. (2-tailed)	.256	.
		N	156	156

Nonparametric Correlations

Correlations

			Akses Informasi	Dimensi Perilaku
Spearman's rho	Akses Informasi	Correlation	1.000	-.277(**)
		Coefficient	.	.000
		Sig. (2-tailed)		
		N	156	156
	Dimensi Perilaku	Correlation	-.277(**)	1.000
		Coefficient	.000	.
		Sig. (2-tailed)		
		N	156	156

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

Nonparametric Correlations

Correlations

			Akses Informasi	Dimensi Kultural
Spearman's rho	Akses Informasi	Correlation	1.000	-.007
		Coefficient	.	.933
		Sig. (2-tailed)		
		N	156	156
	Dimensi Kultural	Correlation	-.007	1.000
		Coefficient	.933	.
		Sig. (2-tailed)		
		N	156	156

LAMPIRAN F. Dokumentasi Penelitian



Peneliti menjelaskan petunjuk pengisian angket penelitian



Responden mengisi angket penelitian



Responden mengisi angket penelitian



Peneliti menjelaskan hal-hal yang kurang dipahami oleh responden