PRECEDE and PROCEED Model on the Determinants of Teacher's Role in the Provision of Reproductive Health Education for Students with Mild Mental Retardation at School of Disability in Sleman, Yogyakarta

Putri Rahmasari¹⁾, Ismi Dwi Astuti Nurhaeni²⁾, Endang Sutisna Sulaeman³⁾

- 1) School of Midwifery, Aissyiah University, Yogyakarta
- 2) Faculty of Social and Political Sciences, Sebelas Maret University
- 3) Faculty of Medicine, Sebelas Maret University

ABSTRACT

Background: Access to reproductive health information is lacking among students with mental retardation (MR). Teachers at the School of Disability have potentially important role in improving access to reproductive health information among students with MR. This study aimed to investigate the determinants of teachers role in the provision of reproductive health education for students with mild MR at School of Disability, in Sleman, Yogyakarta.

Subjects and Method: This was a qualitative study with phenomenology approach, conducted at School of Disability, Sleman, Yogyakarta. Key informants were selected by purposive sampling (i.e. criterion sampling), consisting 7 teachers of disability school, 5 personnels from the District Office of Education and Sport. PRECEED and PROCEDE model was used as a framework to identify the determinants under study. The data were collected by in-depth interview, observation, and document review. The data were analyzed by Miles and Hubberman method.

Results: The seven teachers have shown their good roles in the provision of reproductive health education. Factors that determined teachers role included knowledge, experience, attitude, subjective norms, perceived behavior control, external support, and availability of resources. Weak perceived behavior control (e.g. perceived teacher's incompetence) and negative subjective norms (e.g. teaching about reproductive health was considered taboo by the community) of the teachers weakened the teachers role. Lack of educational media, substandard rooms, reproductive health materials that were unintegrated in the curriculum, weakened teachers intention to perform their roles.

Conclusion: Teachers at the school of disability in Sleman, Yogyakarta, have shown their good role in the provision of reproductive health education for students with mild MR. Knowledge, experience, attitude, subjective norms, perceived behavior control, external support, and availability of resources, are important determinants of teachers role in the provision of reproductive health education.

Keywords: teachers role, school of disability, mental retardation, student

Correspondence:

Putri Rahmasari. School of Midwifery, Aissyiah University, Yogyakarta.
Email: putrialzam@gmail.com.

LATAR BELAKANG

Hak-hak seksual adalah hak asasi manusia yang berhubungan dengan seksualitas. Semua anak remaja berhak untuk mendapatkannya tetapi hal ini sering

kali dipungkiri dan diabaikan. Akibatnya 42% infeksi HIV (Human Immune Virus) baru terjadi dari kalangan remaja, 10% kelahirandi seluruh dunia adalah dari ibu usia remaja, 23% masalah penyakit akibat kehamilan adalah dari kalangan

remaja, kehamilan menjadi penyebab utama kematian bagi remaja putri berusia 15 sampai 19 tahun di seluruh dunia. Tak hanya itu, dua-pertiga dari aborsi di seluruh dunia dilakukan remaja putri dan banyak dari mereka yang tidak aman. Keprihatinan lain adalah di beberapa negara 48% terjadi pemaksaan hubungan seksual pertama kali dialami oleh remaja putri (International Planned Parenthood Federation/ IPPF, 2012).

Menurut *World Health Statistics 2013* (World Health Organization/WHO, 2013) sekitar 16 juta remaja putri mela-hirkan setiap tahun. Bayi yang lahir dari ibu remaja mencapai sekitar 11% dari semua kelahiran di seluruh dunia dengan 95% dari kelahiran tersebut terjadi di negara-negara berkembang. Selain itu pada tahun 2008 diperkirakan tiga juta aborsi tidak aman dilakukan remaja putri. Di kawasan Asia perkiraan kejadian aborsi per tahun sedikit lebih tinggi pada tahun 2003 dan 2008, dari 25.9 juta menjadi 27.3 juta. Kawasan Asia Tenggara memiliki tingkat aborsi tertinggi pada tahun 2008 (36 per 1.000). Sedangkan kasus aborsi tidak aman 60-65% terjadi di Asia Selatan, Asia Tenggara dan Asia Barat (Guttmacher Institute, 2012). WHO memperkirakan bahwa di Asia pada tahun 2008, 12% dari semua kematian ibu disebabkan aborsi tidak aman (WHO, 2011).

Isu kesehatan reproduksi remaja lainnya adalah tingginya kasus HIV/AIDS. Menurut Riskesdas (2010) kelompok remaja di Indonesia yang pernah mendapat pendidikan kesehatan reproduksi baru 25.1% dan untuk di Yogyakarta mencapai 57.1%. Sementara itu pengetahuan komprehensif terkait HIV dan AIDS yang dimiliki remaja pada kelompok umur 15-24 tahun baru mencapai 11.4%. Dari data tersebut tidak dapat dipungkiri bahwa remaja merupakan kelompok usia yang paling berisiko tinggi ter-

tular dan menularkan HIV dan AIDS. Dalam rangka mengendalikan penyebaran dan menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS, diperlukan upaya khusus yang difokuskan pada kelompok remaja.

Penelitian ini lebih menyoroti pada remaja perempuan. Hal ini dilatarbelakangi oleh kerentanan kekerasan seksual lebih di alami pada kaum perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini ditunjukkan dari laporan kejadian kekerasan terhadap perempuan yang mengalami peningkatan. Berdasarkan data Forum Penanganan Korban Kekerasan Perempuan dan Anak (PK2PA) DIY pada tahun 2010 setidaknya ada 1.305 kasus kekerasan yang ditangani. Sementara pada tahun 2011 meningkat menjadi 1.666 kasus. Dari kasus tersebut 87% korban dialami oleh perempuan (Budi, 2013).

Dari beberapa masalah kesehatan reproduksi remaja di atas, ketersediaan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi seksualitas untuk para remaja dianggap penting. Hal tersebut dapat memberi pengertian tentang risiko perilaku seksual yang tidak aman, cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, penularan dan pencegahan HIV/AIDS, pencegahan kekerasan seksual serta informasi seputar perubahan fisiologis masa remaja. Bentuk sosialisasi secara luas beserta solusi persoalan mengenai kesehatan reproduksi sangat diperlukan bagi para remaja (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2010).

Di kutip dari *Young People's Rights* dalam IPPF (2012), peran positif dari orang tua atau wali sangat berpengaruh dalam kehidupan para remaja. Ini mencakup pemberian bimbingan kepada remaja tentang kesehatan seksual dan reproduksi. Namun, bimbingan ini tidak boleh mencegah mereka dari mengakses informasi dan layanan yang mereka butuhkan. Hal ini dikarenakan

perkembangan seksual merupakan proses seumur hidup sehingga sangat mempengaruhi remaja. Seperti pertumbuhan dan perkembangan, cara berpikir, emosi, keinginan dan kebutuhan remaja juga berubah.

Dikutip dari laporan tahunan IPPF (2013), 81% klien IPPF berasal dari kalangan tidak mampu dan kelompok rentan. Kaum penyandang disabilitas adalah yang paling rentan dan kurang mendapat pelayanan kesehatan reproduksi mengenai hak-hak seksual dan reproduksi. Mereka lebih mungkin mengalami kekerasan seksual dibandingkan rekan-rekan mereka yang normal, sedangkan kebutuhan kesehatan reproduksi dan seksual mereka sering dipungkiri dan diabaikan. Hasilnya adalah kurangnya informasi kesehatan, pendidikan dan pelayanan mengenai seksual dan kesehatan reproduksi bagi kaum penyandang disabilitas (IPPF, 2013).

Pendidikan kesehatan bagi remaja non-disabilitas dapat ditemui di sekolah dalam bentuk PIK (Pusat Informasi Kesehatan). Remaja sedangkan bagi nondisabilitas masih sulit didapatkan dan perlu keterampilan khusus sesuai jenis disabilitasnya. *Family Planning Association* (Asosiasi Keluarga Berencana) di Inggris melakukan pendekatan komprehensif untuk pelatihan dan dukungan berkaitan dengan kesehatan dan hak-hak seksual dan reproduksi bagi penyandang disabilitas. Pihak orang tua, wali siswa, sekolah dan petugas kesehatan juga perlu mendapat dukungan dalam memberikan informasi tentang seksual dan kesehatan reproduksi dengan cara yang dipahami penyandang disabilitas. Pihak guru juga perlu mendapat pelatihan agar dapat memberikan informasi tentang seksual dan kesehatan reproduksi (IPPF, 2013).

Pada tanggal 13 Desember 2006 Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa telah mengeluarkan Resolusi Nomor

A/61/106 mengenai *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas). Resolusi tersebut memuat hak-hak penyandang disabilitas dan menyatakan akan mengambil langkah-langkah untuk menjamin pelaksanaan konvensi ini. Pemerintah Indonesia telah menandatangani konvensi tersebut. Hal ini menunjukkan kesungguhan untuk menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas, tak terkecuali hak mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi (UU RI Nomor 19 Tahun 2011).

Berbagai peraturan di atas mengatur pemenuhan hak penyandang disabilitas termasuk hak kesehatan reproduksi namun dalam implementasinya tidaklah mudah. Menurut data Sensus Nasional Biro Pusat Statistik (2003) jumlah penyandang disabilitas di Indonesia sebesar 0.7% dari jumlah penduduk (1.480.000 jiwa). Dari jumlah tersebut sekitar 66.610 anak usia sekolah (14.4%) terdaftar di Sekolah Luar Biasa (SLB). Ini berarti masih 85.6% penyandang disabilitas yang berada di masyarakat di bawah pembinaan dan pengawasan orang tua dan keluarga dan pada umumnya belum memperoleh akses pelayanan kesehatan reproduksi sebagaimana mestinya (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Sementara itu Kurniasari et al (2011) mengungkapkan banyak penyandang disabilitas belum secara optimal dapat mengakses pelayanan pendidikan dan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi.

Penyandang disabilitas dapat digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain: tunanetra, tunarungu/tunawicara, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD), autisme dan tunaganda. Masing-masing memiliki karakteristik, penanganan dan pela-

yanan yang berbeda. SLB tunagrahita berada pada urutan tertinggi ke tiga setelah SLB campuran dan SLB tunarungu/tunawicara (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Oleh karena itu, penelitian ini lebih menyoroti jenis disabilitas tunagrahita.

Pembinaan program perlindungan kesehatan bagi penyandang disabilitas seperti tunagrahita perlu mendapat perhatian dari berbagai pihak untuk mengurangi dan mencegah dampak kesehatan dan psikososial yang dapat berakibat pada kondisi yang lebih parah dan menimbulkan beban bagi keluarga, masyarakat dan negara. Hal ini tidak dapat dilakukan sendiri oleh sektor kesehatan, tetapi memerlukan pendekatan multisektoral dan berbagai disiplin ilmu. Oleh karena itu, kerjasama dengan semua unsur terkait dalam pelaksanaan sangat diperlukan (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Penelitian mengenai sumber akses informasi seksualitas pada kaum disabilitas (Oladunni, 2012), pemberian pemahaman kesehatan reproduksi dari ibu bagi tunagrahita (Kusumaningrum, 2012), permasalahan ketimpangan kesehatan pada orang dewasa dengan disabilitas intelektual (Greenwood & Wilkinson, 2013), dan dukungan bagi pasangan suami istri disabilitas intelektual terhadap hak reproduksi (Llewellyn, 2013) telah dilakukan. Sementara itu penelitian mengenai bagaimana pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja putri tunagrahita dari perspektif guru belum spesifik dilakukan.

Oladunni (2012) mengungkapkan akses informasi seksualitas dan kapasitas pengelolaan bagi remaja disabilitas masih rendah. Orang dewasa dengan disabilitas intelektual menghadapi berbagai ketimpangan kesehatan dan tantangan untuk mengakses layanan kesehatan. Sedikit yang telah mereka ketahui tentang kesehatan seksual dan cara mengoptimalkan pelayanan kesehatan

reproduksi perempuan (Greenwood dan Wilkinson, 2013). Oleh karena itu, layanan konseling dan informasi mengenai kesehatan reproduksi seharusnya tidak hanya tersedia namun juga dapat diakses serta tetap memperlakukan mereka dengan rasa hormat, memberikan pilihan, dan tanggung jawab (Llewellyn, 2013).

Pembinaan oleh guru di sekolah berpotensi besar untuk mempengaruhi perilaku siswa dan mengurangi serta mencegah dampak kesehatan reproduksi siswa. Menurut Djati (2010) ada tiga strategi untuk menyikapi tantangan tersebut yaitu adanya dukungan keluarga, pemberdayaan diri kelompok penyandang disabilitas, dan memperbanyak publikasi. Salah satunya melalui diskusi dan cara-cara yang efektif untuk diserap informasinya. Hal ini tidak dapat dilakukan guru sendiri dan memerlukan pendekatan multisektoral dari berbagai disiplin ilmu. Oleh karena itu, kerjasama dengan semua unsur terkait dalam pelaksanaannya sangat diperlukan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan salah satu provinsi yang telah menjalankan pendidikan inklusif. Dalam Peraturan Daerah DIY No. 4 tahun 2012 tentang perlindungan dan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas, bagian Kesehatan Reproduksi Pasal 54 juga disebutkan bahwa penyandang disabilitas mempunyai hak dan kesempatan untuk mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi. Kabupaten Sleman adalah salah satu kabupaten di DIY yang memiliki potensi pendidikan yang baik karena 35% perguruan tinggi atau akademik berada di wilayah ini. Di samping itu, Sleman memiliki SLB swasta terbanyak untuk wilayah DIY (25 SLB).

Kondisi kesehatan reproduksi di Sleman cenderung mengkhawatirkan. Hal tersebut dilihat dari jumlah korban kekerasan

seksual terhadap perempuan dan anak pada tahun 2015 mengalami peningkatan lebih dari 100% dibanding tahun 2014 atau dari 51 korban menjadi 116 korban (BPPM, 2016). Tingginya kasus kekerasan seksual disebabkan oleh perkembangan IT yang mudah diakses termasuk pornografi namun tidak diimbangi dengan kematangan psikologis dan religi remaja. Pemicu lainnya adalah lekatnya anggapan masyarakat yang menilai pendidikan kesehatan reproduksi merupakan hal tabu dan bukan sebagai upaya preventif. Dari wawancara di kedua SLB swasta di kabupaten Sleman menunjukkan ada perbedaan upaya dan kendala dalam pendidikan kesehatan reproduksi. Hal ini mendorong peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana peran guru dalam pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswi remaja putri tunagrahita tingkat ringan di SLB Kabupaten Sleman.

SUBJEK DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* jenis *criterion sampling*. Kriteria informan penelitian ini adalah guru SLB yang telah mengikuti pelatihan kesehatan reproduksi dari DIKPORA DIY. Berdasar kriteria yang telah ditentukan, diperoleh tujuh informan guru dari SLB yang berbeda-beda dan lima informan kunci dari DIKPORA DIY, Dinas Kesehatan Sleman dan dua Puskesmas sebagai perwakilan. Teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam, observasi dan kajian dokumen. Teknik analisis data menggunakan model interaktif Miles and Hubberman.

HASIL

1. Faktor Predisposisi Peran Guru

a. Pengetahuan

Informan menyampaikan bahwa perubahan yang dialami remaja tersebut sama se-

perti remaja non difabel. Perbedaan dengan non difabel adalah dalam kemampuan memahami kondisi psikologis yang sedang dialami, sehingga mempengaruhi pengendalian diri dan cara mengekspresikan perasaan tersebut. Kemampuan pengendalian diri terhadap adanya perubahan psikologis dinilai lemah. Menurut pengamatan informan perbedaan pengendalian antara nondifabel dengan tunagrahita adalah adanya rasa malu dan kemampuan memahami konsekuensi perbuatan. Hal tersebut tidak mudah dimiliki remaja tunagrahita karena dipengaruhi oleh faktor kognitif.

Materi yang disampaikan meliputi menstruasi, *personal hygiene*, pengenalan organ reproduksi, perbedaan organ dan fungsi alat reproduksi antara laki-laki dan perempuan, perubahan masa pubertas, pengaruh pubertas dalam pergaulan, proses reproduksi manusia, dan pencegahan pelecehan seksual. Materi yang belum disampaikan adalah mengenai narkoba dan gender.

Terdapat empat informan yang menilai materi KRR tidak tabu dan justru penting diberikan karena perlu diketahui siswa. Sedangkan informan lainnya menilai tabu, salah satu sebabnya adalah karena faktor lingkungan yang menilai seksual reproduksi tidak pantas diajarkan.

b. Norma Subjektif

Norma subjektif terdiri dari aspek internal dan eksternal. Aspek internal tersebut meliputi (1) informan meyakini bahwa materi yang diberikan itu penting dan baik untuk disampaikan; (2) pendidikan kesehatan reproduksi bagi tunagrahita wajib diberikan, (3) persepsi guru tentang tabu atau tidak tabu mengenai materi kesehatan reproduksi, dan (4) informan menilai belum kompeten untuk menyampaikan materi. Sedangkan aspek eksternal yang diyakini oleh informan dalam pemberian pendidikan kesehatan reproduksi meliputi (1) adanya pe-

nilai negatif di masyarakat tentang tunagrahita tidak mempunyai libido, (2) persepsi tabu dari masyarakat, (3) persepsi tabu dari orang tua siswa, (4) persepsi tabu siswa, (5) karakteristik tunagrahita. Penilaian individu ini akan mendorong seseorang untuk bersikap dan sebagai modal dalam niat perilaku.

c. Sikap

Sikap positif guru meliputi adanya rasa kepedulian guru untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi karena materi tersebut dipandang perlu bagi tunagrahita. Guru merasa siswa tunagrahita perlu diberikan pendidikan tersebut lebih dini sebagai upaya preventif. Selain itu tersirat sikap guru tidak setuju akan adanya anggapan keliru orang tua yang menilai jika tunagrahita tidak memiliki libido. Sikap negatif informan meliputi adanya kekhawatiran apabila nantinya dianggap telah mengajarkan hal yang tidak baik ke siswa. Guru juga khawatir apabila siswa tidak memahami secara utuh materi yang diberikan.

Semakin banyak norma subjektif positif yang diyakini individu maka akan berbanding lurus dengan sikap positif yang dimilikinya. Begitu juga sebaliknya dengan norma subjektif negatif. Hal ini akan memberikan kecenderungan untuk pemberian pendidikan kesehatan reproduksi.

d. Pengalaman

Usia termuda adalah 38 tahun dan usia tertua adalah 51 tahun sedangkan rata-rata usia informan adalah 46 tahun. Pendidikan terakhir informan adalah S1 PLB 6 guru (86%) dan S1 PKN 1 guru (14%). Lama bekerja sebagai guru SLB tertua 25 tahun, sedangkan termuda 8 tahun. Sumber informasi informan mengenai pendidikan kesehatan reproduksi diperoleh dari pelatihan kesehatan reproduksi (Binaan Teknis Kesehatan Reproduksi), pengalaman sehari-hari dalam menemui kasus atau masalah, dan

pengalaman pribadi guru ketika masa remaja.

2. Faktor Pemungkin Peran Guru

a. Ruang Konseling dan UKS

Dari ketujuh sekolah SLB yang bisa menunjukkan ruang konseling. SLB lainnya menyebutkan bahwa ruang konseling menjadi satu dengan ruang UKS atau dilakukan di ruang guru. Berdasarkan hasil observasi ke ruang UKS didapatkan semua SLB sudah memiliki ruang UKS, namun di SLB 2, SLB 3, SLB 4 dan SLB 5 fungsinya bukan sebagai UKS melainkan untuk ruang kelas dikarenakan keterbatasan ruangan.

b. Media, Kurikulum dan Bahan Ajar

Terdapat dua media yang disediakan yaitu celemek kesehatan reproduksi dan boneka kesehatan reproduksi keluarga. Dari tujuh SLB hanya SLB 7 yang telah memiliki celemek kesehatan reproduksi, sedangkan boneka kesehatan reproduksi keluarga di DIY baru ada di 3 SLB yang memiliki. Informan lebih menggunakan tubuh sendiri atau gambar dalam buku pelajaran lalu dikaitkan dengan kesehatan reproduksi.

Pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja tunagrahita belum terintegrasi ke dalam kurikulum pendidikan di bangku sekolah. Dalam pelaksanaannya guru memberikan secara tidak terstruktur pada mata pelajaran tertentu sekiranya relevan dengan tema. Bahan ajar semacam modul untuk pedoman memberikan pendidikan kesehatan reproduksi belum dimiliki guru. Mereka menggunakan pengalaman individu dan bahan dari pelatihan.

3. Faktor Pendorong Peran Guru

Faktor-faktor yang menjadi pendorong guru dalam pemberian pendidikan KRR bagi siswa remaja tunagrahita ringan meliputi (a) adanya Surat Keputusan Bersama (SKB) Empat Menteri tentang Pembinaan dan Pengembangan UKS; (b) pembinaan dan pelatihan guru tentang kesehatan reproduksi

dan UKS untuk memenuhi SDM yang baik dan mencukupi kebutuhan; (c) belum adanya kebijakan internalisasi kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum; (d) kontribusi Puskesmas dalam pendidikan kesehatan reproduksi belum merata; dan (e) dukungan dari kepala sekolah dan rekan sesama guru.

4. Kendala Guru dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Kendaladari guru sendiri adalah (a) keterbatasan jumlah SDM yang telah mendapat pelatihan dan mampu memberikan materi KRR; (b) kesulitan guru dalam menyampaikan materi dengan bahasa yang sesuai dengan anak tunagrahita; (c) pemilihan pendekatan atau strategi dikarenakan dalam satu rombongan kelas terdiri dari latar belakang usia dan level ketunaan yang berbeda; (d) pengetahuan dan kolaborasi dengan orang tua masih rendah mengenai KRR; dan (e) pandangan masyarakat (sosial budaya) yang menilai tabu mengenai pendidikan KRR.

Kendala dari eksternal guru yaitu: (a) belum tersedianya tenaga kesehatan di SLB seperti dokter maupun psikolog untuk mendeteksi permasalahan kesehatan; (b) mekanisme koordinasi dengan Puskesmas masih sebatas pemeriksaan kesehatan gigi dan BIAS, untuk penanganan KRR belum; serta (c) perhatian dari dinas kesehatan dan puskesmas masih rendah dalam pendidikan KRR.

PEMBAHASAN

1. Faktor Predisposisi Peran Guru

a. Pengetahuan

Pemahaman guru mengenai perubahan-perubahan yang terjadi pada remaja putri tunagrahita dikalangan guru sudah bagus. Guru mampu menjelaskan perubahan fisik dan psikologis yang dialami oleh remaja tunagrahita. Informan menyampaikan bahwa perubahan fisik yang mendasar dialami

remaja putri adalah adanya menstruasi lalu diikuti perubahan sekunder seperti pertumbuhan rambut di area ketiak maupun kewanitaan, muncul jerawat, dan pertumbuhan payudara. Menurut guru perubahan fisik terutama pengalaman menstruasi pada tunagrahita baik level berat dikatakan sama seperti nondifabel. Namun informan menyampaikan bahwa ada perbedaan pertumbuhan pada tunagrahita level berat. Secara detail guru tidak menjelaskan perbedaannya.

Pernyataan guru di atas diperkuat oleh adanya hasil-hasil penelitian yakni sebagian besar wanita muda dengan kesulitan belajar berat berada di jalur perkembangan yang normal, hal ini menurut Mel McMahan *et al* (2008 dalam Yaacob *et al*, 2012). Sedangkan untuk pengalaman fisik, emosional, psikologis, dan perubahan perilaku selama fase pramenstruasi, wanita dengan cacat intelektual sama seperti wanita tanpa cacat intelektual (Lumbantobing, 2001).

Berdasarkan informasi di atas berarti secara fisik dan psikologis pada remaja tunagrahita adalah sama seperti remaja yang tidak mengalami difabel. Namun pada level berat secara fisik berbeda dengan nondifabel karena ada keterlambatan 3-4 tahun untuk menarchenya sehingga perubahan pubertas sekunder pun akan ikut terlambat.

Berkaitan perubahan psikologis yang dialami tunagrahita adalah adanya ketertarikan dengan lawan jenis. Secara umum remaja tunagrahita mengalami perubahan-perubahan tersebut sama halnya dengan remaja nondifabel. Namun pengendalian terhadap pelampiasan rasa ketertarikan itu dianggap guru paling sulit dilakukan oleh tunagrahita. Tunagrahita di samping pengetahuannya kurang, mereka juga kurang mampu membedakan antara yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Hal tersebut di-

sebabkan karena kemampuan kognitif yang terbatas untuk menganalisis informasi.

Hasil penelitian Swanson (2015) menyebutkan bahwa individu dengan kecacatan intelektual seperti pada tunagrahita terkendala pada kapasitas *working memory* otak.

Pemahaman guru mengenai tujuan pendidikan kesehatan reproduksi bervariasi dari: memberikan pengetahuan dan membangun kesadaran pentingnya kesehatan reproduksi, melatih kebiasaan sehat, agar bisa menjaga kesehatan reproduksi, melatih kemandirian, dan memiliki pergaulan sehat. Pada prinsipnya tujuan informan tersebut adalah untuk membekali remaja secara komprehensif tentang pengetahuan, keterampilan, dipadukan dengan nilai-nilai terkait dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi. Selain itu siswa agar dapat mengambil keputusan yang tepat dan bertanggung jawab terkait dengan kehidupan seksual dan sosialnya. Pernyataan di atas sesuai dengan tujuan dari ICPD (1994) yakni memungkinkan remaja untuk dapat berperilaku seksualitas dengan cara yang positif dan bertanggung jawab.

Materi yang belum disampaikan adalah gender, hak asasi manusia, HIV/AIDS, dan Narkoba. Permasalahan guru adalah faktor ketidakmampuan siswa dalam menangkap materi, strategi pemberian yang selanjutnya dibenahi, alternatif kolaborasi dengan orang tua bisa menjadi pertimbangan. Atau apabila permasalahan guru adalah kendala penguasaan materi maka guru bisa meningkatkan kapasitas materinya atau bekerja sama dengan pihak Puskesmas atau swasta sesuai dengan keparan materi.

Pandangan tabu adalah perspektif guru yang merasa kikuk atau kurang lazim untuk menyampaikan materi kesehatan reproduksi. Tidak semua informan berang-

gapan materi ini adalah hal tabu. Anggapan tabu tersebut lebih cenderung pada tema pengenalan organ reproduksi dan proses reproduksi manusia. Guru takut menyampaikan karena di lingkungan guru maupun masyarakat umum menilai materi tersebut adalah hal "saru" sehingga kurang pantas untuk disampaikan. Hal ini didukung oleh penelitian Kusumaningrum dan Tanjung AI (2012) yakni faktor tabu menjadi masalah sosial yang mempengaruhi perilaku pemberian pendidikan kesehatan reproduksi.

b. Norma Subjektif

Norma subjektif informan terhadap pendidikan kesehatan reproduksi dipisahkan antara norma subjektif internal dan norma subjektif eksternal. Norma subjektif internal meliputi keyakinan materi tersebut penting dan baik, kewajiban guru untuk menyampaikan, penilaian tabu atau tidak tabu, dan keyakinan penguasaan materi untuk menyampaikan. Sedangkan norma subjektif eksternal adalah faktor di luar guru akan adanya anggapan tunagrahita tidak mempunyai libido padahal ada, serta persepsi tabu dari masyarakat baik sesama guru, orang tua dan siswa. Adapun yang sering menjadi anggapan adalah faktor tabu.

Tabu atau tidaknya materi kesehatan reproduksi juga dipengaruhi oleh pengetahuan, pengalaman dan lingkungan dalam hal ini latar belakang budaya sehingga membentuk norma subjektif seseorang. Dalam TRA menurut Martin Fishbein dan Icek Ajzen (1980 dalam Priyoto, 2014) menyebutkan bahwa norma subjektif akan mendorong seseorang untuk dapat menerima perilaku tertentu. Oleh karena itu, ketika norma subjektif informan itu cenderung mendorong ke pemberian pendidikan kesehatan reproduksi maka tidak menutup kemungkinan informan akan mengikutinya.

c. Sikap

Sikap guru terhadap pendidikan kesehatan reproduksi tidak terlepas dari konsep norma subjektif yang dibangun pada individu. Dalam penelitian ini sikap informan di kategorikan menjadi sikap positif dan negatif. Sikap positif meliputi kesadaran guru akan kebutuhan tunagrahita untuk mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi. Guru merasa siswa tunagrahita perlu diberikan pendidikan tersebut lebih dini sebagai upaya preventif. Selain itu tersirat sikap guru tidak setuju akan adanya anggapan keliru orang tua yang menganggap jika tunagrahita tidak memiliki libido. Sikap positif lainnya adalah adanya kepedulian guru untuk membantu siswa tunagrahita. Sikap negatif informan meliputi merasa khawatir apabila nantinya dianggap telah mengajarkan hal yang tidak baik ke siswa. Kekhawatiran yang lain adalah apabila nanti siswa tidak tuntas dalam memahami maka justru melakukan hal yang tidak seharusnya.

Semakin banyak norma subjektif positif yang diyakini informan maka akan berbanding lurus dengan sikap positif yang dimilikinya. Begitu juga sebaliknya dengan norma subjektif negatif. Akhirnya akan melahirkan kecenderungan untuk bertindak dalam mendukung pemberian pendidikan kesehatan reproduksi. Menurut Azwar (2005) apabila individu memiliki sikap yang positif terhadap suatu obyek, ia akan siap membantu, memperhatikan, berbuat sesuatu yang menguntungkan obyek itu. Sebaliknya, bila ia memiliki sikap yang negatif terhadap suatu obyek, maka dia akan mengecam, mencela, menyerang, bahkan membinasakan obyek itu.

d. Pengalaman

Pengalaman informan meliputi usia, pendidikan terakhir, lama bekerja, dan sumber informasi kesehatan reproduksi yang didapat dalam hal ini juga termasuk Bimbingan Teknis kesehatan reproduksi. Dari

segi usia rata-rata berusia 46 tahun, pendidikan terakhir semua informan telah menempuh jenjang S1, sedangkan lama bekerja bervariasi dari 8 tahun hingga 25 tahun. Semua informan juga telah mengikuti pembinaan teknis kesehatan reproduksi dari DIKPORA DIY. Pengalaman yang dimiliki informan tersebut bisa dikatakan sudah baik, namun pengalaman ketika mereka mengalami fase remaja tidak peneliti kaji.

Penelitian Timmerman (2009) mengatakan bahwa keyakinan pribadi dan pengalaman pribadi guru pendidikan kesehatan reproduksi juga mempengaruhi praktik mengajar pendidikan seks mereka. Pengalaman yang terkait hal ini seperti bagaimana dulu guru mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi, apakah dari sekolah, guru, pendidikan di keluarga atau melalui pelatihan.

2. Faktor Pemungkin Peran Guru

Semua sekolah memiliki ruang UKS, namun program UKS belum berjalan, fasilitas ruangan UKS belum memadai, ketersediaan ruangan berfungsi ganda untuk ruang kelas dan belum tersedianya SDM yang memadai. Ruang konseling secara khusus baru tersedia di satu sekolah saja. Materi kesehatan reproduksi memang belum diintegrasikan ke dalam mata pelajaran tertentu baik secara dokumen pembelajaran maupun aplikasi di kelas.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita tidak hanya bergantung pada guru saja, melainkan juga bagaimana kontribusi sekolah dan pemerintah setempat untuk penyediaan dan peningkatan kualitas SDM, fasilitas dan peralatan penunjang serta kurikulum yang diharapkan. Disamping itu penyedia layanan kesehatan juga bisa memberikan kontribusi dalam pembinaan program UKS di SLB. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian yakni orang tua, sekolah dan penye-

dia layanan kesehatan mempunyai peranan penting dalam pemberian informasi kesehatan reproduksi serta jasa untuk mempromosikan sehat seksual dan kehidupan reproduksi (Mustapaa *et al.*, 2015).

3. Faktor Pendorong Peran Guru

Faktor pendorong peran guru dan pendidikan kesehatan reproduksi dari DIKPORA DIY sudah bagus namun dari Dinas Kesehatan maupun Puskesmas masih kurang. Selain itu dorongan sekolah masih kurang, seperti upaya penggalangan kemitraan dengan berbagai sektor terkait belum terjalin.

Oleh sebab itu, Kementerian Kesehatan RI (2011) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan akan berjalan baik apabila melibatkan pihak sekolah, keluarga dan masyarakat. Pihak-pihak tersebut harus diberi bimbingan secara khusus agar mampu melakukan tindakan sederhana dan bermanfaat sesuai kondisi dan kebutuhan tunagrahita.

4. Kendala Guru dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Kendala guru dalam pendidikan kesehatan reproduksi dapat diuraikan dari a) kualitas dan ketersediaan guru yang mampu memberikan materi kesehatan reproduksi dan menjalankan program UKS masih kurang; b) terbatasnya ketersediaan media yang representatif untuk proses pendidikan kesehatan reproduksi; c) belum berjalannya program UKS di SLB bagi siswa tunagrahita; d) ketersediaan sarana prasarana UKS yang mendukung program masih kurang; e) belum ada pedoman khusus untuk pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja tunagrahita di SLB; f) rendahnya perhatian pemerintah daerah kabupaten terhadap pelayanan kesehatan reproduksi siswa tunagrahita di SLB; g) kerja sama lintas sektoral dalam menangani kesehatan reproduksi remaja tunagrahita di SLB

masih belum terjalin dengan baik termasuk pelaksanaan UKS; h) tingkat pengetahuan orang tua yang kurang mengenai pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja tunagrahita.

Beberapa studi mengungkapkan bahwa remaja penyandang cacat kekurangan akses informasi kesehatan seksual. Kurangnya akses terhadap informasi dan miskin pengetahuan kesehatan seksual pengetahuan kesehatan di kalangan remaja ini dapat dikaitkan dengan rendahnya kapasitas guru dan orang tua untuk mengajar pendidikan seksualitas, tidak adanya kurikulum yang relevan, bahan ajar dan sumber daya lain yang dapat meningkatkan pengajaran dan pembelajaran yang efektif pendidikan seksualitas (Oladunni, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar (2005). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Greenwood NW, Wilkinson J (2013). Review Article Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective. *Hindawi Publishing Corporation International Journal of Family Medicine* 6(4):2472.
- Guttmacher Institute (2008). *Dalam Kesimpulan, Aborsi di Indonesia*. New York: Guttmacher Instituit.
- _____ (2012). *In Brief, Facts on Abortion in Asia*. New York: Guttmacher Institute.
- International Planned and Parenthood and Federation (2012). *Young People's Rights*. www.ippf.org. Diakses pada 20 Januari 2015.
- _____ (2013). *Annual Performance Report 2013-2014*. www.ippf.org. Diakses pada 20 Januari 2015.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia(2010). Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.
- _____ (2010). Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniasari TW, Propiona J, Marzuki MA(2011). Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Pendidikan dan Kesehatan bagi Anak Penyandang Disabilitas. Jakarta:LIPI.
- Kusumaningrum, Tanjung AI(2012). Perilaku Ibu Terhadap Pemberian Pemahaman Kesehatan Reproduksi Pada Anak Tuna Grahita. Prosiding Seminar Nasional Dalam Rangka Dies Natalis UNDIP Ke-55 World Fit With Children. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, 6 Oktober 2012, Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Llewellyn G. (2013). Parents With Intellectual Disability and Their Children: Advances in Policy and Practice. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 10(2): 82–85.
- Lumbantobing(2006). Anak dengan Mental Terbelakang. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Oladunni, Taiwo M(2012). Access to Sexuality Information among Adolescents with Disability. *Life Psychologia*.
- Priyoto. (2014). Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Swanson H, Lee(2015). Intelligence, Working Memory, and Learning Disabilities. *Cognition, Intelligence, and Achievement*:175-196.
- Timmerman Greetje(2009). Teaching Skills and Personal Characteristics of Sex Education Teachers. *Teaching and Teacher Education* 25. Elsevier: 500–506.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention On The Right Of Persons With Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas).
- World Health Organization(2011). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed. Geneva: WHO.
- Yaacob N, Nasira NM, Jalila SN, Ahmada R, Raidah NA, Rahima, Yusofa ANM (2012). Parents or Caregivers' Perception on Menstrual Care in Individuals with Down Syndrome. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. Elsevier36: 128–136.