

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN GURU DENGAN PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI SISWA REMAJA TUNAGRAHITA RINGAN DI BAKTI SIWI DAN SLB WIYATA DHARMA II TAHUN 2017

Putri Rahmasari

Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Email: putrialzam@gmail.com

Abstrak

Akses informasi kesehatan reproduksi bagi siswi remaja tunagrahita masih rendah. Hal tersebut disebabkan kurangnya kompetensi dan kapasitas guru untuk memberikan bimbingan mengenai seksualitas. Penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan guru dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswa remaja tunagrahita ringan di SLB Bakti Siwi dan Wiyata Dharma II. Jenis penelitian adalah observasional analitik melalui pendekatan *cross sectional* dengan 30 guru sebagai responden. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada **hubungan antara tingkat pengetahuan guru dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswa remaja tunagrahita ringan (p value 0,894 ($p>0,05$))**. Pandangan tabu, pengalaman diri dan kemampuan komunikasi efektif memainkan pengaruh ke peran guru dalam pemberian pendidikan kesehatan reproduksi. Alternatif untuk meningkatkan kemampuan dan kapasitas guru adalah bisa melalui kolaborasi dengan orang tua siswa, kerja sama dengan pihak Puskesmas atau swasta sesuai dengan spesifikasi materi.

Kata Kunci : Tingkat Pengetahuan, Guru, Pemberian Pendidikan Kesehatan Reproduksi, Siswa Remaja Tunagrahita

Pendahuluan.Hak-hak seksual adalah hak asasi manusia yang berhubungan dengan seksualitas. Semua remaja berhak untuk mendapatkannya tetapi hal ini sering kali dipungkiri dan diabaikan (*International Planned and Parenthood and Federation/IPPF*, 2012). Menurut *World Health Statistics 2013* (*World Health Organization/WHO*, 2013) sekitar 16 juta remaja putri antara 15 tahun dan 19 tahun melahirkan 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. Komplikasi kehamilan dan persalinan adalah penyebab utama kematian di kalangan remaja putri di kelompok usia remaja.

Berdasarkan kajian Riskesdas (2010) mengenai perilaku seksual pada remaja (10-24 tahun) yang berstatus belum menikah didapatkan pada laki-laki 3,0% dan perempuan 1,1% menjawab pernah berhubungan seksual. Lebih lanjut dapat diketahui

bahwa rentang usia 8-24 tahun umur pertama berhubungan seksual sudah terjadi pada usia yang sangat muda yaitu 8 tahun, paling tinggi di usia 19 tahun untuk perempuan (14,3%) dan 20 tahun untuk laki-laki (18,4%).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2010) persentase kehamilan pada tahun 2010 berdasarkan usia didapatkan rentang usia 10-14 tahun sebanyak 7,4% dan usia 15-19 tahun sebanyak 15,8%. Usia tersebut merupakan faktor yang mempengaruhi status kesehatan ibu sendiri maupun janinnya. Dalam rangka menyelamatkan 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan), perlu ada kebijakan untuk mencegah usia muda menikah, remaja putri calon pengantin harus sehat dan status gizi baik, tidak kurus dan tidak anemia atau kekurangan gizi lainnya (Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2013).

Bentuk-bentuk masalah kesehatan reproduksi lainnya adalah kekerasan terhadap perempuan. Kekerasan terhadap perempuan di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dari tahun ke tahun terus meningkat. Sebagian besar kekerasan tersebut merupakan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dan korban

kekerasan 87% dialami perempuan (Budi, 2013).

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. Tanpa mengenal organ kesehatan reproduksi dengan baik maka dikhawatirkan dapat berakibat pada kualitas kehidupannya termasuk kasus kekerasan seksual (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2010).

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 kurang jelasnya informasi kesehatan, pendidikan dan pelayanan mengenai seksual dan kesehatan reproduksi bagi

kaum penyandang disabilitas (IPPF, 2013).

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 (UU RI Nomor 19 Tahun 2011). Sebagai negara penandatanganan konvensi, Indonesia memiliki komitmen untuk meratifikasi Konvensi

tersebut. Pemerintah Indonesia telah menerbitkan berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan terhadap penyandang disabilitas, di antaranya adalah Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat, Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang RI Nomor 19 Tahun 2011 tentang Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Cacat.

Berbagai peraturan perundang-undangan 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 24,45% (361.860 anak) usia 0-18 tahun dan 21,42% (317.016 anak) usia sekolah (5-18 tahun). Sekitar 66.610 anak usia sekolah tersebut (14,4% dari total) terdaftar di Sekolah Luar Biasa (SLB). Ini berarti masih 295.250 anak (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).

Penyandang disabilitas dapat digolongkan menjadi beberapa kelompok antara lain: tunanetra, tunarungu/tunawicara, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, *Attention Deficit and Hyperactivity Disorder* (ADHD), autisme dan tunaganda, yang masing-masing memiliki karakteristik, serta penanganan dan pelayanan yang berbeda (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Penelitian Kurniasari *et al.* (2011) menyatakan bahwa banyak penyandang disabilitas belum secara optimal dapat mengakses pelayanan pendidikan dan pelayanan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi.

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).

Oladunni (2012) mengungkapkan bahwa 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).

Sementara itu, Oladunni (2012) menilai pengetahuan dan keterampilan orang tua dan guru untuk memberikan informasi dan bimbingan mengenai hal-hal seksualitas masih kurang. Guru di sekolah khusus tidak memiliki pengetahuan dan kompetensi yang dibutuhkan untuk memberikan pendidikan seksualitas. Sementara itu Greenwood dan Wilkinson (2013) beranggapan orang dewasa dengan disabilitas intelektual sedikit

mengetahui tentang kesehatan seksual dan cara mengoptimalkan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Hal ini karena mereka menghadapi hambatan dalam perawatan, termasuk kurangnya pelatihan dan pengalaman penyedia layanan.

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.

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud) telah mengupayakan pedoman pendidikan kesehatan reproduksi bagi penyandang tunagrahita. Tujuan adalah untuk memberikan akses informasi mengenai kesehatan reproduksi bagi peserta didik tunagrahita. Tahun 2014 Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga

(Dikpora) Yogyakarta telah mengadakan pelatihan kesehatan reproduksi bagi perwakilan guru SLB. Hal ini untuk meningkatkan kemampuan guru dalam memberikan informasi dan bimbingan mengenai kesehatan reproduksi. Mereka dilatih tentang pendidikan kesehatan reproduksi yang dikaitkan dari sisi kesehatan, agama, dan psikologis.

Kabupaten Sleman sebagai salah satu kabupaten di Yogyakarta menjalankan pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana dengan kontribusi 25 Puskesmas. Bentuk kegiatannya terintegrasi Puskesmas Ramah Remaja di antaranya adalah pembentukan kader sebaya, konseling remaja oleh psikolog, penyuluhan dan pembinaan langsung ke sasaran. Akan tetapi penyuluhan dan pendidikan kesehatan reproduksi di SLB belum sepenuhnya terimplementasi.

Pada tanggal 17 Oktober 2016 peneliti melakukan wawancara dengan pihak Kepala Sekolah SLB Bakti Siwi dan Wiyata Dharma 2 Sleman. Menurut kepala sekolah, ada beberapa perilaku berisiko yang dilakukan siswanya, misalnya berpacaran (berciuman, meraba bagian pribadi) dan kurangnya kebersihan saat menstruasi. Di sekolah guru telah

memberikan pendidikan kesehatan reproduksi mengenai cara membersihkan organ intim, penggunaan pembalut dan pergaulan namun masih sebatas pengetahuan umum. Dari 7 guru menyampaikan bahwa masih merasa belum sepenuhnya menguasai dan merasa tabu dalam menyampaikan materi kesehatan reproduksi.

Berdasarkan data di atas peneliti tertarik untuk mengkaji hubungan tingkat pengetahuan guru dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswa remaja tunagrahita ringan di SLB Bakti Siwi dan Wiyata Dharma II Sleman.

Metode Penelitian. Penelitian menggunakan *observationanl analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 30 guru.

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Uji validitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan reliabilitas menggunakan *Alfa Cronbach*. Uji validitas dilakukan di SLB Rela Bakti Sleman pada 20 guru sesuai kriteria penelitian. Pengambilan data untuk uji

validitas dilakukan pada 13 Desember 2016. Analisa data univariat dilakukan untuk melihat persentase variabel dan analisa bivariat menggunakan uji chi-kuadrat (*chi-square*) dengan menggunakan sistem komputerisasi.

Hasil Dan Pembahasan

Tabel 1 Karakteristik Responden Guru SLB Bakti Siwi dan Wiyata Dharma II Sleman

No.	Kriteria	F	%
1	Tingkat Pendidikan		
	S1	29	97
	S2	1	3
2	Jenis Kelamin		
	Perempuan	22	73
	Laki-laki	8	27
3	Agama		
	Islam	29	97
	Katholik	1	3
4	Usia ibu		
	20-30 tahun	6	20
	31-40 tahun	5	17
	41-50 tahun	8	27
5	51-60 tahun	11	37
	Lama Kerja		
	0-10 tahun	11	37
	11-20 tahun	21	33
	21-30 tahun	9	30

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan 73% responden berjenis kelamin perempuan, 97% memiliki tingkat pendidikan S1, 97% beragama Islam, 90% sudah menikah, 37% berusia rentang 51-60 tahun, dan 37% dengan lama kerja 0-10 tahun.

Tabel 2 Tingkat Pengetahuan Guru tentang Kesehatan Reproduksi Remaja di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II Tahun 2017 (n: 30 responden)

Tingkat Pengetahuan	F	%
Baik	27	90
Buruk	3	10

Berdasarkan Tabel 2 tingkat pengetahuan guru tentang kesehatan reproduksi remaja di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II tahun 2017 dengan jumlah responden 30 guru didapatkan 90 % dengan kategori baik dan 10% dengan kategori buruk.

Berdasar analisis butir soal didapatkan bahwa beberapa soal dengan ratio kurang dari 0.50 yakni item pertanyaan tema perubahan fisik dan psikologis remaja, alat reproduksi, personal hygiene organ reproduksi serta siklus menstruasi.

Berdasar penelitian Rahmasari (2016) pemahaman guru mengenai perubahan pubertas yang terjadi pada remaja tunagrahita itu sama seperti nondifabel. Namun ada perbedaan pertumbuhan pada tunagrahita level berat.

Hal ini 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 McMahon *et al.* (2008, *cit. 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).

Goldstein *et al.* (1988, *cit. Yaacob et al., 2012*) menyampaikan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik dalam menarche, durasi perdarahan, dan siklus panjang antara kelompok remaja dengan sindrom Down dan 33 kontrol perempuan. Namun menurut Salerno *et al.* (1975, *cit. Yaacob et al., 2012*) secara pertumbuhan ada penundaan 3-4 tahun pada individu dalam kelompok otak yang rusak dan keterbelakangan, hal ini disebabkan keterlambatan *menarche* dua atau tiga tahun dibandingkan dengan usia normalnya.

Berdasarkan informasi di atas 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 *menarche*-nya 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 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 disebabkan 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. *Working memory* atau memori kerja berfungsi untuk memperbarui informasi dan juga mengubah informasi yang diterima otak. Dalam beberapa penelitian yang dilakukan oleh para ahli kognitif, terdapat hubungan yang cukup besar antara memori kerja dengan kemampuan kognitif seseorang. Jika seseorang yang memiliki kerja yang baik dan maksimal, maka tentu orang tersebut memiliki kemampuan kognitif yang baik dan di atas rata-rata. Apabila kemampuan menyimpan informasi yang dilakukan oleh memori kerja itu baik, maka memungkinkan informasi tersebut masuk ke dalam memori jangka panjang.

Oleh karena itu, kemampuan memahami dan mengendalikan perubahan masa pubertas yang dialami remaja tunagrahita dipengaruhi oleh level kognitif individu. Namun tidak bisa terlepas dari ketergantungan mereka pada dukungan lingkungan dalam bentuk arahan dan pengawasan. Selain itu, sebagai guru atau orang tua bisa memberikan informasi atau materi kesehatan reproduksi kepada tunagrahita secara sederhana sehingga kapasitas *working memory* tidak ditempatkan pada tuntutan yang berat.

Guru masih lemah untuk pemahaman materi proses reproduksi manusia guru masih. Hal ini bisa disebabkan karena kurangnya penguasaan materi dan faktor lingkungan yang menganggap tabu. Padahal pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja di antaranya yakni: 1) pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja), 2) pendewasaan usia menikah, 3) penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya, 4) bahaya penggunaan obat-obatan/narkoba pada kesehatan reproduksi, 5) pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual, 6) kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya, 7) kemampuan berkomunikasi dan

kepercayaan diri agar mampu menangkai hal-hal yang bersifat negatif, dan 8) hak-hak reproduksi (BKKBN dan UNESCO, 2012).

Tabel 3 Pemberian Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II Tahun 2017 (n: 30 responden)

Pemberian	F	%
Diberikan	21	70
Tidak Diberikan	9	30

Berdasarkan Tabel 3 pemberian pendidikan kesehatan reproduksi remaja di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II 70 % dengan kategori telah diberikan dan 30% tidak diberikan. Berdasar analisis item pernyataan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II tahun 2017 didapatkan bahwa id soal terdapat pernyataan dengan ratio kurang dari dan sama dengan 0.50. Item pertanyaan ini membahas tentang tema narkoba, IMS dan HIV/AIDS, proses kehamilan, pergaulan, dan organ reproduksi. Sedangkan ratio terendah tentang waktu tepat berhubungan seksual.

Berdasarkan uraian di atas bisa diartikan bahwa belum semua materi kesehatan reproduksi remaja disampaikan ke siswa tunagrahita. Permasalahan guru adalah faktor ketidakmampuan siswa dalam menangkap materi, strategi pemberian yang belum mempertimbangkan karakteristik tunagrahita, belum tersedianya buku panduan PKR dan rendahnya upaya kolaborasi dengan orang tua (Rahmasari, 2016).

Alternatif untuk meningkatkan kapasitas guru adalah bisa melalui kerja sama dengan pihak Puskesmas atau swasta sesuai dengan spesifikasi materi. Kesesuaian materi modul tunarungu dengan tunagrahita beserta urutan materi juga perlu dirumuskan bersama dengan pemerintah untuk memudahkan guru dalam implementasi di sekolah.

Hal di atas sejalan dengan penelitian Chandra-Mouli *et al.* (2015) yang menyampaikan bahwa pendidikan seksual reproduksi adalah tidak hanya untuk menghubungkan penyediaan pendidikan seksualitas dan pelayanannya; namun juga untuk membangun kesadaran, penerimaan, dan dukungan untuk pendidikan dan layanan kesehatan reproduksi seksual ramah remaja serta untuk mengatasi ketidaksetaraan gender dalam hal

keyakinan, sikap, dan norma. Menurut Chandra-Mouli *et al.* (2015) terdapat banyak kesenjangan pengetahuan, dan juga perlunya kajian lebih lanjut tentang bagaimana desain paket intervensi yang efektif untuk remaja.

Materi yang belum disampaikan adalah proses reproduksi, gender, hak asasi manusia, HIV/AIDS, dan Narkoba. Guru beranggapan materi tersebut kurang bisa diterima oleh level kognitif tunagrahita. Berdasar Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di SLB (2011) materi kesehatan reproduksi remaja meliputi pendidikan kesehatan reproduksi remaja, pertumbuhan dan perkembangan remaja, pendidikan seks pranikah bagi remaja, Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), dan isu gender dalam kesehatan reproduksi remaja. Di samping materi tersebut juga ada materi kebersihan alat reproduksi, gizi seimbang, kesehatan gigi, infeksi menular seksual, NAPZA/Narkoba dan lain-lain.

Tabel 4 Hubungan Tingkat Pengetahuan Guru dengan Pemberian Pendidikan Kesehatan Reproduksi Bagi Siswa Remaja Tunagrahita Ringan di SLB Bakti Siwi dan SLB Wiyata Dharma II Tahun 2017

Tingkat Pengetahuan	Pemberian PKR		Sig.(2-tailed)
	Diberikan	Tidak Diberikan	
n	F %	f %	
Baik	19	63	0.894
Buruk	2	7	
	21	70	

Baik	19	63	8	27	0.894
Buruk	2	7	1	3	
	21	70	9	30	

Berdasarkan Tabel 4 didapatkan bahwa terlihat 63% responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan memberikan PKR sedangkan 27% responden lainnya memiliki pengetahuan baik dan tidak memberikan PKR.

Berdasarkan uraian di atas terdapat faktor lain yang mempengaruhi pemberian PKR selain tingkat pengetahuan. Hal ini seperti norma subjektif guru dan sikap yang mendasari perilaku.

Menurut Rahmasari (2016) norma subjektif dalam PKR guru SLB 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) guru menilai belum kompeten untuk menyampaikan materi. Sedangkan aspek eksternal yang diyakini dalam pemberian pendidikan kesehatan reproduksi meliputi (1) adanya penilaian 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.

Sedangkan sikap dapat dibedakan menjadi sikap positif dan negatif. Sikap positif guru meliputi adanya rasa kepedulian guru untuk memberikan PKR 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 guru 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.

Simpulan Dan Saran. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan guru dengan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi bagi siswa remaja tunagrahita ringan (p value 0,894 ($p > 0,05$)).

Pandangan tabu, pengalaman diri dan kemampuan komunikasi efektif memainkan pengaruh ke peran guru dalam pemberian pendidikan kesehatan reproduksi. Alternatif untuk meningkatkan kemampuan dan kapasitas guru adalah bisa melalui kolaborasi dengan orang tua siswa, kerja sama dengan pihak Puskesmas atau swasta sesuai dengan spesifikasi materi.

Daftar Pustaka

- BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana) dan UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). (2012). *Bimbingan Teknis Kesehatan reproduksi dan Seksualitas yang Komprehensif*. Jakarta: BKKBN dan UNESCO.
- Budi, I. 01 Februari, (2013). *Kekerasan Terhadap Perempuan di DIY Alami Peningkatan*. Republika.

- Chandra-Mouli, V., Svanemyr J., Amin, A., Fogstad, H., Say, L., Girard, F., and Temmerman, M. (2015). Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?. *Journal of Adolescent Health* 56 (2015) S1eS6.
- Greenwood, N.W. & 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*, Volume 2013, Article ID 642472.
- IPPF (*International Planned and Parenthood and Federation*). (2012). *Young People's Rights*. (Online) (<http://www.ippf.org>, diakses 20 Januari 2015).
- _____. (2013). *Annual Performance Report 2013-2014*. (Online) (<http://www.ippf.org/resource/Annual-Performance-Report-2013-14>, diakses 20 Januari 2015).
- Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI.
- _____. (2011). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB) bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta : Direktorat Bina Kesehatan Anak Kementerian Kesehatan RI.
- Kementeriaan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2010). *Wanita Perlu Paham Kesehatan Reproduksi*. (Online) (<http://www.kemenpppa.go.id>, diakses pada Jumat, 29 Oktober 2010 17:00).
- Kurniasari, T.W., Propiona, J., & Marzuki, M.A. (2011). *Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia: Hak Pendidikan dan Kesehatan bagi Anak Penyandang Disabilitas*. Jakarta: LIPI.
- Kusumaningrum, Tanjung A.I. (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*, Volume 10, Number 2, pp 82–85.
- Lumbantobing. (2006). *Anak dengan Mental Terbelakang*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Oladunni, Taiwo M. (2012). *Access to Sexuality Information among Adolescents with Disability*. *Ife Psychologia*, 20(2), September, 2012.
- Rahmasari, P. (2016). *Peran Guru Dalam Pendidikan Kesehatan Reproduksi Bagi Siswi Remaja Tunagrahita Ringan Di Sekolah Luar Biasa (SLB) Sleman Yogyakarta*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Swanson, H. Lee. (2015). Intelligence, Working Memory, and Learning Disabilities. *Cognition, Intelligence, and Achievement*, 2015, Pages 175-196.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 tentang*

*Pengesahan Convention On
The Right Of Persons With
Disabilities (Konvensi
Mengenai Hak-Hak
Penyandang Disabilitas).*

WHO. (2013). *World Health Statistics*
2013. Geneva: WHO.

Yaacob, N., Nasira, N.M., Jalila, S. N.,
Ahmada, R., Raidah, N.A.,
Rahima, Yusofa, A.N.M. &
Ghanib, A.A.A. (2012). Parents
or Caregivers' Perception on
Menstrual Care in Individuals
with Down Syndrome.
*Procedia - Social and
Behavioral Sciences* 36 (2012)
128 – 136. 2012 Published by
Elsevier.

