

BAB II LANDASAN TEORI

Bagian ini membahas tentang konsep-konsep dan teori-teori yang berhubungan dengan pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sekolah dari berbagai literatur. Konsep dan teori tersebut akan menjadi dasar rujukan dalam analisa penelitian ini. Konsep-konsep dan teori-teori yang akan diuraikan adalah remaja dan perkembangannya sebagai konteks umum dalam penelitian ini, pendidikan kesehatan sebagai kerangka konteks penelitian dan pendidikan kesehatan reproduksi remaja.

A. Evaluasi Program

Program pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) merupakan salah satu upaya untuk memberikan informasi kepada remaja tentang perkembangan seksualitas dan reproduksinya secara sehat baik itu fisik, psikologis, maupun sosial. Program ini juga merupakan upaya pencegahan bagi timbulnya masalah-masalah seksualitas remaja seperti kehamilan tidak dikehendaki (KTD), penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Dikarenakan berbagai alasan, seperti banyaknya sasaran yang dapat dijangkau dan suasana lingkungan yang kondusif bagi proses pendidikan, maka sekolah dianggap sebagai seting yang tepat bagi program pendidikan KRR.

Dalam konteks pendidikan kesehatan, suatu intervensi pendidikan kesehatan pada seting sekolah tidak dapat mengabaikan subsistem-subsistem di sekolah, karena bagaimanapun juga, sekolah juga merupakan sebuah organisme

sosial. Demikian pula dengan pelaksanaan pendidikan KRR di SMA Muhammadiyah 2 Yogyakarta (MUHA), yang diberi nama dengan kegiatan penyuluhan dan konseling KRR. Upaya BK sebagai pihak yang menyadari pentingnya program-program pencegahan, termasuk diantaranya program pendidikan KRR, berusaha mengusulkan kepada kepala sekolah dan wakil kepala sekolah (wakasek) bagian kurikulum untuk diberikan jam masuk kelas meskipun sempat mendapat respon yang kurang dari wakasek bagian kurikulum, namun mengingat pentingnya fungsi BK, maka usulan tersebut diterima. Dengan adanya jam masuk kelas, BK dapat memasukkan semua program-program yang ingin dilaksanakan, yang diantaranya adalah program penyuluhan dan konseling KRR bagi siswa kelas X dan siswa kelas XI. Usaha yang dilakukan oleh BK ini, dalam konteks pendidikan kesehatan, selain merupakan pemberian informasi di kelas, juga merupakan upaya mengubah lingkungan sekolah untuk mendukung perilaku kesehatan.

B. Program Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja

Kesehatan reproduksi (KR) secara umum didefinisikan sebagai kondisi sehat dari sistem, fungsi dan proses alat reproduksi yang kita miliki. Pengertian sehat tersebut tidak semata berarti bebas penyakit atau bebas dari kecacatan, namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural.

Mengapa kamu perlu mengetahui kesehatan reproduksi?

Kamu perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar kamu memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada di sekitarnya.

Dengan informasi yang benar tersebut kamu diharapkan memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksimu sendiri.

Di samping itu dengan mengetahui berbagai aspek kesehatan reproduksi maka kamu akan dapat melakukan berbagai tindakan pencegahan atau sedini mungkin melakukan tindakan pengobatan bila memiliki permasalahan dengan sistem, proses dan fungsi alat reproduksimu.

Pada ayat dibawah ini disebutkan adanya perbedaan bagi orang yang mempunyai pengetahuan dengan orang yang tidak mempunyai pengetahuan:

قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الْأَلْبَابِ ﴿١٠١﴾

"Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?" Sesungguhnya orang yang berakallah yang dapat menerima pelajaran."

Pengetahuan dasar apa yang perlu kamu miliki agar kamu mempunyai kesehatan reproduksi yang baik?

1. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi yang kamu miliki.
2. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi
3. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksimu.

4. Mengapa kamu perlu mendewasakan usia kawinmu serta bagaimana merencanakan kehamilan agar sesuai dengan keinginanmu dan pasanganmu.
9. Pengaruh sosial dan media terhadap perilaku seksual.
10. Pengaruh gangguan psikologis terhadap reproduksi
11. Bahaya perilaku sex bebas terhadap kelainan anak dan keturunan
12. Kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya.
13. Mengembangkan kemampuan berkomunikasi termasuk memperkuat kepercayaan diri agar mampu mengatakan tidak pada hal-hal yang negatif.
14. Apa yang perlu kamu persiapkan dalam menghadapi kehamilan dan persalinan.

Kapan informasi tentang kesehatan reproduksi diberikan kepada anak?

Sulit mengatakannya. Namun banyak ahli mengatakan bahwa informasi mengenai KR perlu diberikan sedini mungkin tentu saja dengan cara yang berbeda-beda pada setiap tingkatan kelompok umur.

Dalam hadis Nabi SAW yang diriwayatkan oleh Abu Daud bahwa bila anak sudah berumur 10 tahun hendaklah dipisahkan tempat tidur antara anak laki-laki dan perempuan antara ibu bapak dan anak-anaknya, ini adalah pelajaran awal kesehatan reproduksi remaja (KRR).

مُرُوا أَوْلَادَكُمْ بِالصَّلَاةِ وَهُوَ آيَةٌ سَبْعُ سِنِينَ وَأَضْرِبُوهُمْ عَلَيْهَا وَهُمْ آيَةٌ عَشْرٌ
وَفَرِّقُوهُمْ فِي الْمَضَاجِعِ (رَوَاهُ أَبُو دَاوُدَ)

"Suruhlah/latilah anak-anakmu mengerjakan Shalat sejak mereka berumur tujuh tahun, pukulah mereka (berilah mereka hukuman) bila mereka tidak mau (enggan) melaksanakan sholat bila umur mereka sudah sepuluh tahun, dan pisahkanlah mereka dari tempat tidurmu".

jawab.

Karena itu kamu berdua harus tahu dan mengerti mengenai berbagai aspek kesehatan reproduksi. Tanpa adanya kesamaan persepsi dari kamu berdua mengenai bagaimana kesehatan reproduksi yang baik maka sulit mencapai sikap dan tingkah laku yang diinginkan yaitu sikap dan tingkah laku yang bertanggung

dan bahwasanya Dialeh yang menciptakan pasangan laki-laki dan perempuan, dari air mani, apabila dipancarkan. (An-Najm (53) 45-46)

وَإِنَّ جَلَدَ الْوَجْوَجِ وَاللَّيْلِ وَاللَّيْلِ مِنْ طَهْرٍ إِذَا تَمَّيَّ

tanggung jawab bersama baik kamu (laki-laki) maupun kamu (perempuan):

Tidak. Proses reproduksi; proses melanjutkan keturunan merupakan

(perempuan) dan tidak oleh kamu (laki-laki)?

Apakah kesehatan reproduksi hanya perlu diketahui oleh kamu

mengalami rasa bersalah, kebingungan dan stres.

seperti menstruasi (perempuan) atau mimpi basah (laki-laki), mereka tidak

dalam memasuki masa pubertas dimana mereka mengalami berbagai perubahan

mengetahui sistem, proses dan fungsi reproduksi secara sederhana. Sehingga

idealnya seorang anak sebelum masa pubertas paling tidak telah

berbeda-beda sesuai dengan tingkatan usia anak.

Tentunya kedalaman (bobot) materi kesehatan reproduksi yang diberikan

(sampai mati). (HR. Ibnu Asakir)

"Tuntulah ilmu itu sejak dari ayunan (masih orok) sampai ke liang lahad"

اطنوا العلم من المهد الى اللحد (رواه ابن عساکر)

balita:

Di Hadis lain disebutkan pentingnya ilmu pengetahuan diberikan sejak

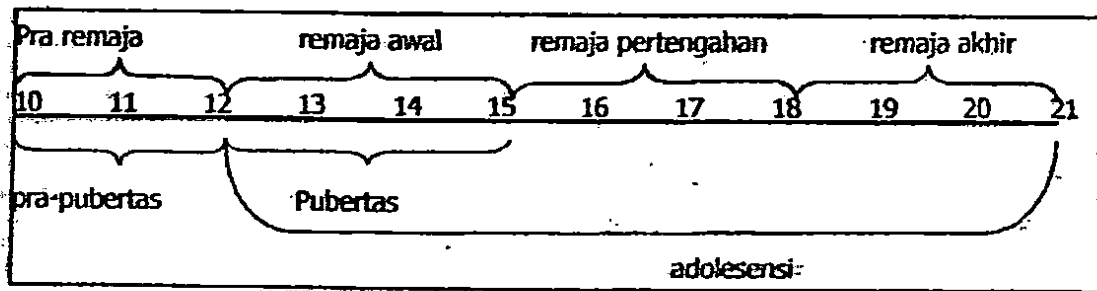
Kesalahan dimana persoalan reproduksi lebih banyak menjadi tanggung jawab perempuan tidak boleh lagi terjadi.

C. Remaja dan Perkembangannya

1. Definisi Remaja

Dalam rangkaian proses perkembangan seseorang masa remaja mempunyai tempat yang tidak jelas, tidak termasuk golongan anak, tetapi tidak pula termasuk golongan orang dewasa atau golongan tua. Menurut Colon (dalam Haditono, 1999 : 260) kondisi masa remaja yang semacam itu disebut sebagai masa transisi atau peralihan. Sedangkan Ausubel (dalam Haditono, 1999 : 260) menempatkan remaja dalam status *interim*, yaitu posisi remaja yang sebagian diberikan oleh orang tua dan sebagian diperoleh melalui usaha sendiri yang selanjutnya memberikan prestise tertentu padanya. Status interim berhubungan dengan masa peralihan yang timbul sesudah pemasakan seksual (pubertas). Masa ini diperlukan agar remaja mampu belajar memikul tanggung jawabnya nanti dalam masa dewasa.

Remaja didefinisikan secara berbeda-beda dalam batasan usia. PBB mendefinisikan *youth* antara tahun 15-24 tahun, sedangkan WHO mendefinisikan usia remaja antara 10-19 tahun, patokan ini juga dipakai oleh Departemen Kesehatan RI (BPS, BKKBN, Menkes, ORC Macro, 2004 : 1). Haditono (1999 : 262) membagi masa remaja dalam batasan usia 12-21 tahun secara rinci disesuaikan dengan fase-fase remajanya, sebagaimana terlihat dalam gambar 2.1.



Gambar 2.1. Fase-fase Usia Remaja

Sumber: Haditono (1999 : 262)

Istilah pubertas berasal dari kata *puber* (*pubescent*), kata lain *pubescere* berarti mendapatkan pubes atau rambut kemaluan, yaitu tanda kelamin sekunder yang menunjukkan perkembangan seksual. Maka yang dimaksud pubertas adalah remaja sekitar masa pemasakan seksual. Sedangkan kata Adolesensi (latin, *adolescere = adulfus*) berarti dalam perkembangan menjadi dewasa (Haditono, 1999 : 262-263).

2. Perkembangan Fisik Remaja

Perkembangan fisik remaja berjalan secara pesat dan erat kaitannya dengan konsep pubertas. Perkembangan ini meliputi percepatan pertumbuhan badan dan perkembangan organ-organ reproduksi, dan keduanya berjalan secara parallel atau bersamaan.

Permulaan masa pubertas remaja perempuan dan laki-laki berbeda, remaja perempuan dimulai pada usia 8-13 tahun, sementara pada remaja laki-laki terjadi 2 tahun lebih lambat. Remaja perempuan mencapai perkembangan penuh pada usia sekitar 17 tahun, dan remaja laki-laki mencapainya pada usia sekitar 21 tahun (Davila, dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 241). Berkaitan dengan permulaan masa pubertas dikenal adanya istilah "The secular trend" (Zastrow dan

Kirst-Ashman, 1993 : 242), yaitu kecenderungan ke depan akan terjadinya peningkatan ukuran badan dan pencapaian kematangan seksual yang lebih awal, atau dalam bahasa Haditono (1999 : 266) perpindahan pertumbuhan sirkuler, "yaitu bertambahnya pertumbuhan rata-rata serta percepatan timbulnya tanda-tanda kelamin pada suatu periode tertentu bersamaan dengan meningkatnya kesejahteraan hidup".

a. Percepatan Pertumbuhan

Percepatan pertumbuhan terjadi karena pengaruh hormon-hormon kelamin (testosteron dan estrogen), hormon tumbuh dan hormon suprarenalis. Percepatan pertumbuhan terutama terjadi pada tinggi badan dan berat badan (Haditono, 1999 : 267), dan struktur otot dan tulang. Bahu anak laki-laki lebih lebar, kaki dan lengan bawah lebih panjang daripada anak perempuan (Tanner dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 242). Pada anak perempuan, daerah tulang panggul dan pinggul lebih lebar, hal ini bermanfaat untuk kemampuan mengandung, juga berkembangnya lapisan lemak di sekitar perut, pinggul dan pantat. Semua ini memberikan remaja perempuan fisik yang montok (membulat) dan lebih terbentuk. Remaja perempuan mulai tumbuh lebih awal daripada remaja laki-laki selama usia 8-13 tahun (Papalia and Olds dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 242).

b. Perkembangan Organ-Organ Reproduksi

Pertumbuhan organ-organ reproduksi dan alat-alat kelamin, disertai dengan perkembangan karakter kelamin sekunder (Tanner dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 241). Pertumbuhan ini dipengaruhi oleh peningkatan

produksi hormon, yang di antara fungsinya adalah mendorong pertumbuhan organ-organ dan tanda-tanda seks (kelamin) (Garrison dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 242).

1) Karakter Kelamin Utama

Karakter atau tanda-tanda kelamin primer menunjuk pada organ badan yang langsung berhubungan dengan persetubuhan dan proses reproduksi (Haditono, 1999 : 269). Tanda-tanda kelamin primer pada perempuan adalah rahim (uterus), indung telur, vagina (Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 242), bibir kemaluan, saluran telur, dan klitoris. Pada laki-laki adalah penis, testis dan skrotum (Haditono, 1999 : 269).

2) Karakter Kelamin Sekunder

Karakter atau tanda-tanda kelamin sekunder merupakan ciri yang membedakan Masing-Masing jenis kelamin, tetapi berperan secara tidak langsung dalam reproduksi, seperti: menstruasi, tumbuhnya rambut di daerah pubis (kemaluan), ketiak, dan pada anak laki-laki tumbuh juga diatas bibir, dagu pipi, dan dada, perkembangan payudara, perubahan suara, perubahan kulit, dan pengeluaran cairan seksual pada malam hari (*nocturnal emission*) (Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 243).

3) Pubertas

Indikasi terpenting bahwa seorang perempuan mencapai klimaks pubertasnya adalah menstruasi pertamanya (*menarche*). Menstruasi pertama kali biasanya tidak disertai dengan pelepasan sel telur masak oleh indung telur (Tanner dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 243).

Usia munculnya menstruasi pertama berbeda-beda antara perempuan yang satu dengan yang lainnya.

Sebaliknya, agak sulit untuk menetapkan bahwa seorang anak laki-laki memasuki pubertal sepenuhnya. Salah satu tanda yang lebih bisa diukur adalah adanya sperma pada air kencing. Ejakulasi atau pengeluaran sperma saat tidur (*nocturnal emission*) mayoritas terjadi sebulan sekali selama akhir usia belasan. *Nocturnal emission* seringkali disertai dengan mimpi seksual.

c. Dampak Perubahan Fisik terhadap Kejiwaan Remaja

Perubahan fisik yang terjadi secara pesat menjadikan remaja sangat memperhatikan keadaan tubuhnya. Ketidaksempurnaan fisik menjadi obyek kekritisan, karenanya remaja sangat memperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan bentuk ideal tubuh seorang laki-laki atau pun perempuan (*citra-raga/body image*). Citra raga juga berhubungan dengan kematangan seksual. Penelitian Simmons, Blyth, Bulcroft (dalam Atwater, 1992 : 65-66) menunjukkan bahwa remaja yang mengalami kematangan dini lebih puas terhadap citra dirinya dibanding dengan remaja yang lambat matang.

3. Perkembangan Psikologis Remaja

Aspek psikologis yang berkembang pada masa remaja adalah pembentukan identitas dan perkembangan moralitas pribadi.

a. Pembentukan Identitas

Kepribadian dikembangkan sepanjang hidup sebagai hasil interaksi antara kematangan biologis dan tuntutan sosial. Dalam kehidupan seseorang,

masyarakat membuat tuntutan psikhis tertentu pada setiap tahap perkembangan, yang disebut sebagai krisis tuntutan. Dalam tahapan perkembangan Erikson, remaja menghadapi krisis identitas dan kebingungan-peran (Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 280).

Pada tahap ini remaja menggali siapa dirinya dan menetapkan identitas mereka. Remaja mencoba memainkan berbagai peran dan menyatukan peran tersebut dalam sebuah persepsi diri, selanjutnya menjadi suatu identitas. Identitas ini dibentuk dengan berbagai cara, diantaranya dengan jatuh cinta. Dalam pacaran remaja menguji peran mereka dalam berhubungan dengan lawan jenis. Pada setiap pacar barn mereka juga memperlihatkan pribadi yang berbeda (Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 283).

b. Perkembangan Moralitas

Furter (dalam Haditono, 1999 : 312) beranggapan bahwa "kehidupan moral" merupakan problem yang pokok dalam masa remaja, karena moralitas melibatkan seperangkat prinsip yang memandang apa yang baik dan apa yang buruk?, dalam kaitannya dengan hubungan lawan jenis adalah baik atau burukkah berhubungan seks sebelum menikah? (Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 287).

Penalaran moral berhubungan erat dengan perkembangan kognitif dan kognisi sosial remaja. Perkembangan kognitif dianggap sebagai salah satu persyaratan yang logis mutlak bagi perkembangan kognisi sosial, sedangkan perkembangan kognisi sosial dianggap sebagai salah satu syarat mutlak bagi

perkembangan pengertian norma (Haditono, 1999 : 315). Gambaran ketiganya pada posisi remaja dapat dilihat pada tabel 2.2.

Tabel 2.1. Perkembangan Moral Remaja

Stadium Perkembangan Kognisi (Piaget)	Tingkat ambil alih peran, perkembangan kognisi sosial (Selman & Byme)	Tingkat Penilaian Moral (Kohlberg)
Permulaan berfikir operasional	Tingkat koordinasi perspektif (sekitar 10 th)	III. Tingkat post-konvensional atau penilaian moral yang prinsip. Stadium 5. Orientasi kontrak sosial
Menguasai sepenuhnya operasi-operasi formal		Stadium 6. Orientasi pada dasar-dasar moral universal

Sumber: Haditono, (1999 : 315)

Dalam perkembangan kognitifnya, remaja mulai bisa berfikir operasional formal, artinya mulai mampu berfikir secara abstrak, dapat menggunakan ide-ide dan symbol secara lebih abstrak, logis dan ilmiah. Mereka bisa membedakan antara realitas dan pemikiran mereka tentang realitas tersebut. Sehingga mereka bisa memahami semua aspek suatu masalah dan menghadapinya secara sistematis untuk mencari pemecahannya. (Atwater, 1992 : 77).

Kemampuan berfikir abstrak ini berdampak pada diri mereka dan kehidupan sosialnya, atau yang biasa disebut dengan kognisi sosial. Menurut Flavell (1981, dalam Atwater, 1992 : 83) kognisi sosial adalah *"the way adolescents think about themselves, their relationship with others, and their participation in groups and larger society"*. Dalam berhubungan dengan orang lain di sekitarnya remaja tidak lagi terpaku pada sudut pandangnya

sendiri dan sudut pandang orang lain. Remaja sudah mampu mengambil perspektif orang ketiga yang netral, mengkoordinasikan perspektif masyarakat, dan menyadari bahwa setiap orang harus mempertimbangkan sudut pandang bersama atau konsensus kelompok (Atwater, 1992 : 89).

Kesadaran terhadap adanya konsensus kelompok yang mengikat menjadikan remaja berperilaku sesuai dengan hukum-hukum yang lebih tinggi ini (stadium 5). Selanjutnya remaja mulai melakukan internalisasi moral, yaitu bertingkah laku moral berdasarkan tanggung jawab batinnya (stadium 6) (Haditono, 1999 : 313).

4. Perkembangan Aspek Sosial Remaja

Perkembangan aspek sosial remaja berhubungan dengan interaksi remaja dengan orang-orang di sekitarnya, terutama orang tua dalam keluarga dan teman sebayanya. Perubahan biologis dan psikologis yang dialami remaja sangat mempengaruhi hubungan sosial remaja. Kematangan seksual dan usaha pencarian identitas menjadikan remaja berusaha melepaskan diri dari pengaruh orang tua dan lebih dekat kepada teman sebayanya (Haditono, 1992 dan Atwater, 1992).

Bagi remaja, orang tua dan teman sebaya bagaikan dua sisi mata uang yang sama-sama mereka butuhkan, hanya saja dalam aspek yang berbeda. Besarnya pengaruh remaja lebih dikarenakan ada sesuatu yang kurang dalam hubungan orang tua-anak. Remaja cenderung meminta nasehat pada teman sebayanya dalam hal-hal yang berkaitan dengan pakaian, pemecahan masalah-masalah sekolah (Brittain dalam Zastrow dan Kirst-Ashman, 1993 : 311) memilih

kelompok teman, pacar, dan kegiatan-kegiatan sosial yang ingin dihadiri (Atwater, 1992 : 146).

Pengaruh teman sebaya masuk melalui proses perbandingan sosial, yaitu "*seeking out peers with whom to evaluate ones self, abilities, characteristics, or reaction*" (mencari teman sebaya yang bisa dijadikan rujukan dalam menilai diri, kemampuan, karakter atau reaksi mereka sendiri) (Atwater, 1992 : 147). Karena membandingkan diri sendiri dengan orang dewasa terasa tidak tepat, maka remaja berbalik pada teman sebayanya sebagai kelompok rujukan utama dalam mendefinisikan diri mereka sendiri dan identitas sosialnya.

Dalam proses perbandingan sosial, remaja membentuk kelompok-kelompok teman sebaya, yang menurut Dunphy (dalam Atwater, 1992 : 151) disebut sebagai *cliques* dan *crowds* pada masa remaja awal klik yang cenderung dibentuk adalah yang berjenis kelamin sama, sedangkan pada masa remaja pertengahan dan akhir, mereka lebih banyak ikut serta dalam klik yang berbeda jenis kelamin. *Crowds* merupakan kelompok yang lebih besar yang beranggotakan lebih dari sepuluh orang, sehingga dapat mengorganisir suatu kegiatan sosial. Kegiatan dalam *crowds* melibatkan kedua jenis kelamin. Di luar kedua jenis kelompok tersebut ada pula remaja yang memilih untuk menjadi "*outsiders*" (pengamat) ataupun "*loners*" (penyendiri).

Interaksi antar anggota kelompok dipengaruhi oleh proses konformitas sosial, yaitu "*Changing ones thinking or behavior to coincide with the group norm*" (perubahan pemikiran dan perilaku seseorang agar serupa dengan norma kelompok) (Atwater, 1992 : 154).

Russel dan Andrews (2003 : 148) menyatakan bahwa:

cakupan ataupun definisi seksualitas remaja secara umum. (Jersild dkk, 1978 : 109). Oleh karena itu sangatlah penting untuk memahami remaja, karena perilaku seks juga berhubungan dengan masa kanak-kanak psikologis dan pengaruh-pengaruh moral, antara masa lalu dan masa sekarang seseorang dan hubungannya dengan orang lain, antara faktor biologis, penting yang mempengaruhi eksistensi manusia, yaitu antara usaha keras terdapat area saling mempengaruhi dan titik pertemuan di antara faktor-faktor seksualitas remaja sangatlah kompleks. Dalam perkembangan seksual remaja tidak diinginkan). Pemahaman ini tidak sepenuhnya benar. Karena masalah seks-pranikah) dan dampak yang ditimbulkannya (seperti kehamilan yang perilaku seks remaja yang bertentangan dengan norma masyarakat (seperti Masalah seksualitas remaja sering disalahpahami sebagai sekedar

a. Definisi Seksualitas

5. Pengaruh Perkembangan Remaja pada Seksualitas

dan hubungan sosial (Sebal, 1989), kohesivitas kelompok, tentang sesuatu yang dianggap penting, biasanya berkaitan dengan rasa pribadi *esteem*) dan tingkat meyalahkan diri sendiri (*self-blame*) pada remaja, anggapan karena kemampuan kognitif (Polovy, 1980), tingginya harga-diri (*self-faktor* antara lain (Atwater, 1992 : 155) : usia dan kematangan remaja, khususnya persetujuan dari teman sekelompoknya. Hal ini karena dipengaruhi oleh beberapa tekanan dari teman-teman anggota kelompoknya, dan agar memperoleh Remaja bersedia melakukan konformitas disebabkan oleh karena adanya

"As an integral aspect of adolescent maturation, sexuality development includes the emergence of healthy attitudes and behaviors, as well as a sexual identity.

By sexual identity, we not only mean a person's sexual orientation (heterosexual, bisexual, homosexual) but also the gender identity (a person's feelings about self as masculine or feminine). Furthermore, sexual identity encompasses the self-perception as sexual being, and how that aspect of self is integrated into personality, values, and behavior"

(Sebagai suatu aspek kematangan remaja yang integral, perkembangan seksualitas mencakup sikap dan perilaku seks yang sehat, juga identitas seksual. Sedangkan identitas seksual tidak hanya mencakup orientasi seksual seseorang (heteroseks, biseks, atau homoseks), tetapi juga identitas gender (sifat maskulin dan feminin), lebih jauh lagi identitas seksual mencakup persepsi diri sebagai makhluk yang berjenis kelamin, dan bagaimana aspek diri tersebut menyatu dalam kepribadian, nilai-nilai dan perilaku).

Singkatnya seksualitas remaja harus difahami sebagai perasaan, sikap dan perilaku dalam batasan yang luas, yang dialami remaja sejak kanak-kanak sampai dewasa.

b. Problematika Seksualitas Remaja

Kematangan organ-organ reproduksi pada remaja menimbulkan munculnya dorongan-dorongan seksual. Konflik berkaitan dengan apakah dorongan seksual tersebut perlu disalurkan atau ditahan. Menurut Freud (dalam Atwater, 1992 : 28-29) dorongan-dorongan seksual ini selanjutnya memunculkan konflik seksual pada diri remaja, antara menunjukkan keingintahuan yang ekstrim tentang seks sekaligus terikat dengan hukum kesopanan tentangnya. Terjadi konflik antara ego dan super ego remaja dalam mengontrol dorongan-dorongan seksual ini. Meskipun mereka sadar bahwa orang tua mereka tidak setuju jika mereka menyerah pada godaan, namun kebanyakan konflik berasal dari perasaan bersalah mereka sendiri atau

berkenaan dengan hilangnya harga diri (*self-esteem*). Mereka dihadapkan pada dua pilihan ekstrim, yaitu sama sekali menolak (*utter self-denial*) atau memenuhi kegemaran/keingintahuan diri (*self-indulgence*) tentang kebutuhan seks.

Dalam menghadapi konflik yang berkaitan dengan apakah dorongan seksual tersebut perlu disalurkan atau ditahan ini, remaja melakukan beberapa strategi "coping" berasal dari pertahanan dirinya, antara lain:

- a. *Sublimation* (melenyapkan), yaitu secara tidak sadar mengarahkan kembali energi seks kepada tujuan-tujuan yang bisa diterima masyarakat, misalnya meningkatkan kreatifitas, keingintahuan pada kegiatan-kegiatan intelektual.
- b. *Displacement* (pengalihan/penggantian), yaitu mengalihkan dorongan seksual pada obyek/seseorang yang lebih aman secara emosi. Seperti perhatian anak perempuan terhadap kecantikan dan pakaian, dan minat anak laki-laki pada mobil sport atau sepeda motor.
- c. *New Identification* (identifikasi baru), mengidentifikasikan diri dengan orang-orang yang dapat menggantikan posisi orang tua, seperti guru, pelatih dan teman sebaya.

Menurut Freud (dalam Atwater, 1992 : 30) dua mekanisme pertahanan diri yang sangat khusus pada remaja adalah:

- a. *Intellectualization*, remaja menggunakan kemampuan berpikir abstrak mereka untuk mendiskusikan hal-hal yang berkaitan dengan seks tanpa menyebut orang tertentu (*impersonal*) untuk menciptakan jarak emosi

antara ide dan dorongan seksual. Misalnya: berdebat tentang hidup bersama vs pernikahan, atau homoseksual vs heteroseksual.

- b. *Ascetisme*, secara tidak sadar remaja menolak dorongan seksualnya dan menghindari assosiasi yang menyenangkan tentang seks. Misalnya dengan bergabung dalam kelompok keagamaan yang menolak seks pra-nikah.

Konflik seksual tidak hanya disebabkan oleh kondisi biologis, tetapi juga disebabkan oleh kondisi sosial, di mana pada masa ini remaja cenderung mengalami kematangan seksual lebih awal, dan menikah serta berpisah dengan orang tua (mandiri) di usia yang semakin tua. Kondisi ini menunjukkan adanya gap (jurang) antara usia matang secara fisik dan seksual dengan usia matang secara sosial (Russel and Andrews, 2003 : 149).

D. Intervensi Pendidikan Kesehatan di Sekolah

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu bagian dari kandungan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan didefinisikan oleh banyak tokoh secara berbeda-beda, di antara definisi yang mudah difahami adalah Green, (1980, dalam Glanz, 1990 : 7) yaitu *"Any combination of teaming experiences designed to facilitate voluntary adaptation of behavior conducive to health"*. (Seperangkat kombinasi pengalaman belajar yang dirancang untuk memfasilitasi adaptasi sukarela terhadap perilaku yang memenuhi kesehatan). Definisi yang lain dikemukakan oleh *The Role Delineation Project (national task force on the*

preparation and practice of health educators, 1983), yaitu "The process of assisting individuals, acting separately or collectively, to make informed decision about matters affecting their personal health and that of others" (proses-membantu individu, yang difakukan secara sendirian atau berkelompok, dalam membuat keputusan berdasar informasi tentang hal-hal yang berpengaruh terhadap kesehatan pribadi mereka maupun kesehatan orang lain).

Berdasarkan definisi-definisi tersebut jelaslah bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu proses menyampaikan informasi dan pengalaman belajar tentang kesehatan yang bertujuan agar individu atau kelompok mampu mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan berdasarkan informasi yang diterimanya, sehingga terjadi perubahan perilaku yang kondusif bagi kesehatan (perilaku yang sehat). Perubahan perilaku kesehatan ini harus dilakukan secara sukarela dan dilandasi oleh partisipasi sukarela konsumen dalam menentukan praktek kesehatannya (Green, 1980 : 16).

2. Sekolah sebagai Organisasi

Dalam konteks sosiologis pendidikan berkaitan dengan perkembangan dan perubahan kelakuan anak didik, bertalian dengan transmisi pengetahuan, sikap, kepercayaan, ketrampilan dan aspek-aspek kelakuan lainnya kepada generasi muda. Pendidikan adalah proses belajar mengajar pola kelakuan manusia menurut apa yang diharapkan oleh masyarakat (Nasution, 1994 : 10). Semula pendidikan ini merupakan fungsi utama keluarga, namun karena terjadinya modernitas, maka tugas mendidik ini dialihkan kepada lembaga lain, yaitu sekolah. Namun demikian menurut Drost (1998) pendidikan tetap menjadi tugas utama orang tua,

sedangkan sekolah lebih berfungsi sebagai lembaga pengajaran, yang membantu orang tua dalam mendidik anak.

Sebagai lembaga yang berperan menyelenggarakan pendidikan, sekolah seharusnya menyadari bahwa setup pendidikan bersifat antisipatoris (Buchori, 2001 : 20), yaitu mempersiapkan peserta didik untuk mengarungi kehidupan di masa depan. Ini berarti harus melihat dua generasi yang akan datang, generasi yang akan menghadapi globalisasi informasi yang akan berdampak pada melahirkan gaya hidup baru dan mengandungi akses-akses tertentu. Oleh karenanya sekolah haruslah memberikan pendidikan yang bersifat komprehensif dan menyetuh *the basics*, yaitu segenap kegiatan pendidikan yang mempersiapkan anak-anak untuk mampu menjalani kehidupan (*preparing children for life*), bukan sekedar mempersiapkan anak-anak untuk pekerjaan.

Biasanya *the basics* terdiri dari pelajaran-pelajaran tentang lingkungan fisik, sosial, budaya, serta pelajaran-pelajaran yang membawa anak ke pemahaman diri sendiri. Sekolah memberikan pendidikan yang ditandai oleh 3 jenis keseimbangan, yaitu: 1) keseimbangan antara pendidikan rohani dan pendidikan jasmani, 2) keseimbangan antara pengetahuan alam dan pengetahuan sosial budaya, 3) Keseimbangan antara pengetahuan masa kini dengan pengetahuan masa lampau (Buchori, 2001 : 41).

Sekolah sebagai lembaga pendidikan juga termasuk sebuah sistem sosial yang mempunyai struktur tersendiri. subsistem-subsistem di sekolah saling mempengaruhi, sebagaimana diungkapkan oleh Waller (dalam Winters and Easton, 1983 : 1), "*The school is a social organism. As a social organism the*

school shows an organismic interdependence of its parts: it is not possible to affect a part of it without affecting the whole" (Sekolah adalah sebuah organisme sosial..., sebagai sebuah organisme sosial sekolah menunjukkan saling ketergantungan antar bagian-bagiannya: tidak mungkin mempengaruhi satu bagian tanpa mempengaruhi bagian lainnya).

Masing-masing subsistem dalam sekolah mempunyai peran yang berbeda. Di antara subsistem sekolah adalah siswa, guru dan kepala sekolah (Winter dan Easton, 1983 : 2). Dalam lingkungan sekolah, kepala sekolah merupakan kunci administrator (Winters dan Easton, 1983 : 6). Administrator merujuk pada kelompok peran yang dalam menjalankan fungsinya mempunyai kapasitas manajemen dan kepemimpinan. Berkenaan dengan peran kepala sekolah, Boocock menyatakan bahwa:

" At the top of the role hierarchy is the principal, the 'boss' of the school and & instructional program, dealing with students and teachers, and maintaining relations with sosial group and system outside of the school, both professional (superiors in the 'central office') and non professional (parents). (dalam Winters dan Easton, 1983 : 6.)

(Pada puncak hirarki peran adalah kepala sekolah, pimpinan sekolah dan program instruksinya, berhubungan dengan guru dan murid, dan menjaga hubungan dengan kelompok sosial dan sistem lainnya di luar sekolah, baik itu para profesional [pegawai/staf] yang [berkuasa di kantor pusat] maupun dengan non-profesional [orang tua]).

Guru dianggap lebih tinggi kedudukannya oleh para siswa dalam pengetahuan tentang pelajaran-pelajaran dalam kurikulum dan dalam tanggung jawab (Parsons dalam Winters, 1983 : 4). peran guru disifatkan dengan "otoritasnya yang tak diragukan" dan didasarkan pada kematangan guru dan "otoritas moral" tertentu dalam melakukan pekerjaannya (Durkheim dalam

Winters, 1983 : 4). Otoritas ini berasal dari tanggung jawabnya terhadap kurikulum dan hubungannya dengan murid. Instruksi guru yang berkaitan dengan peran fungsionalnya dilaksanakan oleh para pakar dan non-pakar di sekolah.

3. Sekolah Sebagai Setting Intervensi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada bermacam *setting* seperti sekolah, tempat kerja, komunitas dan sebagainya. Sekolah dipilih menjadi *setting* untuk melakukan intervensi pendidikan kesehatan dikarenakan beberapa adanya beberapa faktor yang mendukung. Menurut Taylor (1991 : 112) faktor-faktor tersebut adalah:

- 1) Kebanyakan orang bersekolah
- 2) Populasi sekolah adalah anak muda, sehingga bisa diintervensi sebelum anak mengembangkan kebiasaan kesehatan yang buruk. Selain itu ketika anak-anak muda diajari perilaku kesehatan yang baik sejak awal, perilaku ini bisa menjadi kebiasaan dan bertahan sepanjang hidup mereka.
- 3) Sekolah mempunyai sarana intervensi yang alami, yaitu kelas yang durasinya satu jam. Banyak intervensi kesehatan dapat diterapkan dalam format ini.
- 4) Sanksi tertentu dapat diterapkan di lingkungan sekolah untuk mempromosikan perilaku yang sehat.

Pada *setting* sekolah aktifitas intervensi pendidikan kesehatan dapat berbentuk mengajar di kelas, melatih guru dan mengubah lingkungan sekolah yang dapat mendukung perilaku kesehatan (Parcel, Simmons-Morton & Kolbe, dalam Glanz, Lewis & Rimer, 1997 : 11).

Untuk dapat mengubah lingkungan sekolah yang dapat mendukung perilaku kesehatan, suatu intervensi pendidikan kesehatan hendaknya turut mempertimbangkan bahwa sekolah juga merupakan suatu organisasi yang terdiri dari berbagai subsistem. Salah satu teori yang mendasari intervensi pendidikan kesehatan pada ruang lingkup organisasi adalah teori-teori perubahan organisasi. Di antara beberapa teori perubahan organisasi adalah teori tahap perubahan organisasi (*stage theory*) dan teori perkembangan organisasi (*Organizational development theory*). Menurut Kaluzny dan Hernandez (dalam Glanz dkk, 1997 : 288) *stage theory* menjelaskan bagaimana organisasi melakukan inovasi terhadap tujuan, program, teknologi dan ide yang baru. Sedangkan *organizational development* (OD) oleh Glanz dkk (1997 : 290) didefinisikan sebagai aplikasi ilmu-ilmu perilaku untuk meningkatkan keefektifan organisasi. Kedua teori ini dapat digunakan secara simultan, sehingga menciptakan hasil yang sinergis (Glanz dkk, 1997 : 288).

Berkaitan dengan *stage theory*, Beyer dan Trice (Glanz dkk, 1997 : 288-289) telah mengembangkan satu model *stage theory* yang komprehensif, yang mengandung 7 tahap, yaitu:

1. Tuntutan ketidakpuasan kepada sistem, yaitu sebagian sistem menerima informasi yang menunjukkan adanya masalah yang potensial.
2. Mencari respon yang mungkin, yaitu elemen-elemen di dalam sistem mencoba menemukan solusi alternatif.
3. Mengevaluasi alternatif, yaitu dengan membandingkan berbagai macam alternatif.

4. Keputusan untuk mengadopsi/mengambil suatu tindakan tertentu, yaitu dengan memilih diantara berbagai alternatif yang dievaluasi. Mengkhususkan/melakukan spesifikasi tujuan operatif dan alai, itulah strategi yang dipilih.
5. Memulai aksi dalam sistem, yaitu menyusun kebijakan dan arahan untuk pelaksanaan, memperoleh berbagai sumberdaya yang diperlukan.
6. Pelaksanaan perubahan, yaitu menempatkan berbagai sumberdaya dalam pelaksanaan, dan melaksanakan inovasi
7. Pelembagaan perubahan, yaitu menjadikan inovasi sebagai bagian operasional organisasi.

Dalam teori *Organizational Development* (OD), Intervensi seringkali didorong oleh seorang konsultan OD yang terikat dengan manajemen dan yang menerapkan seperangkat strategi untuk membantu organisasi melakukan diagnosa, evaluasi dan mengarahkan segala sesuatunya. Menurut Brown dan Covey (dalam Glanz dkk, 1997 : 291) dahulu OD disifatkan dengan intervensi yang ditujukan pada rancangan organisasi, teknologi dan proses manusianya, namun sekarang OD lebih diarahkan pada pengaruh-pengaruh lingkungan dan bagaimana norma dan nilai seluruh organisasi dirubah.

Porras dan Robertson (dalam Glanz dkk, 1997 : 291-294) membagi tipologi teori perubahan organisasi dalam 2 cabang yaitu:

1. Teori proses perubahan.

Teori ini membicarakan secara khusus tentang apa yang dibalik dinamika perubahan, yaitu hubungan sebab akibat di antara berbagai variabel.

2. Teori implementasi.

Teori ini berhubungan dengan aktifitas-aktifitas praktisi untuk menjamin bahwa perubahan berjalan sukses. Teori ini mencakup 3 tingkat teori, yaitu strategi, prosedur dan teknik. Teori strategi memberikan perspektif yang lebih luas untuk melaksanakan perubahan, dan lebih berkaitan dengan bagaimana organisasi dan faktor lainnya dapat memberikan kontribusi pada perubahan. Teori prosedur mengidentifikasi bagian-bagian aksi dalam menghasilkan perubahan. Teori teknik memuat seperangkat aktifitas yang dilakukan praktisi di setiap langkah yang dihasilkan dalam teori prosedur. Berbagai aktifitas ini memungkinkan proses perubahan bergerak dari satu langkah ke langkah berikutnya.

Langkah-langkah utama dalam teori implementasi (prosedur) OD adalah:

- 1) **Diagnosis**, yaitu dengan mengidentifikasi problem-problem atau gap yang dapat menghalangi. Tehnik yang diterapkan biasanya adalah survey di antara anggota organisasi, menguji gap (jurang) budaya antara manajemen dan kelompok kerja.

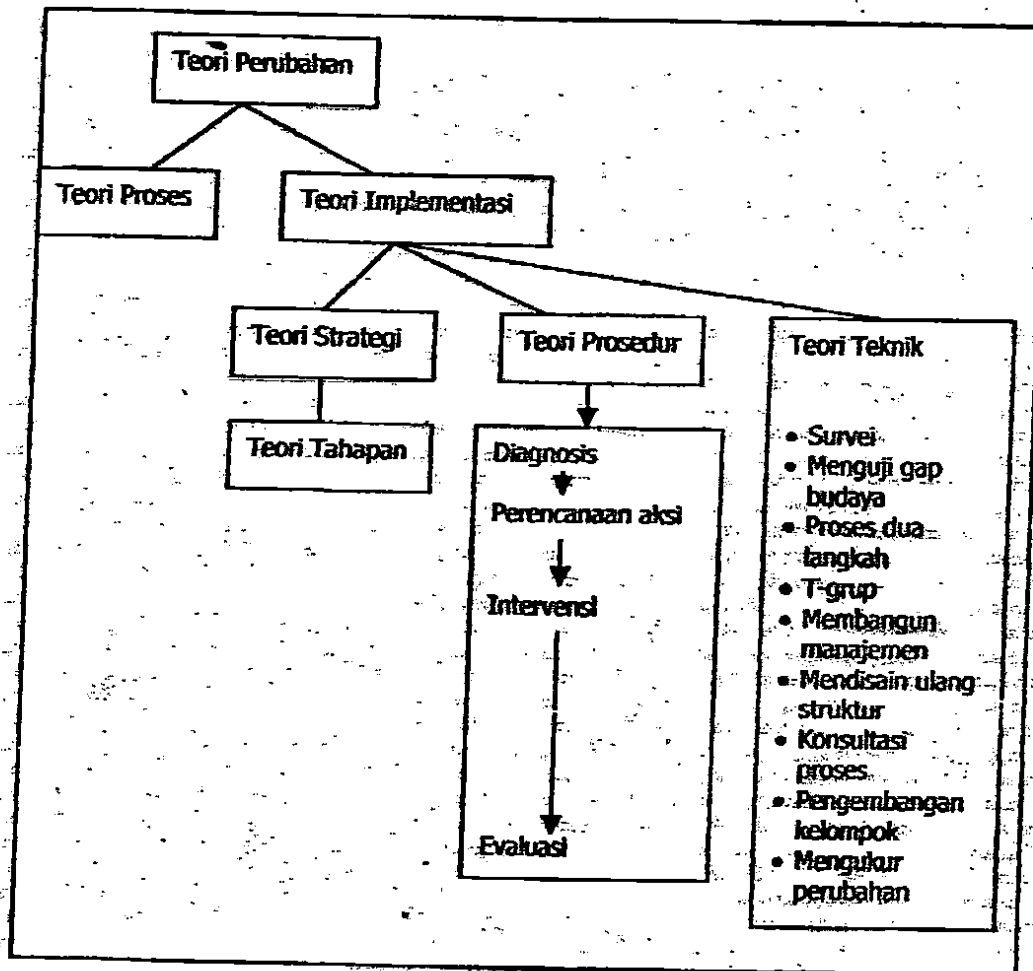
Berbagai variabel yang dikaji biasanya mencakup faktor-faktor lingkungan seperti variabel misi organisasi, tujuan, kebijakan, struktur, teknologi, dan setting fisik; faktor sosial dan pribadi secara internal; dampak yang diinginkan; dan kesiapan melaksanakan tindakan.

- 2) **Perencanaan tindakan/aksi**, yaitu mengembangkan strategi atau intervensi yang ditujukan pada masalah yang didiagnosa. Pemilihan intervensi dapat dilakukan dengan menggunakan dua langkah proses, langkah

pertama adalah mengidentifikasi beberapa intervensi yang mungkin berdasarkan area problem yang didiagnosa, langkah kedua adalah mempersempit jumlah intervensi berdasarkan tiga kriteria yaitu kesiapan organisasi (misalnya kecukupan sumber daya, komitmen waktu, dan dukungan administratif) untuk mengadopsi strategi, adanya point pengaruh (*leverage point*) (apa, di mana, dan bagaimana melakukan intervensi dalam organisasi), ketrampilan praktisi OD dalam menerapkan intervensi yang dipilih.

- 3) Intervensi OD, intervensi dapat berupa T-group yang biasanya digunakan untuk mendorong para manajer menyadari gaya pribadi mereka dan dampaknya, membangun manajemen, merancang ulang struktur, dan konsultasi proses. Dalam konsultasi proses, konsultan membantu anggota-anggota organisasi mengidentifikasi masalah, dan hambatan-perubahan, dan kemudian bekerja bersama organisasi mengatasi hambatan-hambatan ini.
- 4) Evaluasi, yaitu menilai usaha-usaha perubahan yang direncanakan.

Untuk lebih singkat dan jelasnya, tipologi teori perubahan organisasi dapat dilihat pada gambar 2.2.



Gambar 2.2. Tipologi Teori Perubahan Organisasi

Sumber: Porras dan Robertson (dalam Glanz dkk, 1997 : 292)

E. Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pembahasan tentang pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) dalam bagian ini akan selalu berkaitan dengan pendidikan seks, karena istilah pendidikan seks muncul terlebih dahulu, dan literatur-literatur yang membahas tentang pendidikan seks lebih banyak ditemukan. Namun dalam hal kandungan atau isi, antara keduanya tidak banyak berbeda, kecuali bahwa cakupan isi pendidikan seks lebih luas daripada pendidikan KRR.

1. Definisi Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Istilah kesehatan reproduksi dikenalkan oleh *International Conference on Population and Development* (ICPD, Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan) di Mesir tahun 1994. Dalam program aksinya (paragraph 7.2) kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai:

"Reproductive health as a state of complete physical, mental and sosial well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters related to the reproductive system and to its function and processes". (Tumkaya dan Pramana, 2000 : 337-338)

(kesehatan reproduksi dipandang sebagai suatu status kesejahteraan yang lengkap baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya dengan tidak menderita penyakit, tetapi di semua hal yang berhubungan dengan system reproduksi, fungsinya dan prosesnya).

Sedangkan WHO mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai:

"Kesehatan reproduksi menyangkut proses, fungsi, dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan. Oleh karena itu dalam konsep kesehatan reproduksi terkandung asumsi bahwa setup individu dapat memperoleh kehidupan seks yang bertanggungjawab, memuaskan dan aman, dan juga dapat mempunyai kapasitas bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan jumlah, jarak dan waktu kapan memperoleh anak " (Sciortino, 1999 : 180)

ICPD juga mengakui hak-hak kesehatan reproduksi semua orang di segala usia, dengan pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi sepanjang hidup. Hak-hak reproduksi ini mencakup 11 butir, salah satu di antaranya adalah hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi (Utamadi, 2002). Salah satu komponen kesehatan reproduksi dalam konteks kesehatan primer adalah kesehatan reproduksi remaja. Di antara isu-isu yang termasuk dalam kesehatan reproduksi remaja dalam ICPD adalah (Tumkaya dan Pramana, 2000 : 339): keseimbangan dan relasi gender, kekerasan terhadap remaja, perilaku seks yang

bertanggung jawab, praktek keluarga berencana yang bertanggung jawab, kehidupan keluarga, kesehatan reproduksi, PMS dan HIV/AIDS.

Perhatian ICPD terhadap remaja sebagaimana di atas menunjukkan bahwa kesehatan reproduksi remaja sangatlah penting dan karenanya sebagai perwujudan hak reproduksinya, remaja berhak mendapat pendidikan kesehatan reproduksi baik secara formal maupun non-formal (Utamadi, 2002).

Dalam berbagai *literature* pendidikan yang berkaitan dengan seksualitas remaja lebih dikenal dengan nama pendidikan seks. Namun karena resistensi masyarakat dan adanya ICPD 1994, maka pendidikan seks dipublikasikan sebagai pendidikan kesehatan reproduksi. Para tokoh mengistilahkan pendidikan seks secara berbeda, misalnya dalam Zastrow dan Kirst-Ashman (1993), Kirby dan Didemonte (1994), dan Madani (2003) disebut dengan *sex education* (pendidikan seks), sedangkan Scales (1983) menyebutnya dengan *sexuality education* untuk membedakannya dengan *sex education* yang sering disalahfahami sebagai sekedar instruksi atau pengajaran tentang seks. Pada dasarnya definisi dari istilah-istilah tersebut mempunyai berang merah yang sama, yaitu memberkan informasi tentang seksualitas dari berbagai aspek. Perbedaan terletak pada aspek apa yang lebih ditekankan.

Bagi Zastrow dan Kirst-Ashman (1993 : 262) pemberian informasi tentang seks, bisa tentang fisik saja, ataupun bisa memasukkan topik-topik khusus seperti *birth control* (cara-cara mencegah kehamilan) dan nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat ataupun keluarga.

Nashih Ulwan (dalam Madani, 2003 : 91) mendefinisikan pendidikan seks sebagai:

"pengajaran, penyadaran, dan penerangan kepada anak sejak ia memikirkan masalah-masalah seksual, hasrat, dan pernikahan sehingga ketika anak itu menjadi pemuda, tumbuh dewasa, dan memahami urusan-urusan kehidupan maka ia mengetahui kehalalan dan keharaman"

Arif Rahman dan Fachrudin (2000) mendefinisikan pendidikan seks sebagai "Perlakuan proses sadar dan sistematis di sekolah, keluarga dan masyarakat untuk menyampaikan proses perkelaminan menurut agama dan moral yang sudah ditetapkan oleh masyarakat".

Dari waktu ke waktu istilah pendidikan seks mengalami evolusi, karena istilah *sex education* seringkali kontroversial dan menjadi perdebatan yang hangat ditengah masyarakat (Zastrow, 1993 : 261), termasuk di Indonesia dan sering disalahfahami dengan pornografi (Tito, 2001), maka dimunculkan istilah pendidikan seksualitas. Menurut Scales (1983 : 207- 208)

"sexuality education, however, is couched in a much broader context; a context that includes not only discrete acts and behaviors but the entire process of relating to the world as man or woman,.... understanding of the motives for and meanings found In relationships, ability to be intimate and loving, education for sexuality must Involve a consideration of more developmental, emotional, psychological, and sosial issues"

(Pendidikan seksualitas mencakup konteks yang lebih luas, tidak hanya tentang perilaku seksual yang berbahaya (seperti kehamilan tak diinginkan pada remaja dan Penyakit menular Seksual) tetapi mencakup seluruh proses yang berhubungan dengan pria dan wanita, termasuk memahami motif dan makna yang ada dalam suatu hubungan, termasuk kemampuan untuk menjadi intim dan mencintai. Pendidikan seksualitas harus lebih mempertimbangkan perkembangan emosi, kejiwaan, dan isu-isu sosial).

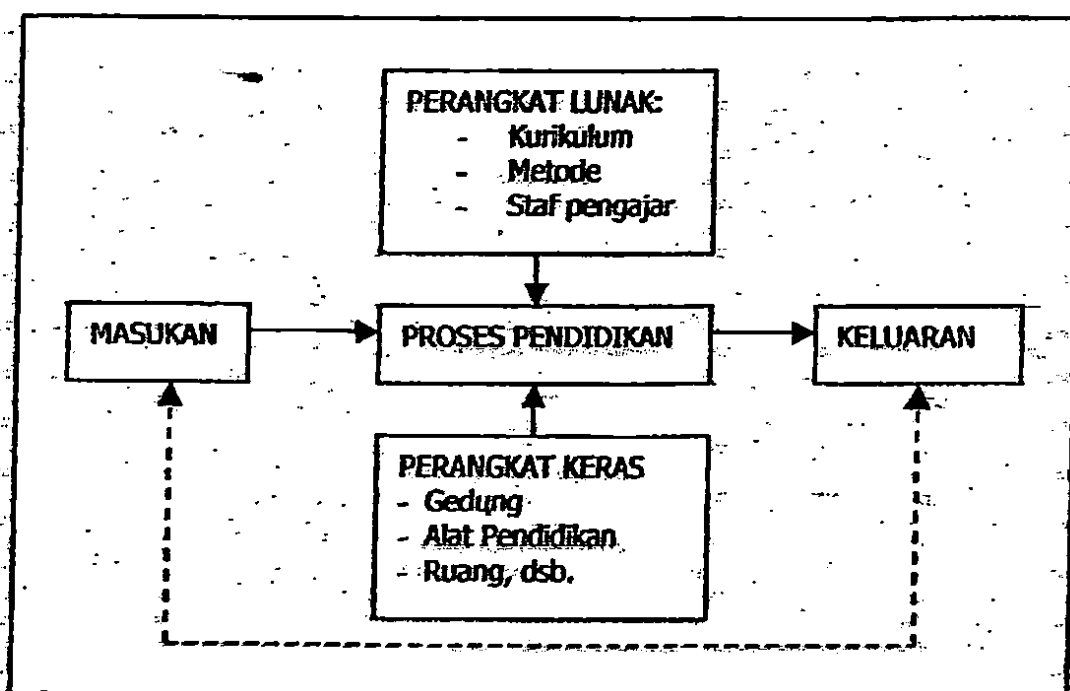
Berdasar definisi dan cakupaf i-cakuparinya, maka yang dimaksudkan dengan pendidikan kesehatan reproduksi adalah:

1. Pemberian informasi secara sadar dan sistematis dengan melibatkan kombinasi pengalaman belajar tentang reproduksi/seksualitas manusia dari aspek biologis, psikologis dan sosial
2. Aspek biologis meliputi sistem, proses, dan fungsi reproduksi,
3. Aspek psikologis meliputi kepuasan, keamanan, dan penuh tanggung jawab
4. Aspek sosial meliputi sistem dan nilai masyarakat yang berkaitan dengan reproduksi manusia (perkawinan, agama), hubungan antar individu yang terlibat dalam proses reproduksi (keintiman, mencintai, relasi gender), dan perilaku
5. Bertujuan agar individu sehat secara fisik, yaitu terhindar dari berbagai penyakit seksual, dan masalah-masalah sosial yang terkait dengannya (KTD, pelecehan seksual, penganiayaan, incest, pemikahan dini); dan juga sehat secara emosi, yaitu merasa aman (tidak cemas dan malu), serta memperoleh kepuasan

2. Komponen-komponen Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pendidikan dalam arti formal sebenarnya (Notoatmodjo, 1993 : 4-5) adalah suatu proses penyampaian bahan/pendidikan oleh pendidik kepada sasaran pendidikan (anak didik) guna mencapai perubahan tingkah laku (tujuan). Karena pendidikan adalah suatu proses, maka ia mempunyai masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Masukan proses pendidikan adalah sasaran pendidikan atau anak didik yang mempunyai berbagai karakteristik, sedangkan keluaran proses pendidikan adalah tenaga atau lulusan yang mempunyai kualifikasi tertentu sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Di dalam proses pendidikan terdapat faktor-faktor:

yang mempengaruhi, yaitu pertama, faktor perangkat lunak (*software*), seperti kurikulum, metode pendidikan, kualitas tenaga pendidik, manajemen pendidikan, dsb. Kedua, faktor perangkat keras (*hardware*), misalnya fasilitas fisik pendidikan, seperti gedung, ruang, alat bantu pendidikan dan perpustakaan. Proses pendidikan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya digambarkan oleh Notoatmodjo seperti pada gambar 2.3.



Gambar 2.3. Proses Pendidikan

Sumber: Notoatmodjo (1993 : 5)

Berdasarkan gambar 2.3. maka komponen-komponen yang sangat mempengaruhi dan menentukan proses pendidikan adalah: anak didik, tujuan pendidikan, pendidik atau pengajar, dan kurikulum yang didalamnya mencakup materi yang disampaikan, dan alat bantu pendidikan.

Pendidikan kesehatan reproduksi yang juga merupakan suatu proses pendidikan juga mengandung komponen-komponen anak didik (siswa), tujuan, pengajar, dan kurikulum. Kirby dan Diclemente (1994 : 125-126) dan Scales (1983 : 208-221), Birdthistle dan Vince-Whitman (1997 : 26-30) secara saling melengkapi menyebutkan prinsip-prinsip yang berkaitan dengan ketiga komponen tersebut, yang turut mempengaruhi pendidikan tentang seksualitas. Prinsip-prinsip tersebut juga dapat diterapkan pada pendidikan KRR. Berikut ini penjelasan selengkapnya komponen-komponen tersebut, kemudian dilengkapi dengan literatur lain yang terkait.

2.1. Siswa

Menurut Scales sebaiknya peserta pendidikan seksualitas digabung antara laki-laki dan perempuan. Hal ini agar mereka mempunyai kesempatan mendengar perasaan dan pemikiran lawan jenis tentang seksualitas. Bahkan jika mungkin disertakan juga peserta yang berbeda umur (orang tua) untuk meningkatkan komunikasi keluarga tentang seksualitas dan meningkatkan kemampuan orang tua untuk mempromosikan nilai-nilai seksual mereka.

2.2. Tujuan

Kirby dan Diclemente menyatakan bahwa tujuan pendidikan seksualitas adalah berfokus dan memperjelas dan menanamkan nilai-nilai melawan seks yang tidak terlindungi (*unprotected sex*), seperti menunda seks, menghindari hubungan seks tanpa pelindung, menggunakan kondom, dan menghindari partner yang beresiko).

Sedangkan menurut Kirby dan Kirkendall (dalam Scales 1983 : 209), ada banyak tujuan antara lain:

1. Mempromosikan hubungan yang egaliter (seimbang) antara dua jenis seks
2. Memberikan informasi yang benar tentang seksualitas
3. Memperluas sudut pandang terhadap perilaku seksual seseorang dengan perilaku seksual orang lain, sehingga dapat mengembangkan sikap yang lebih toleran terhadap perilaku seksual orang lain
4. Mengurangi ketakutan dan keresahan terhadap perkembangan dan perasaan seksual seseorang
5. Mendorong para siswa untuk menanyakan, menggali, dan menilai sikap dan nilai seks mereka, sehingga mendukung pembuatan keputusan seksual yang berhasil, bertanggungjawab dan berdasar informasi.
6. Memfasilitasi komunikasi seksualitas dengan orang tua dan orang lain.
7. Mengurangi masalah-masalah yang berhubungan dengan seks, seperti kehamilan remaja
8. Menyatukan seks dalam pola hidup yang seimbang dan bermakna
9. Mendukung perlindungan dari eksploitasi.

Singkatnya, pendidikan seksualitas di sekolah terutama bertujuan mengurangi kehamilan pada remaja dan memfasilitasi seksualitas yang POW dan memuaskan, termasuk meningkatkan kesehatan sosial, seksual dan psikologis (Kirby dan Alter, dalam Scales, 1983 : 209). Tujuan ini senada dengan pendapat Albee (1988 : 15) yang menegaskan bahwa:

"Social stress will be shown to increase emotional disturbance and distress, and the reduction in stress will be followed by a reduced

disturbance. Instilling rational attitudes toward sexuality, and providing accurate sexual knowledge, will be shown to be associated with mature sexual behavior, while sexual ignorance and misunderstanding will be shown to be associated with anxiety and pathological sexual disturbances"

(Ketegangan sosial akan meningkatkan gangguan emosi dan penderitaan jiwa, sebaliknya mengurangi ketegangan/stress akan diikuti dengan pengurangan gangguan emosi. Menanamkan sikap rasional terhadap masalah seksualitas, dan memberikan pengetahuan seksual yang benar akan berhubungan dengan kematangan perilaku seksual, sementara ketidaktahuan dan kesalahfahaman akan menimbulkan dengan ketakutan dan gangguan patologis seksual).

Kondisi psikologis, seperti kemampuan berkomunikasi, *assertifitas*, *self-esteem*, *values*, kepercayaan diri dsb. Berkaitan dengan strategi "*coping*" remaja saat dihadapkan pada situasi memilih dan perilaku seks (Scales, 1983: 210).

Tujuan yang lebih operasional dikemukakan oleh Green (1980: 263-264). Menurutny karena keterbatasan kelas di sebagian besar sekolah dan kompleksnya variabel-variabel yang memengaruhi perilaku kesehatan, maka tujuan utama sebagian besar pendidikan kesehatan di sekolah adalah pemeliharaan perilaku-perilaku yang memperkuat kesehatan, bukan menekankan perubahan perilaku. Sedangkan indikasi minimum keberhasilannya adalah pengetahuan dan ketrampilan.

Berbeda dengan Green, Gochman (dalam Glanz dkk, 1997 : 10) menyatakan bahwa definisi kerja kesehatan perilaku bukan hanya perilaku yang bisa diamati (*overt action*), tetapi juga kejadian-kejadian mental dan pernyataan perasaan yang dapat dilaporkan dan diukur; Secara luas wilayah perilaku kesehatan : sifat-sifat pribadi seperti keyakinan, harapan, motivasi, nilai, persepsi dan elemen kognitif lainnya, karakteristik kepribadian, yaitu sifat-sifat dan pernyataan emosi dan afeksi, pola-pola perilaku yang nampak, tindakan, dan

kebiasaan yang berhubungan dengan menjaga kesehatan untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan.

Menurut Scales, agar pendidikan seksualitas mampu merubah pengetahuan, sikap dan perilaku seksual remaja dibutuhkan waktu sekitar 20-30 jam, namun jika tidak memungkinkan dan waktu yang disediakan terbatas, maka tujuan yang ingin dicapai pun harus dibatasi dan lebih realistis, yaitu merubah pengetahuan dan sikap sekilas.

2.3. Pengajar

Scales menyebutkan syarat yang cukup banyak bagi pengajar pendidikan seksualitas di sekolah, antara lain:

1. Memahami nilai dan ketrampilan interpersonal dan matang secara emosi...
2. Peka terhadap kekhasan remaja, menyadari pengaruh pembuatan keputusan tentang seksualitas
3. Peka terhadap berbagai nilai yang berkaitan dengan isu-isu seksual
4. Mempunyai banyak ketrampilan mengelola kelas, seperti mampu memimpin latihan-latihan dan diskusi yang membantu siswa menguji nilai mereka sendiri, dan mengkomunikasikan nilai-nilai yang luas
5. Menghargai dan bisa bergabung dengan anak muda
6. Hangat dan sensitif
7. Berniat untuk belajar juga mengajar
8. Siap mengabaikan ketidaknyamanan
9. Berkomunikasi dua arah
10. Berkomitmen untuk bebas berbicara dan berbeda nilai

Kirby dan Didemante menekankan fokus utama pendidikan seks adalah perilaku seks yang berisiko yang mengakibatkan HIV/AIDS dan kehamilan remaja. Sedangkan fokus tambahan adalah isu-isu seksualitas lainnya seperti peran gender, pacaran, parenthood (latihan menjadi orang tua). Birdthistle dan Vince-Whitman (1997 : 26) menyarankan agar kurikulum difokuskan pada: 1) perilaku dan kondisi khusus yang mempromosikan kesehatan reproduksi atau mencegah resiko atau penyakit, 2) Keterampilan diperlukan untuk mempraktekan perilaku tersebut, atau ditunjukkan pada kondisi-kondisi tersebut baik secara pribadi maupun berkelompok. 3) Pengetahuan yang spesifik sesuai dengan sikap, kepercayaan, dan nilai yang berhubungan dengan kondisi dan perilaku tersebut, 4) pengalaman belajar yang mengajarkan siswa untuk mencontoh dan mempraktekan

2.4. Kurikulum

muda oleh perawat sekolah, pekerja social, dokter, dan pemimpin agama kelompok anak. Instruktur/pengajar pendidikan seksualitas selain guru juga bisa dilakukan penggunaan kurikulum kesehatan meningkatkan penerapan program mereka. belajar siswa ketika guru dilatih dan menunjukkan bahwa pelatihan guru dalam pendidikan kesehatan menemukan perbedaan yang signifikan dalam dampak mengikuti pelatihan tentang kesehatan reproduksi, karena berbagai penelitian, & Vince-Whitman, 1997 : 27), menekankan pentingnya instruktur/pengajar Ross, Nelson & Kolbe, juga Connel, Turner & Mason (dalam Birdthistle secara jelas 11. Percaya bahwa tujuan utama pendidikan adalah membantu orang berpikir

kecakapan tersebut. Sedangkan Scales menekankan agar kurikulum pendidikan seksualitas berdasarkan pada tingkatan kelas dan sekolah yang disesuaikan dengan kemampuan kognitif remaja dan penalaran moral remaja.

Uraian Diclemente, Birdthistle & Ince Whitman, dan Scales menunjukkan bahwa kurikulum mencakup persoalan muatan informasi (materi), metode mengajar, dan nilai.

1) Materi

Scales menekankan bahwa materi-materi yang disampaikan harus didasarkan pada kebutuhan remaja dan merinci materi-materi tersebut berdasarkan tingkatan sekolah. Materi-materi untuk sekolah menengah pertama (*junior high school*) antara lain: *incest*, karakteristik seks sekunder, sistem reproduksi laki-laki dan perempuan, makna harga diri (*self-esteem*), sifat-hubungan seksual, resiko terlibat dalam hubungan seksual, pemahaman dasar tentang hubungan laki-laki-perempuan, pemahaman dasar tentang pencegahan kehamilan, bersikap dalam hubungan keluarga.

Sedangkan untuk sekolah menengah atas (*senior high school*) antara lain: perkembangan anak dan menjadi orang tua, cinta dan pacaran, masalah-masalah yang berhubungan dengan kehamilan remaja, penyakit seksual menular dan pencegahan kehamilan yang lebih rind, pro dan kontra terhadap pernikahan dini, termasuk orang tua tunggal dan sumber daya masyarakat, konsep persamaan seks dan training kecakapan asertifitas, munculnya perubahan pecan seks, masalah-masalah social dan emosi yang berhubungan

dengan seks, homoseksualitas, toleransi terhadap perbedaan seks, keintiman dan kepercayaan.

Untuk konteks Indonesia Arif Rahman dan Fakhruddin (2000) mengusulkan agar kurikulumnya antara lain: reproduksi, proses kelahiran, KB, perilaku menyimpang, kejahatan seks, perlindungan hukum, dan anatomi; sedangkan BKKBN (2001) mengajukan pengetahuan dasar KRR yang mencakup:

1. Tumbuh kembang remaja: perubahan fisik/psikis pada remaja, masa subur, anemi dan kesehatan reproduksi
2. Kehamilan dan melahirkan: usia ideal untuk hamil, bahaya hamil pada usia muda, berbagai aspek kehamilan tak diinginkan (KTD) dan abortus
3. Pendidikan seks bagi remaja: pengertian seks, perilaku seksual, akibat pendidikan seks dan keragaman seks
4. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS
5. Kekerasan seksual dan bagaimana menghindarinya
6. Bahaya narkoba dan miras pada kesehatan reproduksi
7. Pengaruh social dan media terhadap perilaku seksual
8. Kemampuan berkomunikasi: memperkuat kepercayaan diri dan bagaimana bersifat asertif
9. Hak-hak reproduksi dan fender

2) Metode

Kirby dan Didemonte menekankan bahwa metode yang digunakan adalah metode mengajar belajar aktif (*actif leaming methods*), yaitu siswa

secara aktif terlibat dalam memperoleh dan berbagi informasi dalam kegiatan pengalaman berstruktur (*experiential activities*), misalnya dengan teknik games, simulasi, kunjungan luar sekolah (misal: meninjau kondom di toko obat), dan sarana video.

Scales menekankan pada metode yang mampu menyadarkan remaja tentang nilai, kebutuhan dan motif diri sendiri maupun orang lain. Teknik yang dianjurkan adalah *role play*, *modeling situation* (*role play* oleh orang dewasa), diskusi, presentasi dua arah, praktek ilustrasi tanggung jawab sebagai orang tua, seperti dengan menjaga telur selama beberapa hari.

Green, Kreuter, Deeds, dan Patridge (1980 : 151-153) memerinci lebih lanjut tentang metode-metode pendidikan kesehatan yang dapat mempengaruhi faktor-faktor perilaku dalam diagnosa educational-nya. Menurutnya faktor predisposisi dan pemungkin dipengaruhi oleh metode kuliah-diskusi, pembelajaran perseorangan, media massa, alat bantu audio-visual, belajar terprogram, TV Pendidikan, pengembangan ketrampilan, simulasi dan permainan, *inquiry learning*, diskusi kelompok kecil, peneladanan (*modeling*) dan modifikasi perilaku. Beberapa metode yang digunakan disarikan pada tabel 2.2.

Tabel 2.2. Metode-Metode Belajar dan Penjelasan Metode

Metode	Penjelasan metode
Kuliah	Menanamkan informasi, mempengaruhi opini, merangsang pikiran, mengembangkan berpikir kritis
Skill buiding	Mengembangkan ketrampilan tertentu, misal komunikasi untuk pemecahan konflik, klarifikasi nilai, pembuatan keputusan dalam kelompok

Simulasi (permainan, role play, studi kasus, dramatisasi)	Metode pemberian pengalaman dengan menggunakan model situasi hidup nyata. Mempengaruhi wilayah afektif, klarifikasi nilai dan ketrampilan empati.
Diskusi kelompok sebaya	Meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan juga mengembangkan praktik kesehatan positif dan mempertinggi motivasi jangka panjang diantara pribadi-pribadi.
Alat bantu audio visual berbentuk film	Efektif dalam meningkatkan pengetahuan, menguatkan sikap yang ada, dan memudahkan perubahan perilaku bila ada predisposisi untuk tindakan.
Inquiry Learning (belajar menyelidik, pendekatan penemuan, problem solving)	Merupakan hakekat peninjauan dan pengalaman lapangan, mampu memupuk motivasi, dan secara umum perkembangan ketrampilan kognitif dalam aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi, dan membantu pikiran kritis, kerjasama demokrasi, pemecahan masalah yang kompleks dan klarifikasi nilai.

Sumber: Green dkk (1980 : 154-175).

Tones (dalam Birdthistle & Vince-Whitman, 1997 : 27) menekankan pentingnya klarifikasi nilai dalam pendidikan kesehatan reproduksi. Klarifikasi nilai memungkinkan siswa untuk memahami nilai mereka sendiri dan menghubungkannya dengan sikap mereka terhadap seksualitas. Dengan menggali dan memperjelas nilai mereka melalui debat dan diskusi, siswa dapat merefleksikannya pada dampak keputusan mereka, sikap, dan nilai yang mempengaruhi mereka.

3) Nilai dalam Pendidikan KRR

Baik Diclemente dan Kirby, Scales, maupun Gochman mencantumkan elemen nilai pada tujuan, kurikulum, dan metode pendidikan seksualitas, bahkan Scales secara lebih tegas menyatakan bahwa pendidikan seksualitas tidaklah bebas nilai. Pendidikan seksualitas dirancang dengan harapan agar

diterima di setiap komunitas, sehingga sebagian masyarakat dapat lebih memasukkan keyakinan mereka sendiri dalam tujuan pendidikan seksualitas. Setiap program dan komunitas akan menekankan nilai-nilai yang berbeda.

Menurut Halstead dan Taylor (dalam Reiss & Halstead, 2004 : 7-8) nilai adalah prinsip-prinsip dan keyakinan dasar yang berlaku sebagai petunjuk umum bagi perilaku, keyakinan abadi tentang apa itu berharga, ideal bagi yang mengupayakan, standar umum bagi kepercayaan khusus dan tindakan dinilai sebagai baik, benar, diinginkan dan mendapat penghargaan. Nilai seringkali dikategorikan atas dasar ideologi yang menumbuhkannya (misalnya nilai liberal, Katolik, Islam, demokrasi, atau humanis).

Pandangan liberal didasarkan pada tiga nilai yaitu kebebasan individu, hak yang sama bagi seluruh individu (kesetaraan), dan konsistensi rasionalitas (Reiss & Halstead, 2004 : 114-115). Kebebasan individu menurut Archad (dalam Halstead & Reiss, 2004 : 120-122). bermakna bahwa pendidikan harus memaksimalkan kesempatan dan kapasitas individu untuk melatih pilihan bebas mereka pilihan bebas ini berkaitan dengan perilaku seksual dan nilai, serta sikap seksual. Sisi lain dari kebebasan adalah "bebas dari", bebas dari bahaya adalah isi moralitas seksual liberal (Reiss & Halstead, 2004 : 122-123). Kesetaraan dalam pendidikan seksual menurut DfEE (Depwtemen for Education and Empoyment) dalam Halstead & Reiss, 2004 : 125) artinya siswa terbantu sedapat mungkin untuk mengembangkan keahlian mereka memahami perbedaan dan menghargai dirinya sendiri dan orang lain, serta bertujuan untuk mencegah dan merubah sikap curiga. Hal ini termasuk

mengajar siswa tentang nilai kesetaraan gender, meniadakan bahaya homofobia, perlunya menghargai perbedaan budaya dan agama. Sedangkan rasionalitas dalam pendidikan seksual, menurut Siegel (dalam Halstead & Reiss-Halstead, 2004 : 126), artinya mendorong pemikiran kritis, terbuka dan meyakinkan siswa bahwa mereka memiliki alasan yang baik untuk kepercayaan dan tindakannya. Promosi perilaku seks yang bertanggung jawab mencakup sejumlah nilai pendidikan liberal (Reiss & Halstead, 2004 : 120)

Pandangan agama tentang nilai seksual perlu dipertimbangkan karena dua alasan, pertama karena hampir semua orang memilikinya, kedua karena jika kita ingin hidup bersama di masyarakat pluralis, kita harus dapat memahami sesuatu yang dapat memotivasi orang lain (Reiss & Halstead, 2004 : 206-207). Arif Rahman dan Fakhruddin (2000) juga menekankan bahwa mengusulkan pendidikan seksualitas harus sesuai dengan agama dan norma yang sudah ditetapkan oleh masyarakat.

Pandangan agama yang perlu dipertimbangkan di Indonesia, diantaranya adalah pandangan agama Islam. Menurut Madani (2003 : 91) pendidikan seksual islami selain mengandung aspek pengetahuan-pengetahuan teoritis tentang masalah-masalah seksual, juga aspek hukum-hukum fiqh yang sesuai bagi setiap kondisi, misalnya mandi junub ketika selesai haid dan mimpi basah. Dalam hukum-hukum fiqh ini tercermin karakteristik nilai ketuhanan dan nilai kemanusiaan. Aspek ketuhanan artinya bahwa ada ikatan yang kuat antara aktivitas seksual yang suci dengan tujuan penciptaan seorang hamba, dengan demikian seks merupakan bagian dari

ibadah, dan aspek kemanusiaan, berarti bahwa seks sebagai bagian dari sifat manusia harus memperkuat aspek kemuliaan, kehormatan, dan kesucian manusia; misainya tidak melihat aurat orang lain (Madani, 2003 : 94-95).

3. Program Pendidikan Kesehatan Reproduksi Berbasis Sekolah

Program-program sekolah (Birdthistle & Vince-Whitman, 1997 : 7) tentang Kesehatan Reproduksi antar (*between*) dan dalam (*within*) berbagai negara cukup bervariasi. Tipe-tipe utama usaha-usaha pendidikan kesehatan seksualitas dan reproduksi, berdasar perbedaan tujuan dan penekanan materinya, adalah pendidikan kehidupan berkeluarga (*family life education*), pendidikan seksualitas (*sexuality education*), pendidikan kependudukan (*population education*), dan pendidikan HIV/AIDS (*HIV/AIDS education*). Menurut CPO dan Rowley banyak dari program-program ini, khususnya yang ditujukan pada HIV/AIDS, melibatkan anak muda sebagai pendidik kesehatan reproduksi atau seksualitas yang sudah terlatih (pendidik sebaya), konselor kesehatan reproduksi/kesehatan mental (konselor sebaya), atau memberikan layanan kesehatan reproduksi (*peer promoters* (promotor sebaya). Tetapi menurut Mc Cauley & Sarter mayoritas program sekolah memberikan informasi dan pendidikan, dan bukan layanan kesehatan.

Secara lebih singkat Birdthistle & Vince-Whitman (1997 : 7-9) menggambarkan bahwa program KRR berbasis sekolah mencakup: a) pendidikan berbasis sekolah (*school-based education*), b) pendidikan sebaya (*peer education*), c) *school-based reproductive health servkes* (layanan kesehatan berbasis sekolah). Pendidikan berbasis sekolah terbagi lagi dalam empat

penekanan isi, yaitu pendidikan kehidupan berkeluarga (*family life education*), pendidikan seksualitas (*sexuality education*), pendidikan kependudukan (*population education*), dan pendidikan HIV/AIDS (*HIV/AIDS education*). Karena penelitian ini lebih menekankan pada pendidikan KRR berbasis sekolah, maka selanjutnya akan diuraikan tentang pendidikan KRR berbasis sekolah beserta empat perbedaan penekanan materi dan tujuannya.

1) Pendidikan Kehidupan Berkeluarga (*Family Life Education*)

Kebanyakan program berbasis sekolah digambarkan sebagai program ini. *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* mendefinisikan program ini sebagai

"an educational process designed to assist young people in their physical, emotional and moral development as they prepare for adulthood, marriage, parenthood, aging as well as their social relationship in the socio-cultural context of the family and society".

(suatu proses pendidikan yang dirancang untuk membantu anak muda dalam perkembangan fisik, emosi dan moral mereka sebagai persiapan mereka menghadapi masa dewasa, pernikahan, menjadi orang tua, lanjut usia dan juga hubungan sosial mereka dalam konteks social budaya keluarga dan masyarakat).

Karena keengganan atau training guru yang kurang cukup, program ini umumnya bertujuan menghindari kontroversi dengan memfokuskan pada tanggung jawab keluarga dan orang tua. Isi informasi umumnya mencakup pertumbuhan populasi, kesehatan pribadi dan gizi, perencanaan keluarga, mendukung menahan seks (*sexual abstinence*). *McCauley & Salter* menambahkan informasi tentang pengambilan keputusan dan saling menghormati antara pria dan wanita, sedangkan menurut *Senderowitz Family*

Life Education juga memasukkan sedikit informasi perilaku seksual dan kontrasepsi.

Dalam Kirby dan D'Emery (1994 : 122) tipe ini dapat disejajarkan dengan pendekatan *abstinence-only* (hanya menahan diri untuk tidak berhubungan seks), pendekatan ini dilandasi oleh semangat moral dan ideologis, kurikulumnya sangat menekankan bahwa anak muda seharusnya tidak berhubungan seks sampai menikah. Dalam program ini tidak ada diskusi tentang kontrasepsi dan hanya menekankan pada resiko kontrasepsi.

2) Pendidikan Seksualitas (*Sexuality Education*)

Menurut Ford, D'Auriol, Ankomah, Davies & Mathie - (dalam Birdthistle & Vince-Whitman, 1997 : 8) program ini lebih memfokuskan diri pada individu, khususnya kegiatan seksual individu, biologi, hubungan, orientasi seksual dan perilaku seksual; PMS, pecan gender, sikap, dan nilai. *The Sex and Information Council of United States (SIECUS)* mendefinisikannya sebagai "*a lifelong process of acquiring information forming attitudes, beliefs and values about identity, relationships and intimacy*" (Suatu proses sepanjang hidup untuk memperoleh informasi yang dapat membentuk sikap, keyakinan dan nilai tentang identitas, hubungan dan keintiman). Tujuan utamanya adalah mempromosikan kesehatan seksual.

3) Pendidikan Kependudukan (*Population Education*)

Menurut *United Nations Population Fund (UNFPA)* program ini dirancang untuk "*help people understand the nature, causes and implications of population processes as they affect and are affected by individuals,*

families, communities and nations" (membantu orang-orang memahami sifat alami, penyebab dan dampak proses populasi, bahwa proses populasi mempengaruhi, dan dipengaruhi oleh individu, keluarga, komunitas dan bangsa).

4) Pendidikan HIV/AIDS (*HIV/AIDS Education*)

Dalam beberapa kasus pendidikan AIDS digabungkan dengan program pendidikan kehidupan keluarga. Umumnya pendidikan AIDS mengajarkan bagaimana HIV ditularkan dan tidak ditularkan dan dicegah. Program ini cenderung mendukung penggunaan kondom, dari pada mendiskusikan berbagai pilihan kontrasepsi. Kirby dan Diderment (1994 : 124) menggabungkan program ini dengan pendidikan seks, sehingga kurikulumnya lebih dikenal dengan nama *reducing the risk*.

Untuk memasukkan program-program pendidikan kesehatan reproduksi FLE, *Sexuality Education*, PopEd, dan HIV AIDS, dalam kurikulum sekolah, ditempuh pendekatan yang berbeda-beda. Pendekatan ini tergantung pada penilaian sumber daya yang dimiliki dan kebijakan yang dibuat oleh kementerian pendidikan (Birdthistle & Vince-Whitman : 32-33). Setidaknya ada empat strategi pendekatan yang sering digunakan, yaitu:

(1) Kursus tersendiri atau unit (*Separate Course or Unit*)

Program pendidikan KRR ditempatkan sebagai kurikulum terpisah atau unit tersendiri dengan kelas tunggal pendidikan kehidupan keluarga atau pendidikan kesehatan. Penerapan ini dipandang sebagai pendekatan terbaik, karena paling dapat menjamin memasukkan

informasi kesehatan reproduksi dan mengurangi penipisan/kedangkalan isi.

2) *Infusion* (mencampurkan)

Pendidikan kesehatan reproduksi digabungkan dalam pelajaran-pelajaran inti yang diajarkan oleh guru yang berbeda-beda. Metode ini memanfaatkan struktur yang sudah ada dan secara politis seringkali lebih diterima dari pada kursus kehidupan keluarga atau pendidikan seks yang terpisah (UNFPA, 19093). Menggabungkan dapat berarti menyebarkan dampak penyebaran pendidikan kesehatan reproduksi ke berbagai kursus yang berbeda berpotensi menipiskan dampak pendidikan kesehatan reproduksi. Untuk menjamin bahwa tujuan program dipahami dan informasi kesehatan reproduksi yang spesifik tidak akan diabaikan, maka tujuan pendidikan kesehatan reproduksi harus disusun sekolah secara jelas dan fokus, serta guru perlu dipilih dan dilatih.

3) Pendidik/penyuluh dari luar (*Outside Educator*)

Yaitu mendatangkan pendidik/penyuluh terlatih dari luar sekolah. Metode ini lebih bisa diterima oleh siswa karena menghilangkan hal-hal yang berkaitan dengan kepercayaan diri, menggunakan tehnik pendidikan yang inovatif, cenderung lebih partisipatoris dan interaktif. Penyuluh dari luar lebih banyak tahu tentang informasi kesehatan reproduksi dan lebih mau berbicara tentang perilaku seks daripada guru. Mereka juga bisa memfasilitasi siswa untuk mengakses layanan kesehatan di masyarakat. Sayangnya, model ini kurang menjamin keberlanjutan usaha-usaha

kesehatan reproduksi, kurang memberikan waktu yang cukup yang diinginkan kesehatan reproduksi untuk menghasilkan perubahan perilaku, ataupun menjamin menjadi petunjuk bagi siswa dan guru menanyakan pertanyaan sesudah kunjungan selesai.

4) Program HIV/AIDS

Yaitu mengenalkan muatan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi di sekolah melalui program usaha-usaha pencegahan HIV/AIDS yang baru. Kesehatan reproduksi atau pendidikan seksualitas dapat diintegrasikan dalam program pendidikan HIV/AIDS yang telah ada, atau sebaliknya.

F. Kerangka Pikir

1. Latar Belakang

Program ini merupakan salah satu lahan garap guru Bimbingan Konseling (BK) SMA Muhammadiyah 2 (MUHA) disamping bentuk layanan lainnya seperti bimbingan belajar dan bimbingan karir. Program penyuluhan dan konseling KRR merupakan salah satu bentuk layanan bimbingan pribadi dan layanan bimbingan sosial. Embrio program penyuluhan dan konseling KRR telah dimulai sejak adanya kerjasama antara SMA MUHA dengan BKKBN pada tahun 1998.

Pada tahun ini 1998, BKKBN mengundang guru BK untuk mengikuti pelatihan tentang kesehatan reproduksi remaja, dan selanjutnya SMA MUHA dijadikan sebagai salah satu sampel

pelaksanaan program Bimbingan Konseling Remaja-Adolescent *Reproduction Health* (BKR-ARH). BKKBN meminta guru BK menyusun proposal program orientasi BK-ARH di SMA MUHA yang tidak hanya melibatkan siswa, tetapi juga melibatkan guru lainnya dan orang tua/wali murid. Program ini memberikan penyuluhan dan konseling kepada 100 siswa dan orang tuanya masing-masing. Siswa yang menjadi peserta dipilih berdasarkan potensi /kecenderungan perilaku seksualnya, yaitu siswa yang berpotensi berperilaku seks positif dan siswa yang mempunyai potensi kecenderungan berperilaku seks negatif. Penyuluhan kepada orang tua dan siswa dilaksanakan secara terpisah baik waktu maupun tempat. Selain memberikan penyuluhan, guru BK juga memberikan konseling KRR kepada siswa-siswa yang menjadi peserta. Tim penyuluh adalah dua orang guru BK dan seorang guru biologi. Pendanaan program ini didukung oleh sebuah lembaga donor luar negeri.

Kurang lebih satu tahun setelah program kerjasama dengan BKKBN ini selesai (sekitar tahun 2000), BK menganggap program ini mempunyai nilai positif dan menganggap informasi kesehatan reproduksi sebagai suatu kebutuhan bagi siswa-siswi MUHA, diperkuat dengan adanya kasus kehamilan tak diinginkan yang terjadi pada salah seorang siswi MUHA, maka selanjutnya BK menjadikan program pendidikan kesehatan reproduksi ini sebagai salah satu bentuk layanannya (Dw, 8

Maret 2005), dengan nama program penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi remaja.

Hingga saat ini, hubungan antara SMA MUHA dengan BKKBN tetap terjalin. BKKBN kadang kala datang berkunjung ke SMA MUHA untuk menanyakan perkembangan program KRR dan juga mengundang guru BK jika ada seminar yang berkaitan dengan KRR.

2. Tujuan Program

Tujuan umum program penyuluhan dan konseling KRR adalah menanamkan pengertian tentang konsep dan program reproduksi sehat remaja dan nilai keluarga sejahtera bagi peserta didik melalui pendidikan belajar mengajar di sekolah.

Tujuan khususnya adalah meningkatkan pengetahuan dan pemahaman siswa tentang reproduksi remaja:

- a. Meningkatkan sikap dan prilaku yang positif siswa tentang reproduksi sehat remaja
- b. Meningkatkan pemahaman peserta didik tentang perencanaan keluarga

3. Pelaksana dan Sasaran Program

Pelaksana Program adalah guru Bimbingan dan Konseling bekerja sama dengan guru biologi, guru Pendidikan Jasmani dan Kesehatan (Penjaskes), guru Agama, dan Dokter, Perawat UKS.

Sasaran program adalah semua siswa-siswi kelas X, XI, dan XII

4. Waktu Pelaksanaan

Penyuluhan dilaksanakan dengan menggunakan jam BK, yaitu seminggu sekali selama 45 menit dan hari Jum'at bagi siswi yang sedang haid, pada saat jam shalat jum'at, para siswi ini dipisahkan berdasarkan tingkatan kelasnya. Guru Biologi, Penjaskes, dan Agama menyampaikannya pada waktu pelajaran masing-masing.

5. Kurikulum dan Materi

Guru BK menyampaikan materi tentang:

- a. Masa remaja, meliputi perubahan jasmani, psikhis dan sosial Remaja, tugas perkembangan remaja
- b. Reproduksi remaja, meliputi kematangan seksual (menstruasi dan mimpi basah), organ reproduksi laki-laki-perempuan, kehamilan, aborsi, alat Kontrasepsi, dan problematika (misal keputihan, masturbasi, onani, penjagaan alat reproduksi, dsb)
- c. Kenakalan remaja dan narkoba:

Guru yang lain, seperti guru Agama, guru Biologi, guru Penjaskes menyampaikan materi sesuai dengan kurikulum masing-masing.