

PENGARUH PEMBELAJARAN KOOPERATIF TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA TUNAGRAHITA RINGAN SMALB-C NEGERI SEMARANG

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat



Oleh:

Amanda Aini Chairunisa NIM 6411411211

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN 2016

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang November 2015

ABSTRAK

Amanda Aini Chairunisa

Pengaruh Pembelajaran Kooperatif terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Tunagrahita Ringan SMALB-C Negeri Semarang

VI + 157 halaman + 15 tabel + 3 gambar + 18 lampiran

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pembelajaran kooperatif terhadap men<mark>ingkatkan pengetah</mark>uan kesehatan reproduksi. Pembelajaran kooperatif merupakan salah satu metode pembelajaran dengan kegiatan diskusi kelompok seb<mark>agai ciri khasnya. Je</mark>nis penelitian ini adalah Quasy Experiment dengan pretest-posttest with control group. Populasi 47 orang yaitu siswa/i tunagrahita ringan di SMALB-C Negeri Semarang. Dengan purposive sampling, jumlah sampel sebany<mark>ak 10 pada tiap kelom</mark>pok. Kelompok eksperimen menggunakan pembelajaran kooperatif, kontrol menggunakan pembelajaran ceramah. Analisis data menggunakan uji T berpasangan dan uji *Pearson Product* Moment. Hasil analisis uji Pearson Product Moment, didapatkan nilai p = 0.000(p<0.05) dan nilai R = 0.990. Hal ini berarti peningkatan pengetahuan 98% dipengaruhi oleh penerapan pembelajaran kooperatif. Kesimpulannya yaitu pembelajaran kooperatif berpengaruh 98% terhadap peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja tunagrahita ringan. Saran yang diajukan kepada guru agar menggunakan pembelajaran kooperatif dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi.

Kata kunci : Tunagrahita ringan, Pembelajaran Kooperatif, Pengetahuan, Kesehatan Reproduksi

Kepustakaan : 52 (2001-2014)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Semarang State University
November 2015

ABSTACT

Amanda Aini Chairunisa

The Effect of Cooperative Learning to Increase Knowledge about Sex Education for the Educable Mentally Retarded Teenagers in Extraordinary Senior High School of Semarang

VI + 157 pages + 15 tables + 3 images + 18 attachments

The research's purpose is to know the effect of cooperative learning toward in improvement of sex knowledge. Cooperative learning is one method of learning with group discussions as its characteristic. Type of research is Quasy Experiment with pretest-posttest control group. The population was 47 that educable mentally retarded in SMALB-C of Semarang. Using purposive sampling, the number of samples are 10 on each group. The experiment group applied cooperative learning, control group applied learning lectures. Data analysis using paired t test and Pearson Product Moment Test. The analysis's results of Pearson Product Moment test, pvalue=0.000 (<0.05) and correlation 0,990 (Rcount²=0,98 or 98%). This means the improvement of sex knowledge 98% was influenced by cooperative learning. The conclusion is cooperative learning affect on the improvement of sex knowledge of educable mentally retarded. Suggestions is submitted to the teachers to use cooperative learning for teach sex education.

Key words: Educable Mentally Retarded, Cooperative Learning, Knowledge, Sex

Education

Literatures: 52 (2001-2014) 1145 MEGERI SEMARANG

PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya:

Nama : Amanda Aini Chairunisa

NIM : 6411411211

Jurusan : Ilmu Kesehatan MasyarakatFakultas : Fakultas Ilmu Keolahragaan

Judul Skripsi : Pengaruh Pembelajaran Kooperatif terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Tunagrahita Ringan SMALB-C Negeri Semarang

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi ini hasil karya saya sendiri dan tidak menjiplak kaya ilmiah orang lain, baik seluruh maupun sebagian. Bagian tulisna dalam skripsi ini yang merupakan kutipan dari karya ahli ataupun orang lain, telah diberi penjelasan sumbernya sesuai dengan tata cara pengutipan.

Apab<mark>ila pernyataan ini tidak benar, saaya bersedia</mark> menerima sanksi akademik dari Universitas Negeri Semarang dan sanksi hukum sesuai ketentuan yang berlaku di wilayah negara Republik Indonesia.

Semarang, Februari 2016

Yang menyatakan

Amanda Aini Chairunisa

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Sidang Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Amanda Aini Chairunisa NIM 6411411211 dengan judul "Pengaruh Pembelajaran Kooperatif terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Tunagrahita Ringan SMALB-C Negeri Semarang"

Pada hari : Kami	is .		
Tangga: Jan	Panhia		etaris
Prov Dr. Tyndy	o Rahayu, M.Pd		swara, S.TM.Sc
MP. 1961032	Dewan Penguji	NIP. 198208	Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	Muhammad Arinar, NIP, 19820518 2017		28/1-2016
(Penguji 1)	UNIVERSIVAS NIV	NES	1/2 - 2016
Anggota Penguji (Penguji 2)	dr. Fitri Indrawati, N NIP. 19830711 2008	1.P.H 501 2 008	
Anggota Penguji (Penguji 3)	Sofwan indarjo, S.K. NIP. 19760719 2008		3/2 - 2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ♥ Roda kehidupan selalu berputar, terus kayuh saja pedalmu dan yakinlah bahwa tidak ada usaha baik yang sia-sia.
- Bukan bahagia yang membuat kita bersyukur, tapi bersyukurlah yang membuat kita bahagia.
- ➡ Hidup ini memang tidak mudah, tapi Tuhan selalu menyertakan berbagai kemungkinan didalamnya.
- Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan (QS. Al Insyirah: 5-6)

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

- 1) Orangtua tersayang, Ibu Sri Hardiningsih dan Bapak Imam Husodo Sasongko.
- 2) Kakak terbaikku, Muhammad Aini Ridho P.
- 3) Teman-teman terbaikku

Almamaterku UNNES

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya untuk Allah SWT yang selalu melimpahkan rahmat dan pertolongan-Nya kepada penulis sehingga akhirnya penulis mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul "Pengaruh Pembelajaran Kooperatif terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Remaja Tunagrahita SMALB-C Negeri Semarang". Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Semarang.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis senantiasa mendapatkan dukungan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada yang terhormat:

- 1. Bapak Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd selaku Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan atas ijin penelitian.
- Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes selaku Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas persetujuan penelitian.
- 3. Bapak Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing atas dukungan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
- 4. Bapak Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes dan Ibu dr. Fitri Indrawati, M.PH., selaku penguji skripsi atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
- 5. Bapak Drs. Ciptono, selaku Kepala SLB Negeri Semarang atas ijin pengambilan data dan pelaksanaan penelitian.
- 6. Guru kelas X-XII SMALB-C, Pak Kuntjoro, Pak Rusbiyanto, Pak Bambang, Pak Wahyudin, Pak Sukandono, dan Pak Aswin atas saran, masukan dan bantuan dalam persiapan hingga pelaksanaan penelitian.

- 7. Siswa-siswi kelas X-XII SMALB-C Negeri Semarang yang telah sangat bersemangat dan membuat hari-hari pada saat pelaksanaan penelitian semakin semangat dan ceria.
- 8. Bapak Imam Husodo Sasongko, Ibu Sri Hardiningsih, dan kakak terbaikku Muhammad Aini Ridho Pratomo atas segala bentuk dukungan yang tak terhingga diberikan agar skripsi ini segera selesai.
- 9. Mardianawati F, Indah N, Dini Dalila, terimakasih telah menjadi sahabat baikku yang setia memberikan semangat dan bantuannya.
- 10. M. Syukri Ruslan terimakasih doa, dukungan, dan kesabarannya menemani proses penyelesaian skripsi ini.
- 11. Teman-teman baikku, Nuzzi, Yunita, Ratna M, Fitri, Rita, mbak Anindya dan juga seluruh armada PAMI Jateng 2014-2016 (terutama Gilang dan Charisna) atas seluruh doa, dukungan dan bantuan baik langsung maupun tidak langsung.
- 12. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan doa, dukungan serta bantuan sampai selesainya skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak diberkahi dan dilipatgandakan pahalanya oleh Allah SWT. Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna menyempurnakan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, Desember 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	I	Halaman
Abstra	ak	ii
Perny	ataan	iv
Penge	sahan	v
Motto	dan Persembahan	vi
Kata l	PengantarPengantar	vii
Daftai	r isi	ix
Daftai	r Tabel	xiv
Daftaı	r Gambar	xv
Daftaı	r Lampi <mark>ran</mark>	xvi
BAB 1	I PENDAHULUAN	1
1.1.	Latar Belakang	1
1.2.	Rumusan Masalah	8
1.3.	Tujuan Penelitian	8
1.3.1.	Tujuan Khusus	8
	Tujuan Umum	
	Manfaat Penelitian	8
1.5.	Keaslian Penelitian	9
1.6.	Ruang Lingkup Penelitian	10
1.6.1.	Ruang Lingkup Tempat	10
1.6.2.	Ruang Lingkup Waktu	10
163	Ruang Lingkun Keilmuan	10

BAB	II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1.	Kesehatan Reproduksi	11
2.1.1.	Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	12
2.1.2.	Kesehatan Reproduksi Remaja	12
2.2.	Remaja	14
2.2.1.	Perkembangan Remaja	14
2.2.2.	Faktor Penyebab <mark>Ma</mark> salah S <mark>eksu</mark> alitas pa <mark>da</mark> Remaja	16
2.3.	Tunagrahita	17
2.3.1.	Karakte <mark>ris</mark> tik	18
2.3.2.	Perkem <mark>bangan Kognitif Tun</mark> agra <mark>h</mark> ita	20
2.4.	Desain Pembelajaran	21
2.4.1.	Strategi <mark>Pembelajar</mark> an b <mark>ag</mark> i <mark>T</mark> una <mark>grahita</mark>	22
2.4.2.	Strategi Pembela <mark>jaran K</mark> ooperatif	22
2.5.	Media Pembelajaran	28
2.6.	Teori Pembelajaran	29
2.6.1.	Teori Belajar Kognitif	29
2.6.2.	Teori Lawrence Green	30
2.6.3.	UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG Teori S-O-R	33
2.7.	Kerangka Teori	37
BAB	III METODE PENELITIAN	38
3.1 K	erangka Konsep	38
3.2 V	ariabel Penelitian	39
33 H	lipotesis Penelitian	40

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	40
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	41
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	43
3.6.1. Populasi	43
3.6.2 Sampel	43
3.7 Sumber Data	45
3.7.1. Data Primer	45
3.7.2. Data Sekunder	45
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	46
3.8.1. Instrumen Penelitian	46
3.9 Prosedur Penelitian	47
3.9.1. Pre Eksperiment Measurement	47
3.9.2. Treatment	47
3.9.3. Post Eksperiment Measurement	49
3.10 Teknik Analisis Data	50
3.10.1. Pengolahan Data	50
3.10.1.1. Editing	50
JIMIVERSITAS NEGERI SEMARANG 3.10.1.2. Coding	50
3.10.1.3. Entry Data	50
3.10.1.4. Tabulasi	50
3.10.2. Analisis Data	50
3.10.2.1. Analisis Data Univariat	50
3 10 2 2 Analisis Data Rivariat	51

BAB IV HASIL PENELITIAN52
4.1. Gambaran SLB Negeri Semarang
4.2 . Deskripsi Responden
4.2.1. Karakteristik Responden
4.2.2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia
4.2.3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
4.2.4. Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Kelompok Eksperimen.54
4.2.5. Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Kelompok Kontrol56
4.3. Hasil Uji Statistik
4.3.1. Uji Normalitas Data
4.3.2. Perbeda <mark>an Pengetahuan Pretest</mark> dan Posttest 1 pada Kelompok
Eksperimen dan Kontrol58
4.3.3. Perbedaan Pengeta <mark>huan Pretest dan Posttest 2</mark> pada Kelompok
Eksperimen dan Kontrol59
4.3.4. Perbedaan Rata-rata <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan
Kontrol60
BAB V PEMBAHASAN
5.1. Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Kelompok Eksperimen 62
5.2. Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi pada Kelompok Kontrol64
5.3. Pembelajaran Kooperatif efektif terhadap Meningkatkan Pengetahuan tentang
Kesehatan Reproduksi65
5.4. Hambatan dan Kelemahan Penelitian
5.4.1 Hambatan Panalitian 68

5.4.2. Kelemahan Penelitian	69
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	70
6.1. Kesimpulan	70
6.2. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	76



DAFTAR TABEL

Halaman
Tabel 1.1. Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini9
Tabel 2.1. Karakteristik Pembelajaran Kooperatif
Tabel 2.2. Prosedur Pembelajaran Kooperatif
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel40
Tabel 3.2. Mekanisme Pembelajaran Kooperatif dan Ceramah
Tabel 4.1. Distribusi Usia
Tabel 4.2. Distribusi Jenis Kelamin
Tabel 4.3. Nilai Responden terkait Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi
pad <mark>a Kelompok Eksperim</mark> en55
Tabel 4.4. Distribusi Responden terkait Pengetahuan tentang Kesehatan
Reproduksi p <mark>ada Kel</mark> ompok Eksp <mark>erimen55</mark>
Tabel 4.5. Nilai Responden terkait Pengetahuan tentang Kesehatan Reproduksi
pada Kelompok Kontrol
Tabel 4.6. Distribusi Responden terkait Pengetahuan tentang Kesehatan
Reproduksi pada Kelompok Kontrol57
Tabel 4.7. Uji Normalitas Data
Tabel 4.8. Perbedaan Pengetahuan <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> 1 pada Kelompok
Eksperimen dan Kontrol
Tabel 4.9. Perbedaan Pengetahuan <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> 1 pada Kelompok
Eksperimen dan Kontrol
Tabel 4.10 Perbedaan Pengaruh <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok
Eksperimen dan Kontrol

DAFTAR GAMBAR

	Halamai
Gambar 2.1. Model Teori S-O-R	36
Gambar 2.3. Kerangka Teori	37
Gambar 3.1 Kerangka Konsen Penelitian	38



DAFTAR LAMPIRAN

Hala	amar
Lampiran 1 Surat Keputusan Pembimbing	.77
Lampiran 2 Etichal Clearance	.78
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	.79
Lampiran 4 Surat Keterangan Selesai Penelitian	.81
Lampiran 5 Angket Penelitian	.82
Lampiran 6 Rencana Pembelajaran	
Lampiran 7 Bahan Pembelajaran	.105
Lampiran 8 Bahan Diskusi Kelompok Eksperimen	.109
Lampiran 9 Daftar Nama Responden Uji Validitas dan Reabilitas	.113
Lampiran 10 Daftar Nama Responden Kelompok Eksperimen	.114
Lampiran 11 Daftar Nama Responden Kelompok Kontrol	.115
Lampiran 12 Hasil Analisis Uji Validitas dan Reabilitas	.116
Lampiran 13 Tabulasi Nilai Hasil <i>Pretest</i> Kelompok Eksperimen	.118
Lampiran 14 Tabulasi Nilai Hasil Posttest Kelompok Eksperimen	.119
Lampiran 15 Tabulasi Nilai Hasil <i>Pretest</i> Kelompok Kontrol	.121
Lampiran 16 Tabulasi Nilai Hasil <i>Posttest</i> Kelompok Kontrol	
Lampiran 17 Hasil Analisis Uji Statistik	.124
Lampiran 18 Dokumentasi Kegiatan	.138

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa remaja adalah masa dimana seseorang berada dalam fase anak menjelang dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, perilaku, kognitif, biologis, dan emosi. Batasan usia remaja antara 12-24 tahun (Effendi dan Makhfudli, 2009:221). Salah satu perubahan yang paling *significant* adalah perubahan fisik, terutama pada organ reproduksi. Kinerja hormon reproduksi meningkat tajam pada awal masa pubertas (Santrock, 2003: 84).

Remaja identik dengan semangat yang tinggi dan rasa ingin tahu yang menggebu-gebu. Menurut teori kognitif yang dikemukakan oleh Piaget (1954) remaja termotivasi untuk mendapatkan informasi baru. Informasi tersebut akan diproses untuk dapat dipahami remaja, melalui proses informasi masuk dalam pikiran remaja, disimpan dan kembali dikeluarkan untuk memungkinkan proses berpikir dan memecahkan masalah. Menurut Freud (1917) dalam teori psikoanalisisnya, terdapat 3 struktur kepribadian yang sangat mempengaruhi perilaku remaja diantaranya id, ego, dan supergo.

Salah satu perilaku remaja yang berkaitan dengan teori psikoanalisis adalah perilaku seksual remaja. Menurut Suryoputro, dkk (2006: 35) proporsi terbanyak (lebih dari 75%) usia pertama kali seseorang melakukan hubungan seksual adalah usia 18 tahun. Sebagian besar remaja mulai melakukan hubungan seksual pada tingkat sekolah menengah atas (usia SMA antara 15-18 tahun). Ketua Komisi Perlindungan Anak (KPAI), Maria Ulfah Anshor (dalam

www.tempo.co, Rabu, 6 Juni 2012) menyatakan bahwa usia pertamakali remaja berpacaran adalah 12 tahun. Perilaku pacaran remaja juga semakin permisif yaitu sebanyak 92% remaja berpegangan tangan saat pacaran, 82% berciuman, 63% rabaan petting. Perilaku-perilaku tersebut kemudian memicu remaja melakukan hubungan seksual. Berdasarkan data BKKBN (dalam www.bkkbn.go.id tahun 2014) terdapat sebanyak 46% remaja berusia 15-19 tahun sudah melakukan hubungan seksual dan 48-51% perempuan hamil di Indonesia adalah remaja.

Remaja tunagrahita merupakan kelompok remaja dibawah normal dan atau lebih lamban daripada anak normal, baik perkembangan sosial maupun kecerdasannya (PP No 72 tahun 1991). Kemampuan berpikir (kecerdasan) yang lamban dan tidak dapat berkembang secara permanen seperti anak pada umumnya diusia yang sama menjadi ciri utama penyandang tunagrahita. Hambatan dalam melakukan penyesuaian diri dengan lingkungan sekitarnya juga dialami penyandang tunagrahita (Apriyanto, 2012: 23). Tingkat kecerdasan seseorang dapat diukur salah satunya dengan melakukan tes IQ. Bila seseorang secara rutin mendapat nilai dibawah 70 dalam tes IQ, dapat dikatakan bahwa seseorang tersebut merupakan penyandang tunagrahita (Libal, 2009: 22).

Ciri-ciri tunagrahita dapat dideteksi secara dini. Ada yang berbeda dengan perkembangan diri mereka: penampilan fisik yang tidak seimbang, tidak dapat mengurus dirinya sendiri sesuai dengan usianya, perkembangan motorik dan psikomotorik yang terhambat, serta kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya (Depdiknas, 2003). Klasifikasi tunagrahita menurut Skala *Weschler (WISC)* dan tes *Standford Binet* adalah tunagrahita ringan, sedang dan

LIND/ERSITAS NEGERESEMARANG

berat. Semakin berat tingkat tunagrahita semakin rendah pula tingkat IQ dan kemampuan intelektual seseorang untuk berpikir (Somantri, 2007: 106).

Tunagrahita ringan memiliki tingkat IQ antara 69-55 sehingga masih memungkinkan untuk dididik dan dilatih dalam pengembangan akademik. Dalam keperluan pembelajaran, tunagrahita ringan masuk dalam golongan *educable* atau masih mempunyai kemampuan dalam akademik setara dengan anak normal pada usia 10-11 tahun (Apriyanto, 2012:31). Menurut Wardani (2002) penyandang tunagrahita ringan memiliki kecerdasan yang berkembang dengan kecepatan setengah atau tigaperempat kecepatan anak normal dan masih memiliki kemampuan bergaul serta mempelajari pekerjaan tertentu meski tidak sempurna.

Penyandang tunagrahita yang menjelang masa pubertas (remaja) memiliki keterbatasan dalam banyak hal, namun mereka memiliki perkembangan fisik dan ciri perkembangan seksual yang sama dengan remaja normal (Farisa, 2013). Berdasarkan penelitian Farisa (2013) terhadap 2 responden yang merupakan remaja tunagrahita, masing-masing menunjukkan perilaku seksual yang menyimpang dan diluar kendali. Salah seorang respondennya bahkan pernah melakukan *oral seks* dengan teman sekelasnya didalam kelas. Perilaku seksual menyimpang lainnya seperti bermain alat kelamin, menggesek-gesekkan alat kelamin di matras, teman dan gurunya juga sering dilakukan oleh respondennya.

Studi pendahuluan penelitian dilakukan pada 17 Maret 2015 di Sekolah Menengah Atas Luar Biasa (SMALB-C) Negeri Semarang dengan tujuan mengetahui pengetahuan awal responden tentang kesehatan reproduksi dan perilakunya. Studi pendahuluan dilakukan dengan teknik wawancara mendalam

terhadap 12 siswa tunagrahita ringan SMALB-C (2 siswa kelas X, 5 siswa kelas XI, dan 5 siswa kelas XII). Penetapan jumlah sampel tersebut menggunakan rumus Isaac dan Michael dengan total populasi adalah 45 siswa dari kelas tunagrahita ringan. Pengambilan sampel berdasarkan rekomendasi guru dan acak. Hasilnya yaitu sebanyak 83% (10 siswa) sudah mengalami pubertas (mimpi basah dan menstruasi), 50% (6 siswa) SMALB-C sudah memiliki pacar, 30% (4 siswa) sudah pernah menonton video hubungan seksual, sebanyak 8% (1 siswa) memiliki kegemaran memainkan alat kelamin, dan hanya 8% (1 orang) yang mengetahui tentang alat reproduksi baik nama, fungsi, dan etika berperilaku seksual pasca masa pubertas.

Studi pendahuluan juga diterapkan kepada guru pengampu kelas tunagrahita ringan SMALB-C Negeri Semarang. Total guru pengampu adalah 6 guru dengan rincian 2 guru mengampu kelas X, 2 guru mengampu kelas XI, dan 2 guru mengampu kelas XII. Guru pengampu tersebut bertugas mengajar dan memberikan pengawasan kepada siswa-siswi tunagrahita ringan, baik pada jam pelajaran maupun jam istirahat. Keenam guru tersebut diberi angket yang berisi pertanyaan kebiasaan remaja tunagrahita dalam berperilaku seksual dan penerapan metode pembelajaran bagi penyandang tunagrahita ringan. Hasilnya yaitu sebanyak 100% (6 guru) menyatakan sepakat apabila diadakan pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja tunagrahita. Alasan yang paling mendominasi yaitu sebesar 83% (5 guru) menyatakan pentingnya mengajarkan etika berperilaku seksual pada remaja tunagrahita untuk menghindari perilaku seksual yang

menyimpang yang dilakukan remaja tunagrahita. Alasan lainnya yaitu bahwa pendidikan bagi remaja tunagrahita paling efektif dilakukan di sekolah.

Penerimaan positif terhadap gagasan pemberian pendidikan kesehatan reproduksi kepada remaja tunagrahita ternyata juga disambut baik oleh orangtua siswa penyandang tunagrahita. Berdasarkan penelitian sebelumnya, Saadah (2009) mengungkapkan bahwa seluruh subjek penelitiannya (ibu dari remaja putri tunagrahita di SMPLB-C dan C1 Widya Bhakti Semarang) menunjukkan respon positif terhadap gagasan diberikannya pemahaman mengenai kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita.

Enam guru pengampu kelas tunagrahita ringan SMALB-C Negeri Semarang dalam angket studi pendahuluan menyatakan bahwa belum pernah ada pendidikan dengan materi khusus mengenai kesehatan reproduksi bagi siswasiswinya. Materi yang pernah diberikan hanya terkait ciri-ciri makhluk hidup, perkembangan dan petumbuhan manusia, dan penyesuaian makhluk hidup dengan lingkungannya. Materi tersebut sudah masuk dalam kurikulum mata pelajaran IPA SMALB-C. Belum pernah ada materi tentang organ reproduksi, fungsi organ reproduksi, hak reproduksi, dan pemahaman mengenai perilaku seksual yang sehat dan bertanggungjawab. Padahal menurut Kumalasari dan Andhyantoro, 2013:12) keterbatasan pengetahuan dan pemahaman remaja terkait kesehatan reproduksi dapat membawa remaja kearah perilaku seksual yang beresiko.

Keterbatasan pengetahuan dan pemahaman siswa-siswi tunagrahita ringan SMALB-C terkait kesehatan reproduksi terbukti dengan ditemukannya tiga kasus penyimpangan perilaku seksual (berhubungan seksual) yang dilakukan oleh

tiga pasangan siswa tunagrahita ringan SMALB-C di sekolah dalam 2 tahun ini. Sikap guru pengampu kelas tunagrahita ringan pasca mengetahui kasus tersebut hanya sebatas memberikan pengawasan lebih kepada siswa-siswinya terutama pada jam istirahat. Pemberian teguran juga dilakukan oleh guru kepada siswa-siswi yang mulai menunjukkan perilaku berpacaran yang tidak sehat dan perilaku seksual yang menyimpang seperti menggesek-gesekkan alat kelamin dan menonton video porno.

Pemberian pemahaman tentang hak reproduksi manusia belum diterapkan oleh guru pengampu kelas tunagrahita ringan. Alasan yang diungkapkan dalam angket studi pendahuluan adalah belum adanya referensi baik bahan maupun metode pembelajaran yang dapat diterapkan untuk siswa-siswinya yang memiliki keterbatasan mental. Hal inilah yang menarik peneliti untuk menemukan strategi pembelajaran tentang kesehatan reproduksi yang sesuai bagi remaja tunagrahita ringan.

Dari 6 guru yang diberi angket, sebanyak 83% (5 guru) menyatakan bahwa metode bercerita (ceramah) dan pemberian tugas merupakan metode pembelajaran yang paling efektif bagi siswa tunagrahita ringan. Sedangkan menurut Apriyanto (2012:63-74) terdapat beberapa strategi pembelajaran untuk tunagrahita, yaitu strategi pembelajaran yang diindividualisasikan, strategi kooperatif, strategi motivasi/kompetitif, strategi belajar dan tingkah laku dan strategi kognitif. Dari kelima strategi pembelajaran tersebut, strategi pembelajaran kooperatif dirasa paling efektif untuk digunakan jika guru ingin mengembangkan

kemampuan komunikasi, motivasi, dan kemampuan siswa dalam memecahkan masalah (Apriyanto, 2012: 69).

Pembelajaran kooperatif merupakan model pembelajaran dimana siswa belajar dalam kelompok kecil yang heterogen dan dikelompokkan dengan tingkat kemampuan yang berbeda untuk menyelesaikan tugas tertentu. Dalam menyelesaikan tugas, anggota saling bekerja sama dan membantu memahami bahan pembelajaran. Belajar belum selesai jika salah satu anggota belum menguasai bahan pembelajaran (Hamruni, 2012:118). Atas dasar inilah peneliti memilih pembelajaran kooperatif sebagai metode pembelajaran yang akan digunakan untuk memberikan pemahaman kesehatan reproduksi bagi remaja tunagrahita ringan.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa penggunaan pembelajaran kooperatif dapat meningkatkan kemampuan prestasi belajar, kemampuan hubungan sosial, dan menumbuhkan sikap saling menerima kekurangan maupun kelebihan oranglain. Pembelajaran kooperatif juga dapat merealisasikan kebutuhan siswa dalam belajar berpikir, memecahkan masalah, dan mengintegrasikan pengetahuan dengan ketrampilan. Dari beberapa kelebihan tersebut, maka pembelajaran kooperatif merupakan bentuk pembelajaran yang dapat memperbaiki sistem pembelajaran yang selama digunakan (Hamruni, 2012:

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh pembelajaran kooperatif dalam meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita ringan di SMALB-C Negeri Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengetahui apakah ada pengaruh pembelajaran kooperatif dalam meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita ringan di SMALB-C Negeri Semarang.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- 1. Mengetahui metode pembelajaran yang sesuai untuk remaja tunagrahita ringan terkait kesehatan reproduksi remaja.
- 2. Mengetahui perbedaan efektivitas sex education dengan menggunakan metode pembelajaran kooperatif dan ceramah biasa.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah:

 Menambah dan menyumbang ilmu dibidang kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita terutama untuk aplikasi ilmu kesehatan masyarakat.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANGI

2. Membuka wacana baru terkait metode pembelajaran kesehatan reproduksi pada remaja tunagrahita.

 Bagi peneliti, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat terutama kesehatan reproduksi bagi penyandang tunagrahita.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1. Penelitian-penelitian yang Relevan dengan Penelitian ini

No	Judul	Nama	Tahun,	Metode	Variabel	Hasil
110	Penelitian	Peneliti	tempat	Penelitian	Penelitian	Penelitian
			penelitian			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Strategi Pembelajaran Kooperatif dalam Meningkatkan Prestasi Belajar Berhitung Anak Tunagrahita Ringan di Sekolah Luar Biasa	Tjutju Soendari dan Muhdar Mahmud	2004, SLB- BC Nurani Kota Cimahi, Jawa Barat	Deskriptif Kualitatif	Gambaran implementasi strategi pembelajaran kooperatif dalam meningkatkan prestasi berhitung anak tunagrahita ringan.	Strategi kooperatif dapat diterapkan dalam proses belajar mengajar di SLB-C dengan pertimbangan kemampuan anak, usian jenis kelamin dan tingkat kesulitan materi pelajaran.
2.	Perspektif Orangtua mengenai Seksualitas Remaja Retardasi Mental	Emmanuela Hadriami dan Esthi Rahayu	NI	Kualitatif GERUSEM	Persepsi orangtua terhadap perilaku seksual anaknya yang menyandang retardasi mental.	Orangtua tidak terlalu khawatir akan kemungkinan terjadinya perilaku seksual menyimpang pada anaknya yang tunagrahita. Pendidikan tentang seksualitas pada remaja juga tidak terlaku dianggap penting. Hal ini berbeda dengan persepsi guru anak mereka yang tetap mengawasi perilaku siswa-siswi tunagrahita serta memberikan pengetahuan tentang seksualitas yang diintegerasikan.

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
3.	Faktor-faktor Penyebab Perilaku Seksual Menyimpang	Tiara Devi Farisa	2013, Semarang	Kualitatif	Faktor penyebab perilaku seksual remaja tunagrahita	Faktor meningkatnya kadar libido, kontrol diri, pola asuh orangtua, pengaruh teman sebaya,
	pada Remaja Tunagrahita SLB N Semarang					menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku seksual menyimpang pada remaja tunagrahita.

Penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian sebelumnya.

Perbedaan itu antara lain:

- 1. Tema strategi pembelajaran kooperatif sama seperti tema yang diangkat dalam penelitian Tjutju Soendari dan Muhdar Mahmud (2004), namun metode penelitiannya berbeda dimana penelitian ini menggunakan metode *quasy eksperiment*.
- 2. Sasaran dalam penelitian ini juga berbeda dari penelitian sebelumnya, dimana sasaran dalam penelitian ini adalah fokus pada siswa-siswi SMALB-C (tunagrahita ringan).

1.6 Ruang Lingkup

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian dilakukan di Sekolah Menengah Atas Luar Biasa kelas tunagrahita ringan (SMALB-C).

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan dalam waktu 6 bulan dimulai pada bulan Maret-Oktober tahun 2015.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup penelitian yaitu terkait ilmu kesehatan reproduksi dan strategi pembelajaran bagi remaja tunagrahita.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut WHO (World Health Organization) dan ICDP (International on Population and Development) 1994 adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit dan kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsi serta proses-prosesnya. Sedangkan menurut Manuaba tahun 2001 menyatakan bahwa kesehatan reproduksi adalah kemampuan seorang wanita untuk memanfaatkan dan mengatur alat reproduksi dan kesuburannya sehingga dapat menjalani kehamilan dan persalinan secara aman serta mendapatkan bayi tanpa resiko apapun dan selanjutnya dapat mengembalikan kesehatannya dalam batas normal (Maryanti dan Septikasari, 2009: 4-5).

Sejarah kesehatan reproduksi bermula pada tahun 1968 dimana dalam konferensi internasional hak asasi manusia (HAM) menghasilkan 2 keputusan yaitu hak untuk menentukan jumlah dan jarak anak, serta hak untuk mendapatkan pendidikan dasar dan informasi mengenai hal tersebut. Kemudian pada tahun 1990-an muncul berbagai pendangan baru mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi berdasarkan HAM. Dalam 1 dekade tersebut terjadi 2 kali konferensi internasional yang membahas mengenai HAM (Konferensi Wina tahun 1993) serta Kependudukan dan Pembangunan (ICPD tahun 1994). Salah satu hasil konferensi ICPD (program 20 tahun) yaitu mengintegrasikan program keluarga

berencana ke dalam agenda kesehatan perempuan yang lebih luas. (Maryanti dan Septikasari, 2009: 3)

2.1.1. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan fase kehidupan manusia, dimulai sejak lahir hingga mati. Pelaksanaan kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan manusia (*life cycle approch*) dengan memperhatikan memperhatikan hak reproduksi perorangan agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas dengan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia (Kumalasari dan Andhyantoro, 2013: 1).

Terdapat 5 tahap dalam pendekatan siklus hidup, diantaranya: 1) Konsepsi, 2) Bayi dan anak, 3) Remaja, 4) Usia subur, 5) Usia lanjut. Sesuai dengan kebutuhannya, telah disepakati 4 komponen prioritas kesehatan reproduksi untuk masyarakat Indonesia, diantaranya 1) kesehatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), 2) Keluarga Berencana (KB), 3) Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), dan 4) Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS (Kumalasari dan Andhyantoro, 2013: 1).

2.1.2. Kesehatan Reproduksi Remaja

Definisi umum Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) adalah kondisi sehat dari sistem, fungsi, dan alat reproduksi yang dimiliki oleh remaja yaitu lakilaki dan wanita usia 10-24 tahun. Sejak tahun 2000, pemerintah Indonesia telah mengangkat KRR menjadi program nasional, dengan mengutamakan pelayanan membantu remaja untuk memiliki status kesehatan reproduksi yang baik melalui

LINDVERSITAS NEGERL SEMARANG.

pemberian informasi, pelayanan konseling, dan pendidikan ketrampilan hidup. Pemahaman remaja terkait kesehatan reproduksi dapat menjadi bekal bagi remaja dalam berperilaku sehat dan bertanggungjawab. Keterbatasan pengetahuan dan pemahaman remaja terkait kesehatan reproduksi dapat membawa remaja kearah perilaku seksual beresiko (Kumalasari dan Andhyantoro, 2013: 12).

Kesehatan reproduksi remaja berdampak panjang. Pengambilan segala keputusan terkait dengan kesehatan reproduksi mempunyai konsekuensi atau akibat jangka panjang dalam perkembangan dan kehidupan sosial remaja. Informasi menyesatkan terkait dengan kesehatan reproduksi juga banyak memicu kehidupan seksualitas remaja. Namun sayangnya informasi yang makin marak diberbagai media ini tidak dibarengi dengan pemahaman remaja yang baik tentang kesehatan reproduksi (Kumalasari dan Andhyantoro, 2013: 1). Menurut BKKBN (2008: 5) masalah seksualitas sering dialami oleh remaja di Indonesia. Masalah muncul ketika organ reproduksi mulai berfungsi sedangkan remaja belum memiliki pengetahuan yang cukup mengenai kesehatan reproduksi. Berdasarkan survei yang dilakukan BKKBN tahun 2004, remaja usia 13-15 tahun di beberapa kota besar seperti Bandung, Jakarta, dan Yogyakarta sebanyak 20-30% telah melakukan hubungan seks pranikah.

Kebijakan hukum terkait pendidikan kesehatan reproduksi remaja juga telah tertuang dalam buku Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia (Depkes RI, 2005). Landasan hukum yang digunakan diantaranya:

1. UU No 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak.

- UU No 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera.
- 3. UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
- 4. InPres 1997 tentang Penyelenggaraan dan Pengembangan Kualitas Anak
- Permenkes No 433/Menkes/SK/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi (Depkes RI, 2005).

2.2. Remaja

Remaja berasal dari baasa latin "adolescere" yang berarti kematangan. Kematangan yang dimaksud tidak hanya fisik namun juga psikologis. Masa remaja merupakan masa transisi yang ditandai dengan adanya perubahan fisik, emosi, dan psikis. Remaja merupakan fase dimana masa kematangan organ reproduksi manusia dan sering juga disebut masa pubertas. Remaja juga sering dikatakan sebagai masa peralihan antara masa anak-anak menjadi dewasa (Widyastuti, dkk. 2009.: 11). Menurut WHO (2007) batasan usia remaja antara 12-24 tahun. Masa remaja merupakan masa dimana seseorang berada diantara fase anak menjelang dewasa yang ditandai dengan perubahan fisik, perilaku, kognitif, biologis, dan emosi (Effendi dan Makhfudli, 2009: 221).

2.2.1. Perkembangan Remaja

Menurut Widyastuti (2009: 11) remaja memiliki 3 masa (rentang waktu) dalam perkembangannya, diantaranya:

LINDVERSITAS NEGERL SEMARANG.

1. Masa remaja awal (10-12 tahun)

Pada masa ini, remaja tampak lebih edkat dan mulai nyaman dengan teman sebanyanya. Rasa ingin bebas juga mulai tumbuh pada masa ini. Selain itu,

perhatiannya terhadap dirinya sendiri juga lebih ssering dan mulai berimajinasi/berkhayal (abstrak).

2. Masa remaja tengah (13-15 tahun)

Remaja pada masa ini mulai ingin mencari identitas diri. Keinginan untuk berkencan atau mengungkapkan perasaan cinta kepada lawan jenisnya semakin berkembang pada masa ini. Kemampuan berkhayal, terutama kaitannya dengan seksual juga semakin berkembang.

3. Masa remaja akhi<mark>r (16-19 tah</mark>un)

Remaja pada masa ini mulai lebih selektif dalam memilih teman. Upaya untuk mengungkapkan kebebasan diri dan karakter dirinya juga semakin nampak. Tingkat kematangan dalam mewujudkan perasaan cinta dan berpikir khayal atau abstrak juga semakin matang.

Beberapa catatan khusus juga ditermukan pada masa peralihan remaja. Mula-mula terlihat perubahan jasmani/fisik yang semakin cepat. Perubahan itu diikuti dengan perkembangan intelektualnya yang mengarah pada pemikiran tentang dirinya (refleksi diri). Kemudian akan semakin nampak perubahan dalam hubungan sosial antara anak dengan orangtua, dan orang lain dalam lingkungan dekatnya. Hal ini diikuti dengan perubahan harapan dan tuntutan orang terhadap remaja. Perubahan dalam berperilaku, mendapatkan pengalaman hidup, dan kebutuhan seksual juga sangat mendominasi catatan khusus masa remaja (Gunarsa, 2008: 204).

Remaja memerlukan pengertian dari oranglain, karena banyaknya tuntutan dan harapan lingkungan terhadap remaja. Harapan masyarakat terhadap

remaja dapat dipenuhi melalui proses remaja dalam menjalankan tugas-tugasnya. Proses tersebut juga tergantung dari reaksi lingkungan dan pemahaman lingkungan terhadap munculnya perubahan tersebut. Menerima keadaan fisik dirinya sendiri, memperoleh kebebasan emosional, mampu bergaul, menemukan model untuk identifikasi, mengetahui dan menerima kemampuan sendiri, memperkuat penguasaan diri atas dasar skala nilai dan norma, serta meninggalkan reaksi dan cara penyesuaian kekanak-kanakan, merupakan beberapa macam tugas perkembangan bagi remaja yang harus dilalui dan dilaksanakan remaja dan secara otomatis akan mendapatkan reaksi dari lingkungannya (Gunarsa, 2008: 207).

Selain itu, remaja juga memiliki tugas-tugas yang harus dipenuhi sehubungan dengan perkembangan seksualitas remaja, diantaranya 1) memiliki pengetahuan yang benar tentang seks dan berbagai peran jenis kelamin yang dapat diterima masyarakat. 2) Mengembangkan sikap yang benar kaitannya dengan seksualitas. 3) Mengenali pola-pola perilaku hetero seksual yang dapat diterima masyarakat. 4) Menetapkan nilai-nilai yang harus diperjuangkan dalam memilih pasangan hidup. Serta 5) mempelajari cara0cara mengekspresikan cinta (Widyastuti dkk, 2009: 14)

2.2.2. Faktor Penyebab Masalah Seksualitas pada Remaja

Pada masa remaja, sering terjadi perubahan tak seimbang antara perubahan organ-organ fisik yang sangat cepat namun tidak diimbangi dengan perubahan kejiwaan. Kematangan seksual atau alat reproduksi terjadi berkaitan dengan sistem reproduksi merupakan hal penting dalam kehidupan remaja, sehingga diperlukan perhatian khusus. Karena apabila tidak dilakukan, akan

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG.

timbul dorongan-dorongan seksual yang tidak sehat yang akan menimbulkan perilaku seksual yang tidak bertanggungjawab (Widyastuti, dkk. 2009.: 11).

Menurut Sarwono (2011: 188) faktor penyebab masalah seksualitas pada remaja: 1) Meningkatnya libido seksualitas yang disebabkan perubahan hormon remaja. 2) Penundaan usia perkawinan. Penundaan tersebut karena adanya undang-undang yang mengatur tentang batas usia menikah. 3) Adanya larangan dan memandang bahwa seks adalah adalah hal yang tabu sehingga remaja cenderung melanggar larangan tersebut. 4) Kurangnya informasi mengenai seks karena hubungan yang tidak terbuka antara orang tua dan anak. 5) Pergaulan remaja yang sekarang semakin bebas.

2.3. Tunagrahita

Anak-anak dalam kelompok dibawah normal dan atau lebih lamban daripada anak biasa, baik perkembangan sosial maupun kecerdasannya disebut anak keterbelakangan mental, istilah resminya di Indonesia yaitu anak tunagrahita (PP No 72 tahun 1991). Tunagrahita / retardasi mental menurut PPDGJ III (2001 : 119) adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.

Menurut Apriyanto (2012: 12) anak tunagrahita merupakan anak yang secara signifikan memiliki kecerdasan dibawah rata-rata anak pada umumnya dengan disertai hambatan dalam penyesuaian diri dengan lingkungannya. Mereka

mengalami keterlambatan disegala bidang, dan hal tersebut sifatnya permanen. Rentang memori mereka pendek, serta kurang dapat berpikir pelik dan abastrak.

Tunagrahita berkaitan dengan fungsi intelektual dibawah rata-rata yang umumnya terjadi selama periode perkembangan dan disertai dengan hambatan perilaku adaptif (Apriyanto, 2012: 24). Perilaku adaptif tidak bersifat intelektual, namun lebih pada kebiasaan sehari-hari seperti menolong diri sendiri (makan, minum, menyuap sendiri, berpakaian, pergi ke WC, menjaga kebersihan diri sendiri, dan sebagainya). Keterbatasan dalam komunikasi dan ketrampilan sosial serta pengendalian emosi juga mereka alami (Delphie, 2007: 45).

2.3.1. Karakteristik

Berdasarkan pengukuran menggunakan tes Standford Binet dan Skala Weschler (WISC) tunagrahita diklasifikasikan dalam 3 kategori: ringan, sedang, dan berat. Klasifikasi tunagrahita ringan (IQ antara 69-55) masih mungkin untuk dididik dan dilatih dalam pengembangan akademik seperti membaca, menulis, dan berhitung. Namun mereka terbatas dalam penyesuaian sosial secara independen dan tidak dapat merencanakan masa depan. Tunagrahita sedang biasanya disebut dengan imbesil dan memiliki IQ antara 54-40. Mereka sulit untuk dapat belajar secara akademik namun masih mampu latih. Sedangkan tunagrahita berat memiliki IQ antara 39-25 atau dibawah 25 untuk tunagrahita sangat berat. Biasanya anak dengan kategori tunagrahita berat disebut idiot dan sangat memerlukan bantuan perawatan secara total seperti mandi, memakai pakaian, makan, dan sebagainya (Somantri, 2007: 106).

Penggolongan anak tunagrahita dalam keperluan pembelajaran menurut Apriyanto (2012: 31) diantaranya:

- 1. *Educable*: tunagrahita pada kelompok ini masih mempunyai kemampuan dalam akademik setara dengan anak normal pada kelas 5 SD.
- Traineable: tunagrahita kelompok ini masih mempunyai kemampuan dalam mengurus diri sendiri, pertahanan diri, namun dalam penyesuaian sosial sangat terbatas untuk mendapatkan pendidikan secara akademik.
- 3. *Custodia*: tunagrahita kelompok ini harus diberikan latihan yang terus menerus dan secara khusus.

Kriteria diagnostik retardasi mental / tunagrahita menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 1994: 46): 1) Fungsi intelektual yang secara bermakna di bawah rata-rata: IQ kira-kira 70 atau kurang pada tes IQ yang dilakukan secara individual (untuk bayi, pertimbangan klinis adanya fungsi intelektual yang jelas di bawah rata-rata). 2) Adanya defisit atau gangguan yang menyertai dalam fungsi adaptif sekarang, yaitu efektivitas orang tersebut untuk memenuhi standar-standar yang dituntut menurut usianya dalam kelompok kulturalnya) pada sekurangnya dua bidang keterampilan berikut: komunikasi, merawat diri sendiri di rumah, keterampilan sosial/ interpersonal, menggunakan sarana masyarakat, mengarahkan diri sendiri, keterampilan akademik/ fungsional, pekerjaan, liburan, kesehatan dan keamanan. 3) Onset sebelum usia 18 tahun.

2.3.2. Perkembangan Kognitif Tunagrahita

Karakteristik penyandang tunagrahita yaitu penampilan fisik tidak seimbang, tidak dapat mengurus diri sendiri sesuai dengan usianya, perkembangan berbicara/bahasanya terhambat, kurang perhatian pada lingkungannya, koordinasi dengan gerakan tubuhnya kurang, serta sering tidak sadar mengeluarkan air ludahnya sendiri (Depkes, 2003).

Menurut Apriyanto (2012: 33) kapasitas belajar penyandang tunagrahita sangat terbatas terutama untuk hal-hal yang abstrak. Mereka lebih banyak belajar membeo (rote-learning) bukan dengan pengertian. Mereka sering membuat kesalahan yang sama dari hari ke hari. Mereka mengalami kesukaran dalam memusatkan perhatian, pelupa, dan sukar mengungkapkan kembali suatu ingatan. Penyandang tunagrahita biasanya menghindari berpikir, kurang mampu membuat asosiasi dan sukar membuat kreasi baru.

Penyandang tunagrahita ringan memiliki kecerdasan yang berkembang dengan kecepatan setengah dan tigaperempat kecepatan anak normal dan akan berhenti diusia muda. Mereka mampu bergaul dan mempelajari pekerjaan meski tidak sempurna, dan biasanya tingkat kecerdasan mereka hanya mencapai usia anak normal 9 dan 12 tahun. Tunagrahita sedang hampir tidak bisa mempelajari pelajaran-pelajaran akademik, namun mereka masih mampu latih. Tingkat kecerdasan mereka biasanya tidak lebih dari anak normal usia 6 tahun. Penyandang tunagrahita berat sepanjang hidupnya akan selalu membutuhkan pertolongan orang lain. Mereka tidak mampu memelihara dirinya sendiri dan

tidak dapat membedakan bahaya dan bukan bahaya. Tingkat kecerdasan mereka hanya mencapai kecerdasan anak usia 4 tahun (Wardani, dkk, 2002).

2.4. Desain Pembelajaran

Pembelajaran diartikan sebagai proses, cara serta perbuatan menjadikan orang untuk belajar. Dengan kata lain, pembelajaran adalah proses menjadikan orang agar mau belajar dan mampu belajar melalui berbagai pengalamannya agar tingkah lakunya dapat berubah menjadi lebih baik. Pengertian ini berbeda dengan makna dari pengajaran. Pengajaran yaitu proses memberikan suatu mata pelajaran atau lebih fokus pada pemberian materi pelajaran (Wiyani, 2013: 20).

Desain pembelajaran adalah pola pembelajaran yang dijadikan contoh dan acuan oleh tenaga pendidik dalam merancang pembelajaran yang akan difasilitasi (Wiyani, 2013: 35). Terdapat 4 unsur utama dalam desain pembelajaran, diantaranya desain materi, desain kompetensi/tujuan pembelajaran/hasil, desain metode/strategi pembelajaran, dan desain evaluasi pembelajaran. Dalam mengajar atau menyampaikan materi dibutuhkan usaha untuk memanfaatkan berbagai strategi, metode, dan teknik guna memungkinkan tercapainya kompetensi/hasil belajar tertentu (Munthe, 2009: 53).

2.4.1. Strategi Pembelajaran bagi Tunagrahita

Tunagrahita merupakan Anak Berkebutuhan Khusus (ABK). ABK terdiri dari 2 kelompok: temporer (sementara) dan permanen (tetap). Penyandang tunagrahita termasuk dalam ABK permanen bersama dengan penyandang tunanetra, tunarungu, tunadaksa, tunalaras, autis, ADHD (*Attention Deficiency and Hiperactive Disosders*), anak berkesulitan belajar, anak berbakat, dan anak

LIND/ERSITAS NEGERESEMARANG.

sangat cerdas. (Apriyanto, 2012: 61). Menurut Chatib (2012: 22) model pendidikan bagi ABK permanen terbagi menjadi 2 model: sekolah luar biasa (SLB) dan sekolah inklusi. Sekolah luar biasa adalah sekolah yang temjadi tempat belajar anak-anak dnegan beragam kebutuhan khusus, sedangkan sekolah inklusi merupakan sekolah reguler yang didalamnya juga terdapat ABK.

Terdapat beberapa model strategi pembelajaran bagi penyandang tunagrahita, diantaranya 1) strategi pembelajaran yang diindividualisasikan, 2) strategi kooperatif, 3) strategi motivasi, 4) strategi belajar dan tingkah laku, 5) strategi kognitif. Pemilihan strategi didasarkan pada kebutuhan penyandang tunagrahita, materi yang akan disampaikan dan tujuan yang akan dicapai dari pembelajaran (Apriyanto, 2012: 63).

Penyandang dengan keterbelakangan mental memiliki potensi dalam belajar dan mengembangkan seluruh hidup sesuai dengan bidang mereka. Sebagian penyandang tunagrahita mungkin hanya membutuhkan layanan pengajaran yang sama seperti yang diperlukan anak normal, hanya saja perlu ditambahan pengertian dari guru serta teman-temannya agar berhasil dikelas. Penyandang tunagrahita membutuhkan layanan pembelajaran yang sangat khusus jika mereka ingin berhasil baik secara akademik (sesuai dengan kemampuannya), sosial maupun kejuruan. Namun diperlukan juga pertimbangan dalam menentukan program pembelajaran yang sesuai dengan mereka (Smith, 2013: 119).

2.4.2. Strategi Pembelajaran Kooperatif

Strategi pembelajaran kooperatif merupakan model pembelajaran yang menggunakan sistem pengelompokan kecil, yaitu antara 4-6 orang yang memiliki

latar belakang kemampuan akademik, jenis kelamin, ras atau suku yang berbeda (Apriyanto, 2012: 69). Depdiknas (2003:5) menyatakaan bahwa pembelajaran Kooperatif (*cooperative learning*) merupakan strategi pembelajaran melalui kelompok kecil siswa yang saling bekerja sama dalam memaksimalkan kondisi belajar untuk mencapai tujuan belajar". Sedangkan menurut Rohman (2009: 186) pembelajaran kooperatif adalah model pembelajaran yang menekankan pada saling ketergantungan positif antar individu siswa, adanya tanggung jawab perseorangan, tatap muka, komunikasi intensif antar siswa, dan evaluasi proses kelompok.

Pembelajaran kooperatif menurut Slavin (2005: 4-8) merujuk pada berbagai macam model pembelajaran di mana para siswa bekerja sama dalam kelompok-kelompok kecil yang terdiri dari berbagai tingkat prestasi, jenis kelamin, dan latar belakang yang berbeda untuk saling membantu satu sama lain dalam mempelajari materi pelajaran. Dalam kelas kooperatif, para siswa diharapkan dapat saling membantu, mendiskusikan, serta berargumentasi untuk mengasah pengetahuan yang mereka kuasai saat itu dan menutup kesenjangan dalam pemahaman masing-masing. Pembelajaran ini lebih dari sekedar belajar kelompok karena dalam model pembelajaran ini harus ada struktur dorongan dan tugas yang bersifat kooperatif sehingga memungkinkan terjadi interaksi secara terbuka dan hubungan-hubungan yang bersifat interdependensi efektif antara anggota kelompok.

Pembelajaran kooperatif adalah konsep yang lebih luas meliputi semua jenis kerja kelompok termasuk bentuk-bentuk yang lebih dipimpin oleh guru atau diarahkan oleh guru. Secara umum pembelajaran kooperatif dianggap lebih diarahkan oleh guru, di mana guru menetapkan tugas dan pertanyaan-pertanyaan serta menyediakan bahan-bahan dan informasi yang dirancang untuk membantu siswa menyelesaikan masalah yang dimaksudkan (Suprijono, 2009: 54).

Karakteristik pembelajaran kooperatif diantaranya:

Tabel 2.1. Karakteristik Pembelajaran Kooperatif

No	Arends (2008: 5)	Suyanti (2010: 99)
1.	Siswa bekerja dalam tim untuk	Pembelajaran secara tim.
	mencapai <mark>tujuan belajar.</mark>	
2.	Masing-masing tim terdiri atas siswa	Didasarkan pada manajemen
	yang heterogen (berprestasi rendah,	kooperatif: perencanaan, organisasi,
	sedang, dan tinggi).	pelaksanaan dan kontrol.
3.	Masing-masing tim terdiri dari	Kemauan untuk bekerjasama. Saling
	berbagai campuran ras, budaya dan	membantu dalam menyelesaikan
	gender.	pekerjaan.
4.	Sistem reward-nya dapat berorientasi	Ketrampilan bekerjasama: mengatasi
	pada kelompok maupun individu.	hambatan berinteraksi, komunikasi,
		dan mengemukakan pendapat.

Strategi pembelajaran kooperatif menurut Apriyanto (2012: 69) dirasa paling efektif untuk digunakan jika guru ingin mengembangkan kemampuan komunikasi, motivasi, dan kemampuan siswa dalam memecahkan masalah. Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian Soendari dan Mahmud (2004) yang menyatakan bahwa strategi kooperatif efektif meningkatkan prestasi belajar

menghitung anak tunagrahita ringan. Adapun prosedur pembelajaran kooperatif tersaji dalam tabel berikut:

Tabel 2.2. Prosedur Pembelajaran Kooperatif

No	Tahap	Keterangan	
(1)	(2)	(3)	
1.	Teach (Mengajar)	Guru memberikan gambaran umum terkait tujuan	
		pembelajar <mark>an</mark> dan materi belajar. Penyajian materi belajar	
		dapat disajikan dalam bentuk ceramah, tanya jawab dan	
		demonstrasi. Penggunaan alat peraga/media juga dapat	
		dilakukan untuk memperjelas materi yang diajarkan. Pada	
		tahap ini, proses tanya jawab dapat dilakukan langsung agar	
	siswa dapat lebih menguasai materi. Kondisi yang kond		
		harus mampu diciptakan pada tahap ini agar siswa merasa	
		nyaman menyerap informasi yang disampaikan serta berani	
		untuk mengeluarkan pendapatnya.	
2.	Team Study	Adapun detail tahapannya yaitu:	
	(Belajar dalam	1. Kelompok dibentuk secara random/tidak dikelompokkan	
	kelompok) Libi berdasarkan prestasi, ras, budaya maupun gender.		
		2. Setiap kelompok terdiri dari 2-6 orang.	
		3. Setelah dibagi kelompoknya, siswa diminta untuk	
	bergabung dalam kelompoknya masing-masing.		
		4. Selanjutnya tugas untuk masing-masing kelompok	
		diberikan.	

(1) (2)

5. Siswa-siswi berdiskusi membahas topik yang diberikan bersama teman sekelompoknya

Pada tahap ini siswa-siswi diharapkan dapat melakukan interaksi sosial guna menjalin kedekatan dan kekompakan tim. Interaksi sosial serta sharing pengetahuan antar anggota kelompok juga menjadi point utama dalam tahap pembelajaran kooperatif. Guru juga memiliki peran aktif untuk mengamati dan melakukan monitoring terhadap aktifitas setiap kelompok.

- 3. Test (Penilaian)
- Guru menguji kemampuan siswa baik secara individual maupun kelompok. Tes individual nantinya akan memberikan informasi terkait kemampuan individu, sedangkan tes kelompok memberikan informasi terkait kemampuan tiap kelompok.
- 4. Pengakuan tim

tim Pemberian penghargaan atau pengakuan terhadap hasil belajar siswa. Tahap ini bertujuan memotivasi tim maupun individu dalam tim untuk terus berprestasi.

Sumber: Slavin (1995: 71)

Pembelajaran kooperatif terdiri dari beberapa jenis metode yang umum digunakan di sekolah, seperti *Student Team-Achievement Devision* (STAD), *Terms Games-Tournament* (TGT), *Jigsaw II, Team Accelerated Instruction* (TAI) dan *Cooperative Integrated Reading and Composition* (CIRC). Metode

pembelajaran kooperatif lainnya diantaranya *Learning Together, Complex Inatruction* dan *Structure Dyadic Methods*. Yang membedakan dari kelima metode pembelajaran tersebut adalah metode diskusi dalam kelompok dan pembagian tugas dalam masing-masing kelompok diskusi (Slavin, 2010: 11-26)

2.4.2.1. Learning Together

Metode pembelajaran kooperatif *Learning Together* dikembangkan oleh David dan Roger Johnson. *Learning Together* atau Belajar Bersama melibatkan siswa yang dibagi dalam kelompok yang terdiri atas empat sampai lima orang yang melakukan interaksi tatap muka dan bekerja bersama untuk mencapai tujuan kelompok. Tanggung jawab individual pada metode pembelajaran ini adalah para siswa harus memperlihatkan bahwa mereka secara dindividual telah menguasai materi yang telah diberikan oleh guru. Bentuk penghargaan yang diberikan kepada kelompok didasarkan pada pembelajaran individual semua anggota kelompok. Setiap anggota kelompok wajib berpartisipasi dalam proses diskusi kelompok (Slavin, 2010: 250-251).

Slavin (2010) menambahkan pekerjaan pokok dalam mempersiapkan kelompok diskusi adalah memastikan bahwa setiap anggota kelompok berpartisipasi. Salah satu cara bagus untuk membuat setiap anggota tim berpartisipasi adalah membuat supaya tiap orang menuliskan sebuah opini atau gagasan sebelum mulai diskusi. Hal ini akan membuat seluruh anggota kelompok mempunyai komitmen terhadap diskusi kelompok dan jauh lebih besar kemauannya untuk berpartisipasi didalamnya. Cara lain membuat seluruh anggota

kelompok aktif dalam diskusi adalah membuat mereka fokus. Pekerjaan kelompok harus diekspresikan dengan jelas.

Prinsip dasar dari pembelajaran ini adalah membuat setiap anggota kelompok berpartisipasi aktif dalam proyek kelompok (diskusi kelompok). Setiap anggota kelompok harus memiliki peran nyata dalam kelompok. Hal ini dapat tercapai dengan membagi pekerjaan-pekerjaan kelompok kepada setiap anggota kelompok. Misalnya guru menginginkan adanya laporan tertulis dari hasil diskusi kelompok, maka yang perlu dilakukan pemimpin kelompok adalah membagi laporan kedalam bagian-bagian yang ditulis oleh siswa yang berbeda. Kelompok akan membantu tiap anggotanya dengan memberikan saran-saran untuk perencanaan, membuat konsep, merevisi dan menyunting bagian mereka (Slavin, 2010: 254)

2.5. Media Pembelajaran

Media pembelajaran merupakan sarana fisik untuk menyampaikan isi atau materi pembelajaran (Briggs, 1977 dalam Kholid, 2014: 125). Menurut National Education Association (1969) mengungkapkan bahwa media pembelajaran adalah sarana komunikasi dalam bentuk cetak maupun pandang-dengar. Secara umum dapat disebutkan bahwa media pembelajaran merupakan segala sesuatu yang dapat menyalurkan pesan, dapat merangsang fikiran, perasaan dan kemauan audience sehingga dapat mendorong terciptanya proses belajar yang baik (Kholid, 2014: 125).

Jenis media pembelajaran sangat beragam, diantaranya media visual (grafik, diagram, chart, bagan, poster, kartun dan komik), auditif (radio, tape

recorder, laboratorium bahasa), *projected still media* (slide, OHP), dan *projected motion media* (film, televisi, video). Dalam pemilihan media yang akan digunakan dalam proses pembelajaran juga harus dipertimbangkan (Kholid, 2014: 131).

2.6. Teori Pembelajaran

2.6.1. Teori Belajar Kognitif

Teori ini berasal dari salah seorang pakar biologi dari Swiss, Jean Piaget. Menurutnya perkembangan kognitif merupakan suatu proses dimana kemajuan individu melalui satu rangkaian yang secara kualitatif berbeda dalam berpikir. Piaget juga menyatakan bahwa kognitif merupakan hasil dari pembentukan adaptasi biologis melalui interaksi yang konstan antara individu dengan lingkungannya dan terjadi melalui 2 proses: organisasi dan adaptasi. Organisasi merupakan proses penataan segala sesuatu yang ada di lingkungan sehingga menjadi dikenal oleh individu, sedangkan adaptasi adalah penyesuaian antara individu dengan lingkungannya (Tim Pengembangan Ilmu Pendidikan FIP-UPI, 2007: 130).

Implikasi teori perkembangan kognitif Piaget dalam pembelajaran antara lain: 1) bahasa dan cara berpikir anak yang berbeda dengan orang dewasa, sehingga dalam mengajar, guru sebaiknya menggunakan bahasa yang sesuai dengan cara berpikir anak. 2) Anak akan belajar lebih baik apabila dapat menghadapi lingkungan yang baik. 3) Bahan yang menjadi materi ajar sebaiknya dirasakan baru tapi tidak asing. 4) Memberikan peluang agar anak belajar sesuai dengan tingkat perkembangannya. 5) Jika didalam kelas, anak-anak hendaknya

diberikan banyak peluang untuk saling berbicara dan berdiskusi dengan temantemannya (Tim Pengembangan Ilmu Pendidikan FIP-UPI, 2007: 132).

2.6.2. Teori Lawrence Green

Menurut Green, dkk (1980) perilaku manusia dipengaruhi oleh 2 faktor pokok: faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behaviour causes*). Selanjutnya perilaku tersebut dibagi menjadi 3 faktor yang lebih spesifik: *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*.

1. Predisposing Factors (faktor pendorong), terdiri dari:

a. Pengetahuan

Hasil dari tahu, setelah seseorang melakukan proses penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, mulai dari penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indera penglihatan dan pendengaran (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan yang lebih menekankan pada pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris. Pengetahuan yang didapatkan dari pengamatan dan observasi tersebut dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif apabila seseorang mampu menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulangkali (Meliono dkk, 2007).

Perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari pada pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif akan memunculkan kelanggengan (long lasting) perilaku dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh

pengetahuan. Pengetahuan/kognitif itu sendiri merupakan domain penting dalam membentuk perilaku seseorang. Terdapat 6 tingkatan domain pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003): tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, evaluasi. Pengetahuan diawali dengan mengetahui segala sesuatu yang menjadi pengaruh dalam melakukan tindakan. Terjadi proses mengingat kembali dalam domain ini. Baru kemudian seseorang mampu memahami, mengaplikasikan pengetahuan yang dimiliki, menjabarkan secara detail sesuatu yang diketahuinya, menghubungkan berbagai pengetahuan yang dimilikinya dan mampu menyusun menjadi pengetahuan baru, hingga mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu yang diketahuinya.

b. Sikap

Sikap merupakan determinan perilaku, berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi (Winardi, 2004). Menurut Azwar (2007) sikap dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan atau lembaga agama yang diikuti, dan faktor emosional seseorang.

2. Enabling Factors (faktor pemungkin)

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

a. Materi/bahan ajar

Dalam proses pembelajaran diperlukan strategi khusus agar tujuan dari pembelajaran dapat tercapai secara maksimal. Menurut Munthe (2009: 55) strategi dalam pembelajaran digambarkan seperti roda segitiga, dimana pada masingmasing sudut memiliki arti tersendiri. Sudut tersebut adalah interaksi, kompetensi dan materi/bahan. Materi/bahan ajar sangat besar pengaruhnya dalam proses

pembelajaran. Sehingga butuh pengemasan yang semenarik mungkin agar materi yang disampaikan dapat diserap dengan baik dan tidak terlalu membosankan.

b. Media pembelajaran

Media pembelajaran erat kaitannya dengan proses pembelajaran. Media pembelajaran memerlukan peralatan untuk menyajikan pesan, namun yang terpenting bukanlah peralatan itu namun pesan aau informais belajar yang dibawakan oleh media itu sendiri. Dua unsur penting dalam media pembelajaran yaitu peralatan atau perangkat keras dan unsur pesan yang akan disampaikan. Media pembelajaran merupakan wadah dari pesan atau materi yang ingin disampaikan yang selanjutnya penggunaan media secara kreatif akan memperbesar kemungkinan siswa untuk dapat belajar lebih banyak, memahami apa yang dipelajarinya dengan lebih baik, dan meningkatkan ketrampilan pembelajar sesuai dengan tujuan pembelajaran (Susilana dan Riyana, 2009: 6-7)

3. *Reinforcing Factors* (faktor penguat)

Ketersediaan guru dalam proses pembelajaran sangat penting. Menurut PP No 74 Tahun 2008 tentang Guru disebutkan bahwa guru merupakan pendidikan yang profesional dengan tugas utama mendidik, mengajar, membimbing, mengarahkan, melatih, menilai, dan mengevaluasi peserta didik pada pendidikan anak usia dini jalur pendidikan formal, pendidikan dasar, dan pendidikan menengah. Dalam proses pembelajaran, guru menjadi pihak yang berhak mengambil keputusan atau inisiatif secara rasional, sadar dan terencana mengenai tujuan pembelajaran dan pengalaman belajar apa yang hendak diberikan kepada peserta didiknya. Dengan kata lain adanya guru sangat penting

dalam proses pembelajaran karena pada dasarnya guru merupakan designer pembelajaran (Wiyani, 2013: 29).

2.6.3. **Teori S-O-R**

Teori S-O-R (Stimulus-Organisme-Respon) bermula dari ilmu psikologi, merupakan salah satu teori komunikasi dimana objek material dari psikologi dan komunikasi adalah sama yaitu manusia yang jiwanya memiliki komponen-komponen: sikap, opini, perilaku, kognisi, afektif, dan konasi. Prinsipnya sederhana, yaitu adanya respon timbal balik dari individu ketika menerima stimulus dari media. Seseorang dapat mengharapkan atau memperkirakan suatu kaitan efek antara pesan-pesan media dan reaksi audiens, dapat juga dikatakan efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus respon, sehingga seseorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antara pesan dan reaksi komunikan (Effendy, 2003: 225).

Menurut Effendy (2003: 254) komponen dalam model S-O-R adalah:

- 1. Stimulus, merupakan rangsangan yang didalamnya mengandung pesan atau gagasan.
- 2. Organisme, merupakan individu atau komunikan yang akan menjadi objek proses penyampaian informasi.
- Respons, merupakan efek yang akan terjadi pada komunikan sebagai akibat dari adanya stimulus.

Proses perubahan sikap dapat terjadi apabila stimulus yang menerpa komunikan benar-benar melebihi stimulus sebelumnya. Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi S-O-R diantaranya:

1. Komunikator/Sikap komunikator.

Hal ini kaitannya dengan komunikator atau orang yang memberikan informasi kepada objek sasaran (komunikan). Seorang komunikator dituntut untuk memiliki kemampuan komunikasi yang memadai dan daya tarik berkomunikasi. Keberhasilan perubahan perilaku sangat ditentukan oleh kualitas dari sumber (misalnya gaya berbicara, kredibilitas, dan kepemimpinan). Faktor peran pendorong (*reinforcement*) menjadi sangat penting untuk meyakinkan organisme (Maulana, 2009: 230).

Sikap dan kemampuan guru dalam mengajar sangat berpengaruh dalam keberhasilan proses pembelajaran. Guru yang mempunyai kinerja yang baik akan mampu menumbuhkan semangat dan motivasi belajar siswanya yang dengan kata lain akan mampu meningkatkan kualitas pembelajaran. Siswa yang mempunyai motivasi belajar tinggi umumnya berasal dari pengajaran guru yang memiliki kinerja baik. Guru yang memiliki kinerja dan kompetensi yang baik memberikan sumbangan positif dalam meningkatkan motivasi belajar siswa dan menunjang proses pembelajaran (Widoyoko dan Rinawati, 2012: 287).

2. Media

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

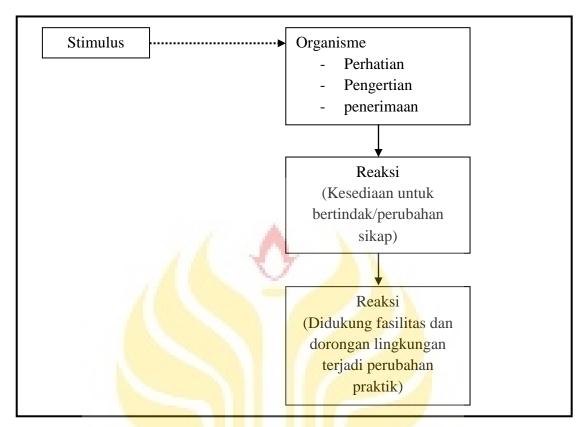
Merupakan media yang sesuai dengan karakteristik komunikan agar pesan atau informasi yang disampaikan komunikator dapat diterima dengan baik dan utuh oleh komunikan.

Kaitannya dengan pembelajaran *sex education* adalah terkait metode pembelajarannya. Metode pembelajaran merupakan salah satu dari aspek keberhasilan proses pembelajaran. Desain strategi pembelajaran mutlak dikontekstualisasikan dengan desain kompetensi, desain mata pelajaran dan desain evaluasi yang *fair*. Ketepatan atau strategi penentuan metode pembelajaran yang sesuai menunjukkan keberhasilan proses pembelajaran karena hal ini merupakan ujung tombak dari perubahan melakukan usaha yang nyata untuk tercapainya kompetensi (Munthe, 209: 53)

3. Karakteristik Komunikan/Sikap Komunikan

Faktor ini kaitannya dengan penentuan penerimaan gagasan atau informasi oleh komunikan sehingga memungkinkan informasi yang disampaikan dapat diterima dan memungkinkan keberhasilan respon hasil stimulus yang diberikan.

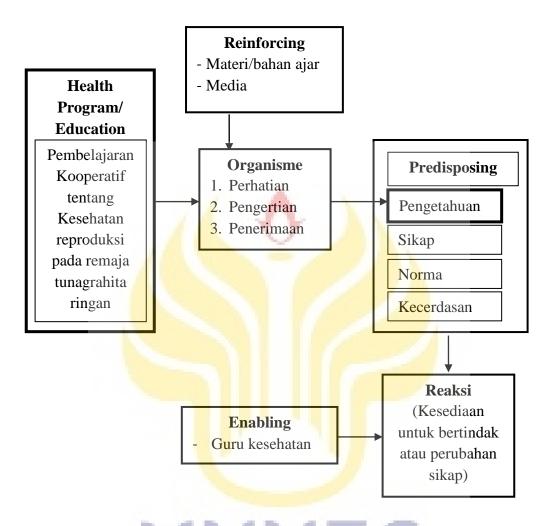




Gambar 2.1. Model Teori S-O-R (Sumber: Maulana, 2009: 231)



2.7. KERANGKA TEORI



Gambar 2.2. Kerangka Teori (Sumber: Tim Pengembangan Ilmu Pendidikan FIP-UPI, 2007; Green, L.W, 2005; Kholid, A 2014, Effendy, 2003)

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis uji statistik yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada siswa-siswi SMALB-C tentang kesehatan reproduksi setelah mendapatkan pembelajaran kooperatif dan ceramah. Selain itu juga pengetahuan kesehatan reproduksi pada siswa-siswi tunagrahita ringan SMALB-C Negeri Semarang 98% dipengaruhi oleh penerapan pembelajaran kooperatif.

6.2 Saran

1) Kepada Guru Kelas Tunagrahita Ringan SMALB-C Negeri Semarang

Hendaknya guru SMALB-C dapat menerapkan metode pembelajaran kooperatif kepada siswa-siswi tunagrahita tidak bosan dan materi terkait kesehatan reproduksi yang ada dalam materi IPA SMALB-C juga dapat tersampaikan dengan tepat.

2) Kepada Orangtua Siswa

Hendaknya orangtua anak tunagrahita dapat memberikan penjelasan dan pengarahan yang benar dan tepat terkait perkembangan alat reproduksi kepada anaknya sehingga remaja tunagrahita memiliki pemahaman tentang alat reproduksi yang ada dalam diri mereka sendiri dan mampu menjaganya dari perilaku seksual yang menyimpang.

3) Kepada Peneliti Selanjutnya

Hendaknya peneliti selanjutnya dapat mencoba meneliti perubahan perilaku seksual remaja tunagrahita ringan pasca mendapatkan pembelajaran terkait kesehatan reproduksi.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, 2003, Pendidikan bagi Anak Berkesulitan Belajar, Rineka Cipta, Jakarta
- Apriyanto, Nunung, 2012, Seluk Beluk Tunagrahita dan Strategi Pembelajarannya, Javalitera, Jogjakarta
- Arends, R.I., 2007, *Learning to Teach*. Terjemahan oleh Helly Soetjipto, dkk. 2008, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Azwar, S., 2007, Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- BKKBN, 2008, Kurikulum dan Modul Pelatihan Pemberian Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja oleh Pendidik Sebaya, Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN, Jakarta
- Budiharto, 2008, *Met<mark>odologi Penelitian K</mark>esehatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Chatib, M, 2012, Sekolah Anak-Anak Juara: Berbasis Kecerdasan Jamak dan Pendidikan Berkeadilan, Kaifa Learning, Bandung
- Delphie, B, 2007, *Pembelajaran Anak Bekebutuhan Khusus*. Refika Aditama, Bandung
- Depkes RI United Nations Population Found, 2005, Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduks<mark>i di Ind</mark>onesia, Jakarta
- Effendi, F., Makhfudli, 2009, Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan, Salemba Media, Jakarta
- Effendy, O.U., 2003, *Ilmu, Teori dan Filsafat Komunikasi*, Ccitra Aditya Bakti, Bandung
- Farisa, T.D, 2013, Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Seksual Menyimpang Pada Remaja Tunagrahita SLB N Semarang (Case Study), Universitas Negeri Semarang, Semarang
- Green, L.W. dan Kreuter, M.W., 2005, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* 4th edition, McGraw-Hill Higher Education, New York
- Gulo, W, 2010, Metodologi Penelitian, Grasindo, Jakarta
- Gunarsa, S.D., 2008, *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*, Gunung Mulia, Jakarta
- Hadi, 2004, Metodologi Research Jilid 3, Andi, Yogyakarta

- Hadriami, E., dan Rahayu, E., 2008, *Perspektif Orangtua mengenai Seksualitas Remaja Retardasi Mental*, Laporan Penelitian, Universitas Katolik Soegijapranata
- Hanrumi, 2012, Strategi Pembelajaran, Insan Madani, Yogyakarta
- Maruli, A, (2013, 19 November), 68 Siswa dan Lulusan SLB Tunagrahita Ikuti Olimpiade Asia Pasifik (Online), http://www.antaranews.com/ diakses pada 8 Maret 2015
- Nur, L, (2014, 12 Agustus), Remaja Pelaku Seks Bebas Meningkat (Online), http://www.bkkbn.go.id/ diakses pada 8 Maret 2015
- Kemis dan Rosnawati, A., 2013, *Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus Tunagrahita*, Luxima Metro Media, Jakarta
- Kerlinger, F.N., & Lee, H.B., 2000, Foundation of Behavioral Research (4th ed, Hacourt College Publisher, Orlando
- Kholid, A., 2014, Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media, dan Aplikasinya, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Kumalasari, I., & Andhyantoro, I., 2013, Kesehatan reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta
- Kumalasari, I., dan Andhyantoro, I., 2013, *Kesehatan reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Libal, A, 2009, Namaku Buka<mark>n Si L</mark>amban: Pemuda Penyandang Tunagrahita, KTSP, Sleman
- Maryanti, D dan Septikasari, M., 2009, *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Teori dan Praktikum*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Maslim, R., 2001, *Diagnosis Gangguan Jiwa*, Rujukan Ringkas PDGJ III, FK-Atmajaya, Jakarta
- Maulana, H.D.J., 2009, *Promosi Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Meliono, dkk, 2007, MPKT modul 1, Lembang penerbitan FEUI, Jakarta
- Munthe, B., 2009, Desain Pembelajaran, Pustaka Insan Madani, Yogyakarta
- Notoatmodjo, S, 2010, Metodologi Penelitian Kesehatan, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam, 2008, Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Salemba Media, Jakarta

- PKBI dan RutgersWPF Indonesia, 2011, Memetik Hikmah Ajar Program Aku & Kamu Pendidikan Kecakapan Hidup Sosial untuk Anak usia 4-6 Tahun, PKBI Pusat dan RutgersWPF Indonesia, Jakarta
- Rohman, A, 2009, *Memahami Pendidikan dan Ilmu Pendidikan*, LaksBang Mediatama, Yogjakarta
- Saadah, R., 2009, Perilaku Ibu dalam Memberikan Pemahaman Kesehatan Reproduksi pada Remaja Tunagrahita Ringan (Studi Kualitatif pada Ibu dari Siswi SMPL-C, C1 Widya Bhakti Semarang, Skripsi, Universitas Diponegoro
- Santoso, S., 2010, Statistik Parametrik, Elex Media Komputindo, Jakarta
- Santrock, J.W., 2003, Adolescence: Perkembangan Remaja.(edisi keenam), Erlangga, Jakarta
- Sarwono, S., 2011, *Psikologi Remaja (Edisi Revisi)*, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Slavin, R.E., 2010, *Cooperative Learning (Teori, Riset dan Praktek)*, Penerbit Nusa Media, Bandung
- Smith, D., 2013, Sekolah Inklusif: Konsep dan Penerapan Pembelajaran, Nuansa Cendekia, Bandung
- Somantri, S., 2007, *Psikologi Anak Luar Biasa*, PT Refika Aditama, Bandung
- Sugiyono, 2010, Metode Penel<mark>itian Pen</mark>didikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D), Alfabeta, Bandung
- Sunaryo, 2004, *Psikologi untuk <mark>Kep</mark>erawatan*, Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Suprijono, A., 2009, Cooperative Learning: Teori & Aplikasi Paikem, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Suryoputro, A., dkk, 2006, Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah: Implikasinya terhadap Kebijakan dan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi, Makara Kesehatan, Volume 10, No 1, Juni 2006, hlm. 29-40
- Susilana dan Riyana, 2009, Media Pembelajaran, Wacana Prima, Bandung
- Suyanti, R.D., 2010, Strategi Pembelajaran Kimia, Graha Ilmu, Yogyakarta
- Tim Pengembang Ilmu Pendidikan FIP UPI, 2007, *Ilmu dan Aplikasi Pendidikan*, Grasindo Intima, Bandung
- Soendari, T., dan , 2004, Strategi Pembelajaran Kooperatif dalam Meningkatkan Prestasi Belajar Berhitung Anak Tunagrahita Ringan di Sekolah Luar Biasa

(Penelitian Tindakan di Kelas D6 SLB-BC Nurani Kota Cimahi Jawa Barat), Penelitian Pengembangan Kurikulum PLB, Universitas Pendidikan Indonesia

Wardani, dkk, 2002, Pengantar Pendidikan Luar Biasa, Universitas Terbuka, Jakarta

Widoyoko dan Rinawati, 2012, *Pengaruh Kinerja Guru terhadap Motivasi Belajar Siswa*, *Cakrawala Pendidikan* th XXXI, No 2, Juni 2012, hlm. 278:289

Widyastuti, Y., dkk. 2009. Kesehatan Reproduksi, Fitramaya, Yogyakarta

Wiyani, N.A. 2013. Desain Pembelajaran Pendidikan: Tata Rancang Pembelajaran Menuju Pencapaian Kompetensi, Ar Ruzz Media, Yogyakarta

