

**IDENTIFIKASI KEBUTUHAN KESEHATAN REPRODUKSI BAGI REMAJA
PEREMPUAN DIFABEL (TUNA GRAHITA)
DI SLB NEGERI 2 YOGYAKARTA**

*IDENTIFICATION FOR ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH NEEDS OF WOMEN
WITH DISABILITIES (MENTALLY DISABLED)
IN SLB NEGERI 2 YOGYAKARTA*

Islamiyatur Rokhmah¹⁾, Warsiti²⁾

¹⁾Program Studi D III Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

²⁾Program Studi Keperawatan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

Email : islamalrin@gmail.com/is_bur@yahoo.co.id

ABSTRAK

Latar belakang: Lingkup kesehatan reproduksi yang ada masih dominan berpaham pada "normalisme" artinya semuanya didesain untuk individu yang normal. Masih belum ada desain yang diperuntukan untuk difabel. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran kebutuhan kesehatan reproduksi remaja perempuan difabel di SLB Negeri 2 Yogyakarta. **Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan metode pengumpulan data indept interview. Triangulasi subyek dan metode dilakukan untuk meningkatkan kredibilitas penelitian yaitu dengan metode focus group discussion kepada guru dan orang tua. Analisa data dengan menggunakan pendekatan langkah dari Colaizzi. **Kesimpulan** Sebagian besar remaja difabel grahita perempuan belum memiliki pemahaman secara kompresensif mengenai Kesehatan Reproduksi. Peran orang tua dan guru masih belum maksimal dalam memberikan pemahaman mengenai Kesehatan reproduksi kepada difabel grahita perempuan. Kebijakan pendidikan belum memprioritaskan Kesehatan Reproduksi masuk dalam kurikulum pendidikan bagi difabel grahita.

Kata Kunci :kebutuhan kesehatan reproduksi; remaja perempuan; difabel.

ABSTRACT

Background: The scope of reproductive health is still dominant sensible on "normalisme" means everything is designed for normal individuals. There is still no design that is intended to difabel. **Objective:** Research aims to get an overview of adolescent reproductive health needs of women with disabilities in State 2 Yogyakarta. **Methods:** Research SLB uses qualitative research design with indept interview method of data collection. Triangulation subjects and methods performed to increase the credibility of the research is the focus group method to teachers and parents. Analysis of the data by using a step of Colaizzi approach. **Conclusion** Most of the mentally disabled teenage girls do not have a thorough understanding kompresensif on Reproductive Health. The role of parents and teachers are still not optimal in providing an understanding of the reproductive to mentally disabled women. Education policy has not prioritize included in the curriculum for mentally disabled.

Keywords: reproductive health needs; adolescent girls; with disabilities.

PENDAHULUAN

Hak dan Kesehatan Reproduksi mendapat perhatian khusus setelah dilaksanakannya Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development atau ICPD*) di Kairo pada tahun 1994. Hal penting dalam konferensi tersebut adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi.

Ruang lingkup kesehatan reproduksi secara luas juga sudah diatur dalam kebijakan dan strategi kesehatan reproduksi yang meliputi antara lain Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk IMS-HIV/AIDS, Pencegahan dan Penanggulangan Komplikasi Aborsi, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pencegahan dan Penanganan Infertilitas, Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi pada usia lanjut (kanker, osteoporosis, dementia). Nampak bahwa lingkup kesehatan reproduksi yang ada masih dominan berpaham pada “normalisme” artinya semuanya didesain untuk individu yang normal. Masih belum ada desain atau difasilitasi yang diperuntukan untuk difabel.

Difabel adalah suatu keterbatasan yang dimiliki oleh seseorang baik fisik, psikologis maupun kelainan struktur dan fungsinya, yang disebabkan karena kecelakaan atau faktor herediter. Keterbatasan ini menyebabkan berkurangnya nilai atau mutu atau kesempurnaan pada seseorang (Kamus Besar bahasa Indonesia & WHO). Pada penelitian ini akan difokuskan pada difabel dengan masalah mental atau tuna grahita.

Kebijakan tentang perlindungan hak bagi *difabel* sudah ada. UU No 19 Tahun 2011 yang mengamanatkan pemerintah nasional dan daerah untuk menghormati, melindungi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas untuk meningkatkan kesejahteraan penyandang disabilitas. Peraturan Daerah Istimewa Yogyakarta No 4 tahun 2012 tentang Perlindungan Dan Pemenuhan Hak-Hak Penyandang Disabilitas, pasal 3 ayat b menyebutkan tentang hak penyandang disabilitas terkait pendidikan, ketenagakerjaan, kesehatan, social, seni, budaya, olahraga, politik, hukum, penanggulangan bencana, tempat tinggal dan aksesibilitas. Namun dalam implementasi yang ada saat ini masih kita rasakan belum optimal, masih belum memihak kepada mereka. Termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.

Selama ini, masyarakat *difabel* (berkebutuhan khusus) tersebut sangat sulit mendapatkan pelayanan yang setara dengan masyarakat “normal” atau bukan penyandang cacat. Perlakuan diskriminasi masih terus terjadi pada hampir semua bidang. Ditambah stigma masyarakat yang masih menempatkan para *difabel* sebagai kelompok masyarakat yang kurang produktif karena keterbatasan fisik, menyebabkan mereka menjadi kelompok masyarakat yang terpinggirkan. (*difabel news*, 2010 & Rahayu dkk, 2013).

Pada aspek pelayanan kesehatan Pemerintah dinilai kurang memperhatikan hak-hak reproduksi penyandang *difabel*, khususnya perempuan. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya kebijakan yang mendukung akses informasi serta pelayanan kesehatan reproduksi bagi penyandang *difabel*. Sementara itu, program-program jaminan kesehatan yang ada juga belum sepenuhnya mendukung hak-hak tersebut (*sindonews.com*, diakses 9 februari 2014).

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang akan digunakan pada penelitian ini metode penelitian kualitatif. Menurut Moleong, 2004 penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang mencoba untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dalam konteks khusus yang alamiah dengan memanfaatkan metode alamiah. Rancangan penelitian ini adalah eksploratif dengan tujuan menggambarkan bagaimana pengalaman remaja perempuan terkait dengan kebutuhan reproduksinya di SLB negeri 2 Yogyakarta. Metode ini memahami manusia dengan segala kompleksitas sebagai makhluk subyektif, memandang manusia sebagai sistem yang berpola dan berkembang (Poerwandari, 2005). Variabel dalam penelitian ini adalah kebutuhan kesehatan reproduksi pada remaja perempuan difabel.

Subyek pada penelitian ini adalah siswi SLB Negeri 2 Yogyakarta, orang tua dan guru. Pada penelitian ini tidak berorientasi pada besaran sampel, tetapi pada *saturasi point* dari data yang dikumpulkan. Jumlah subyek yang akan digunakan pada penelitian berkisar antara 6 -10 remaja perempuan difabel, dengan orang tua dan guru triangulasi sumber.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Partisipan.

Partisipan pada penelitian terdiri dari 7 murid perempuan dengan tingkat pendidikan SMPLB dan SMALB. Dan juga dilakukan triangulasi sumber dengan 7 guru wali kelas dan 3 orang tua murid. Pengumpulan data dilakukan dengan *indept interview* dan juga diskusi kelompok terfokus (FGD). Berikut adalah karakteristik partisipan.

Tabel 1 Karakteristik Responden

Partisipan	Umur	Kelas	Pekerjaan Orang Tua	Jumlah Saudara
P1 (R)	18 th	3 SMA	Tukang kayu - Jualan	Anak ke 2 dari 3 bersaudara
P2 (N)	14 th	1 SMP	Buruh - jualan di kantin	Anak ke 3 dari 3 bersaudara
P3 (D)	13 th	2 SMP	wiraswasta	Anak ke 2 dari 4 bersaudara
P4 (G)	18 th	1 SMA	Catering	Anak ke 2 dari 3 bersaudara
P5 (I)	18 th	2 SMP	Jualan	Anak ke 2 dari 3 bersaudara
P6 (L)	17th	2 SMP	Buruh	Anak ke 6 dr 6 bersaudara
P7 (A)	20 th	2 SMA	Parkir	Anak 1 dari 4 bersaudara
P8 (De)	21 th	1 SMA	Ibu jualan di kantin	Anak 1 dari 2 bersaudara

Selain karakteristik tersebut, hanya 1 responden beragama katolik dan 7 partisipan beragam Islam, semua partisipan sudah mengalami menstruasi dan sebagian besar partisipan 75 % sudah mempunyai pacar.

B. Tema

Setelah melakukan analisa data terhadap transkrip hasil wawancara maupun FGD diperoleh beberapa tema sebagai hasil penelitian ini :

1. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi kurang, sebatas perilaku seksual.

Sebagian besar partisipan belum memahami kesehatan reproduksi dengan benar, mereka hanya mengetahui sebatas lingkup yang berhubungan dengan perilaku seksual.

Berikut adalah ungkapan mereka :

“gak boleh dideketin sama cowok nanti bisa hamil” (P3) :

“ kesehatan reproduksi itu melakukan hubungan seksualitas (P6).

“kalau dekat cowokmelakukan hubungan seksual, bisa hamil” (P1)

“dekat cowok itu ya ciuman, tidur bareng, pelukan, yang saru saru (jorok) itu..bisa hamil (P7)

2. Penyimpangan seksual, Pacaran dan melihat video porno.

Sebagian besar (75%) partisipan sudah mempunyai pacar, bahkan ada yang sampai diajak keluar malam. Bahkan ada satu partisipan yang pernah berkali-kali mendapatkan perilaku kekerasan sampai pernah ditampar 2 kali karena cemburu dan pelaku adalah orang yang normal (tidak

berkebutuhan khusus), kekerasan juga dilakukan dengan cara memeras partisipan untuk selalu membelikan pulsa. Beberapa partisipan sudah pernah melihat video porno bahkan disimpan dalam hand phone mereka. Penyimpangan seksual seperti laki laki dengan laki laki (genetal stimulasi) juga pernah terjadi pada mereka. Berikut adalah ungkapan darimereka

....*Dia sering pergi sejak usia las lasan (belasan tahun), dengan temennya (L) yang sudah berkali kali hamil dan punya anak(alumni SLB ini) , wingi 2 hari(2 hari yang lalu) tidak pulang..... (orang tua P5) ... tadi malem saya lihat sampean (salah satu partisipan) di alun-alun,....Cuman bentar kok pak”, kadang-kadang mereka habis main kemudian dipeluk dicium nanti mereka cerita sendiri, temen-temen saya juga sering menemukan gambar-gambar dan video (porno) di hapenya.” (guru S)*

.... *Dulu ada bu video-video porno juga ada, tapi sekarang sudah dihapus, dulu pas SD punyanya, katanya dapet dari temennya” (orang Tua P6)*

he he...video porno saru saru (porno) sudah pernah lihat....dari HP teman...(P8, P6)

“Sering dilakukan kontrol hp karena banyak anak yang menyimpan video porno (guru W).

“murid saya (P5) sering cerita sama saya kalau pacarnya itu setiap hari minta dibelikan pulsa, kalau tidak marah tidak mau diajak pergi” (Guru N).

...sudah pernah dimarahin dan ditampar oleh pacar saya, karena deketan sama cowok lain, padahal hanya temen biasa...tapi pacar saya marah’ (P3)

Penyimpangan seksual pernah terjadi di sekolah itu meskipun pelakunya bukan salah satu dari partisipan, tetapi murid laki laki. Menurut beberapa guru pernah ditemukan beberapa murid yang melakukan penyimpangan seksual. Berikut ungkapan mereka:

“pernah ada kejadian waktu olah raga dua orang siswa laki lakinya melakukan

penyimpangan seksual dengan cara mengelus ngelus alat kelamin laki laki temennya, bahkan tidak hanya dilakukan sekali, kadang saat ganti pakaian olahraga. (guru W, guru A, T).

“P (salah satu murid laki laki di SLB itu) sudah pernah terjadi dan bisa menulari teman temannya yg lain.Sering terjadi di sekolah melakukan penyimpangan seksual, memainkan alat kelamin teman-temannya. (Guru BP)”

Pernah ada siswa (L) yang mau melakukan hubungan seksual tapi ketahuan, sudah disampaikan ke orang tua, jika dinasihati orang tua, malah marah dan menendang. (Guru BP)

3. Peran Guru dalam kesehatan reproduksi

Menurut pengakuan partisipan ada sebagian informasi tentang kesehatan reproduksi yang didapat dari guru mereka, saat mereka disekolah. Hasil FGD dengan guru kelas mengatakan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi mereka ajarkan secara tidak terstruktur (karena belum ada dalam kurikulum), guru memasukan materi itu di mata pelajaran tertentu seperti agama, pelajaran pramuka, pesantren kilat di sekolah dan materi lain yang relevan dengan masalah reproduksi, atau diajarkan ketika ada issue yang dilontarkan dari murid. Kesehatan reproduksi yang diajarkan masih sebatas bagaimana menjaga hubungan anak dengan lawan jenis/pacaran, masalah haid, mimpi basah dan menikah.

“Pesan/nasihat diselipkan ketika pelajaran, tidak ada jam khusus, kadang saat ada siswa saya yang punya masalah sering keluar malam dengan pacarnya, dari ortunya juga sering mengeluh sdh dinasehati tapi ya agak susah, lalu menyampaikan ke kami....(Guru N)

“Pesan moral diselipkan pada saat pelajaran kelas, Pelajaran kespro tdk terjaduakan, diselipkan di pramuka, diselipkan saja, ada materi pelajaran yang

relevan lalu dikaitkan, berbasis masalah yang dihadapi siswa.(Guru T)

...akhir2 ini ada program bekerjasama dengan klinik dan psikologi, mengundang siswa, wali kelas dan orang tua jika ada anak yang mempunyai masalah kesehatan reproduksi (Guru BP)”

4. Kendala dan hambatan Guru dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.

Disamping karena memang kendala yang terdapat pada anak dengan kebutuhan khusus yang tidak mudah menerima informasi, dan juga kendala karena belum semua guru mendapatkan pelatihan tentang kespro, masih terdapat guru yang merasa kikuk atau tabu kalau harus membahas masalah kesehatan reproduksi dengan siswa yang berbeda jenis kelaminnya. Disamping itu juga ada guru yang menyatakan belum memahami betul dengan kesehatan reproduksi. Tema ini diperkuat dengan ungkapan yang disampaikan oleh guru :

...mengajarkan hal terkait dengan kesehatan reproduksi pada anak dengan kebutuhan khusus tidak mudah, apalagi kami (guru) tidak semua kami saja memahami. “sebaiknya masalah kesehatan reproduksi itu diberikan oleh guru yang sama jenis kelamin, sy rasanya tidak nyaman kalo harus diskusi tentang itu kepada siswa perempuan (Guru E).

“ belum ada kurikulum khusus tentang kesehatan reproduksi’ (Guru N, T, S)

“Bingung harus berbuat apa untuk mengatasi perilaku penyimpangan seksual pada siswa.....(guru BP)

“secara psikologis : siswa akan lebih bercerita dengan guru yg sesuai jenis kelaminnya, menurut saya ada ketabuan jika guru laki2 menyampaikan masalah reproduksi perempuan” (Guru E)

“ya...saya kira masih menganggap tabu untuk bercerita tentang reproduksi,...ada konseling di BP ya jika anak memiliki masalah..mereka datang dengan orang tua..dan belum ada buku saku tentang

pendidikan kesehatan reproduksi pada anak sekolah (Guru T)

5. Peran orang tua

Sebagian kecil partisipan mengatakan mendapatkan informasi kesehatan reproduksi dari orang tua, tetapi masih sebatas mengajarkan anak saat menstruasi, mengganti pembalut dan mencuci pakaian dalam. Orang tua merasa kesulitan untuk mengajarkan kesehatan reproduksi kepada anak nya, terutama melarang anak ketika berhubungan dengan pacar. Karena anak cenderung melawan. Peran orang tua sering dibantu oleh anggota keluarga lain (anak lain) yaitu kakak .Berikut ungkapan partisipan dan orang tua partisipan :

“Kesehatan reproduksiPenting bu, Ya buat kesehatan to bu, kalau “Al” sudah sejak dini sudah saya tanamkan, sejak Kelas 4 bu, dia sering tanya kok mami pakai kayak gitu(menstruasi), iya besok kamu kalau sudah besar juga pakai kayak gitu(pembalut), terus saya ceritakan begini begini begini, terus caranya membersihkan pembalut itu bagaimana sudah saya ajarkan, membersihkan celananya bagaimana, cuman memang dia itu kendalanya “Al” itu kalau haid suka sering sakit banget bu, kadang kalau lagi haid tidak terkontrol emosinya, tapi akdang kalau sudah saya kasih antinyeri di Apotik... asamefenamat kalau tidak saya kasih kiranti, (orang tua A)

Sedangkan menurut orang tua Ln, memberikan informasi kesehatan reproduksi tidak terfikirkan olehnya, di sudah pasrah kepada kakak partisipan untuk memberikan informasi kepada “Ln” “Tidak pernah menyampaikan itu, Tidak pernah terfikirkan, saya rasa udah dikasih tahu kakak kakaknya”. (orang tua Ln)

“Ya kita jelaskan bu secara satu persatu, kalau udah mens udah dewasa jadi kalau berteman tidak boleh begini begini, ...(orang tua A).

...itukan si A deketnya sama kakaknya jadi kakaknya kadang yang galak sama

dia, terlalu protect itu ya kakaknya itu” (orang tua A)

...Sering dikontrol kakaknyatapi dia sering bohong.....pinter dia bilang ke rumah A (temennya)...bentar...tapi terus dijemput sama temennya (L) yang janji dengan laki laki. ..

...kadang juga menanyakan sudah punya pasar belum?kalau habis pergi saya tanya pergi sama siapa, laki apa perempuan, jangan macem macem.....(orangtua I).

6. Orang tua kurang memahami materi kesehatan reproduksi.

Selain karena sikap temperamen mudah marah anak dengan keterbatasan ini, kendala orang tua juga karena kebingungan orang tua dan ketidaktahuan orang tua dalam memberikan materi kespro.

...kalau beritahu dia melawan, ya kalau dikasih tahu kakanya diem, 1 hari),ngasih tahu Ln itu sulit bu, kalau dibilangi itu ngelawan apa yang diberikan dilempar, suka ngelawan....(orang tua Ln)

.....Dia sering pergi (usia 17 tahun), dengan temennya (L) yang sudah berkali kali hamil dan punya anak , kemarin 2 hari tidak pulang, kalau diberitahu suka marah marah, keras hati...diberitahu ngeyel....(orang tua I)

...“Punya pacar, kakaknya yang pernah lihat, smsnya macam-macam gitu bu, kemarin pas Ln tidur hp nya dibuka sama kakaknya terus ketahuan Ln, kakaknya dilempar nggak tahu pakai apa, kakaknya sampai menangis....(orang tua Ln)

...“Sebenarnya saya juga bingung bu, kalaupun ketat ketatnya kayak apa karena anaknyakan beda bu saya juga bingung bu, harus bagaimana, kalau dirumah bisa saya hendel sendiri tapi kalau diluar saya tdiak bisa aku jadi serba bingung (orang tua A)

...“Saya tidak bisa menasehati, ...Susah bu, karena terbentur biologis ya bu susah, sedangkan yang normal saja kalau udah seneng itu susah untuk dikendalikan apalagi anak ini, susah bu, terlalu ketat

juga kita nanti susah kalau longgar juga tambah susah (orang tua Ln)

...karena diakan temperamental, tapi kalau udah jodoh saya tidak bisa melarang, kaemarin aja pacarnya minjam hapenya ada nomor baru uterus mecah kaca, jadi ya saya tdiak bisa bilang tdiak, tidak bisa juga bilang iya, tpi ya udahlah yng penting kita berdoa saja”

.....nek kulo mboten dong, sok mbakyune yang ngerti...sering pergi ke galleria, sekaten.....mulih esuk....subuh, bengi....(orangtua I).

....Saya sok sumelang (khawatir)...kamu wis gede, metu kuwine (payudara sudah membesar), karo cah lanang ojo gelem didemok demok (dengan anak laki laki jangan mau dipegang-pegang) ...mengko iso hamil, (nanti bisa hamil).. (orang tua I)

7. Sosialisasi lebih luas terhadap masalah kesehatan reproduksi remaja tunagrahita.

Masalah kesehatan reproduksi harus disosialisasikan juga kepada orang tua, selain kepada guru, sehingga tidak dianggap tabu lagi. Harus ada pemberian informasi yang jelas oleh orang ahli atau yang paham dengan kesehatan reproduksi. Orang tua minta diajarkan atau diberitahukan dari sekolah bagaimana nanti anak anak SLB itu kalau sudah menikah diajarkan tentang kesetiaan. Berikut adalah ungkapan mereka:

“Guru dan orang tua juga harus tahu, disosialisasikan tentang kesehatan reproduksi , shg anak tidak mendapatkan informasi yg salah “ (guru T)

“Pemahaman masyarakat yang cenderung acuh terhadap kondisi anak SLB, harus ada pemahaman ke masyarakat untuk masalah reproduksi anak SLB, orang tua ikut berperan serta. (Guru W)

“Ada penjelasan tentang cara perawatan alat reproduksi, mandi wajib, akibat penyimpangan seksualitas, ada program yg bisa menekan kejadian kejadian yg tidak diharapkan” (Guru S)

“Ada ahli yang menyampaikan bagaimana pencegahan hingga penanganan masalah kesehatan reproduksi” (Guru E)

“Jadi kalau kespro itu harapannya orang tua bisa memahami anaknya memang dari akademiknya dia lemah tapi secara seksnya mereka tetap saja normal, biar orangtua ini menyampaikan kepada anak, orangtua itu tidak mengetahui perkembangan anaknya, karena masih dianggap tabu” (Guru S)

“Kespro ini tidak harus menjadi matapelajaran sendiri namun bisa masuk ke matapelajaran lain diterapkan” (guru S)

Harapan orang tua terhadap sekolah maupun hal yang terkait dengan reproduksi, bagaimana sekolah juga mengajarkan kepada anak tentang kesetiaan ketika mereka sudah berumah tangga dan kemandirian anak setelah dewasa.

“Jadi ya saya ingin diajarkan kesetiaan, Karena tetangga saya juga ada yang seperti itu bu, anak dari SLB juga pas ada ibunya masih tertata, tapi setelah ibunya meninggal dia jadi berantakan sampai punya istri 4...(orang tua A)

“A harus wiraswasta, tapi tetep harus ada yang menghendel, kalau misalnya.... A nanti dapat suami yang normal ya saya welcome bu tapi kalau misalnya suaminya yang sama kaya “A”(ABK)..A ya harus ikut saya.”

Khusus untuk tuna grahita sebenarnya ada pendampingan untuk kemandiriannya, namun terkadang anak-anak bosan dan malas, sedangkan orang tua lebih tenang dan nyaman jika anak tetap sekolah di SLBNegri 2 sekalipun sudah lulus.

“Kalau grahita memang ada bu, tapi anak anak itu gampang jelehan (bosan) bu jadi nanti ada yang datang kesini “kok Ngga kerja mas.....capek pak,males pak”, dan memang orangtua lebih nyaman kalau anaknya disini” (G.S)

“Kalau untuk itu ada 2 bu, ada yang memang anak yang bisa kerja mandiri, ada anak yang memang sejak lahir sudah keliatan IQ dibawah 50 ya nanti tergantung orangtuanya atau orang yang lebih dewasa”(G.S)

PEMBAHASAN

Tema 1. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi kurang, sebatas masalah seksual.

Tuna grahita (retardasi mental) merupakan suatu kondisi yang dicirikan oleh keterbatasan kemampuan intelektual yang berpengaruh pada kemampuan kognitif, bahasa, motorik serta kesulitan melakukan penyesuaian terhadap tuntutan didalam lingkungan dan sosial (Patton & Payne, 1983). Pada penelitian ini diperoleh tema pertama adalah tingkat pengetahuan partisipan tentang kesehatan reproduksi masih kurang, sebatas pada masalah perilaku seksual. Hasil penelitian ini selain disebabkan karena karakteristik tingkat kemampuan/ pemahaman pada anak dengan tuna grahita kurang, issue tentang masalah seksual nampaknya lebih membuat mereka (partisipan) lebih tertarik, sehingga ketika diskusi tentang kesehatan reproduksi identik dengan permasalahan seksual.

Topik seputar seksual merupakan topic yang paling disukai oleh anak remaja tidak terkecuali anak dengan tuna grahita. Menurut Soetjininggih (2002) secara biologis tidak terjadi gangguan tumbuh kembang yang berhubungan dengan sistem dan fungsi reproduksi, sama dengan remaja pada umumnya, sehingga ketertarikan terhadap lawan jenis juga dialami anak dengan kebutuhan khusus. Dengan kata lain remaja berada dalam potensi seksual yang aktif, karena berkaitan dengan dorongan seksual yang dipengaruhi hormone. (Guru dan orangtua)

Faktor lain yang mempengaruhi kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi yang benar pada retardasi mental adalah kurangnya informasi yang didapatkan dari orang tua dan guru. Mereka lebih cenderung mendapatkan informasi dari media lain (handphone, teman).

Penelitian ini didukung penelitian oleh Lestari dan Purwandari (2002) bahwa 4,9 % anak remaja usia 15-19 tahun mengatakan bahwa sumber informasi ideal yang diharapkan untuk masalah kesehatan reproduksi dan seksual adalah orang tua, namun pada kenyataan hanya 5-10 % remaja laki laki dan 16-20 % remaja putri yang mendapatkan informasi dari orang tua. Dari penelitian ini menunjukkan bahwa 80-90 % informasi tentang kesehatan reproduksi diperoleh dari sumber lain selain orang tua.

Pendapat Soetijiningsih (2007), perkembangan sosial pada masa remaja lebih melibatkan kelompok teman sebaya dibanding orang tua. Dibanding pada masa kanak-kanak, remaja lebih banyak melakukan kegiatan di luar rumah seperti kegiatan sekolah, ekstra kurikuler dan bermain dengan teman. Dengan demikian, pada masa remaja peran kelompok teman sebaya adalah besar.

Tema 2. Perilaku seksual anak difabel

Remaja merupakan periode transisi antara masa anak-anak dengan dewasa, dimana pada masa itu terjadi perubahan biologis, intelektual, psikososial dan ekonomi. Perubahan ini akan mempengaruhi terkait dengan kebutuhan seksual remaja.

Sebagian besar partisipan sudah mempunyai pacar, dan sudah pernah menonton video porno. Hal ini didukung oleh ungkapan orang tua maupun sebagian guru. Menurut pengakuan guru ada juga penyimpangan seksual yang terjadi pada

siswa laki laki dengan melakukan genital stimulasi.

Derasnya informasi dan mudahnya akses informasi yang dengan mudah didapatkan remaja saat ini, dan lemahnya pendidikan seksual dari orang terdekat (orang tua) mendorong mereka mempunyai keinginan untuk mencoba dan meniru apa yang sudah dilihatnya. Apalagi anak tuna grahita tidak mempunyai kemampuan untuk berfikir risiko atau efek samping dari apa yang telah dilakukan.

Melihat video porno diakui oleh sebagian partisipan dan juga orang tua dan guru. Video porno mereka peroleh dari teman, melalui media hand phone mereka dengan mudah mendapatkan video itu. Salah satu orang dari orang tua mereka mengatakan kalau anaknya itu terkait penggunaan HP mengatakan anak tuna grahita meskipun dari aspek lain kurang, tapi untuk aplikasi yang ada di HP sangat pandai.

Menurut Sarwono, (2004), berdasarkan karakteristik usia partisipan, mereka berada pada usia perkembangan *middle adolescence (15-17 tahun)* dan *late adolescence (18-20 tahun)*. Menurut Sarwono pada tahapan perkembangan remaja akhir semestinya remaja sudah mulai mantap dan berminat terhadap fungsi intelektual, sudah terbentuk identitas seksual yang tidak berubah lagi, tetapi pada penelitian ini (tuna grahita) tahap mereka belum bisa mencapai itu.

Pada usia remaja pertengahan, kelompok sosial dapat meluas sampai mengikut sertakan anggota yang berbeda jenis kelaminnya dan proses pacaran pun dapat mulai terjadi. Proses pacaran dapat berkembang dalam berbagai tahap : tahap pertama biasanya dilakukan tanpa kontak fisik, tahap kedua berciuman dan meraba buah dada yang masih tertutup pakaian, tahap ketiga meraba buah dada telanjang atau kemaluan, tahap keempat melakukan

hubungan seksual dengan mitra tunggal, dan tahap kelima melakukan hubungan seksual dengan mitra multipel.

Menurut pengakuan orang tua partisipan dan guru, beberapa partisipan sudah sering diajak pergi dan justru kondisinya lebih berisiko karena ada diantara mereka yang pergi menginap sampai 2 hari. Bahkan pernah ditemukan siswa SLB melakukan hubungan seksual di tempat umum.

Semua anak mendapatkan hak yang sama dalam kesehatan baik anak yang normal maupun anak tunagrahita yang dalam klasifikasinya termasuk ke dalam anak berkebutuhan khusus. Hal tersebut terungkap dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak. Dalam undang-undang tersebut dinyatakan bahwa setiap anak berhak untuk dapat hidup, tumbuh, berkembang, mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan social serta mendapatkan pendidikan dan perlindungan hukum terhadap kasus pelecehan seksual.

Kekerasan dalam berpacaran juga dialami oleh partisipan, dimana pelaku kekerasan adalah orang dewasa yang "normal" tidak memiliki keterbatasan. Pada penelitian ini partisipan yang mengalami salah satunya adalah siswa yang memiliki tuna rungu ringan diamping tunagrahita. Pernyataan ini didukung oleh Tanukusuma (aktivitas disabilitas), "Perempuan penyandang disabilitas tuna rungu dan tuna grahita paling banyak menjadi korban kekerasan seksual, sebab, perempuan tuna rungu tidak bisa berteriak dan sangat ketakutan ketika diancam untuk diam oleh pelaku. Sedangkan perempuan tuna grahita secara mental dan intelektual sulit membedakan antara eksploitasi dan kekerasan seksual dengan cinta," (ANTARA New. com, 6 September 2014)

Tema 3 Peran Guru

Guru adalah orang tua saat siswa berada di sekolah. Guru sering menjadi rujukan tempat bertanya untuk peserta didiknya dan cenderung siswa akan mengikuti anjuran dan nasehat guru. Peran guru terkait dengan kesehatan reproduksi di SLB ini dengan menyelipkan nasehat atau diskusi tentang kesehatan reproduksi melalui kegiatan pembelajaran. Guru juga berperan menjembati dengan orang tua ketika ada masalah dengan siswanya.

Menurut penelitian Budiono & Sulistyowati (2013), opini siswa (78%) mendukung peran unit kesehatan Sekolah (UKS) terhadap kesehatan reproduksi remaja. Pada sekolah ini juga memiliki UKS, namun pada kegiatannya masih belum banyak menyentuh terkait kesehatan reproduksi, tapi lebih banyak digunakan untuk istirahat ketika ada anak yang sakit. Ruang Bimbingan konseling (BP) juga ada dan sekolah ini juga sudah bekerja sama dengan psikolog jika ditemukan masalah pada anak. Namun menurut guru BP, hampir tidak pernah ada yang konsul atas kemauan sendiri, tetapi biasanya mereka ke ruang BP kalau sudah ada masalah dan mengundang orang tua. Di SLB ini juga mengadakan kegiatan seperti kepanduan (pramuka) dan juga pesantren kilat ketika bulan puasa, dan dalam kegiatan itu diselipkan materi kesehatan reproduksi. Komunikasi dengan siswa dan orang tua relative bisa dijalankan di sekolah ini, bahkan beberapa orang tua siswa juga terlibat mengurus kantin sekolah. Berdasarkan karakteristik partisipan penelitian ini mereka memiliki IQ lebih dari 50 adalah kategori *educable (menurut American association of mental retardation)*, artinya tingkatan retardasi mental ringan. Anak ini memiliki keterlambatan akademik, masih bisa dididik masih bisa bicara dan bisa diwawancarai. (Hendra, 2012 dalam elib.unicom.ac.id abstract).

Tema 4. Kendala dan hambatan Guru dalam menangani masalah kesehatan reproduksi.

Sebagian masyarakat masih mentabukan mendiskusikan masalah kesehatan reproduksi. Masyarakat menganggap sebagai sesuatu yang tidak perlu didiskusikan dengan anak. Nampaknya hal ini juga dialami oleh sebagian guru di SLB ini. Kendala yang dihadapi dalam menyampaikan masalah reproduksi disamping karena merasa canggung dan tidak nyaman kalau bicara masalah kesehatan reproduksi dengan siswa lain jenis, juga disebabkan karena kurangnya pemahaman yang cukup dari Guru dan masih sebagian kecil yang pernah mendapatkan pelatihan. Guru di SLB ini juga sebagian besar berasal dari pendidikan umum (tenik, elektro, seni, bahasa, dll) yang kemudian mengikuti pelatihan khusus SLB.

Melalui Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak nomor 10 tahun 2011 tentang kebijakan penanganan anak berkebutuhan khusus, pemerintah telah melindungi juga hak hak anak dengan berkebutuhan khusus termasuk anak dengan tuna grahita. Artinya melalui Permeneg ini, pendidikan maupun pelatihan kespro bagi guru dengan kebutuhan khusus akan mendapatkan prioritas.

Tahun 2013 Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemdikbud) tengah menyusun pedoman pendidikan kesehatan reproduksi (kespro)/perancangan bahan ajar kespro bagi penyandang tunagrahita. Tujuan penyusunan pedoman itu adalah untuk memberikan akses informasi mengenai kesehatan reproduksi bagi peserta didik tunagrahita. Menurut informasi dari salah satu guru saat ini sedang menunggu modul kespro untuk peserta didik dengan kebutuhan khusus. Saat ini untuk sekolah umum saja pendidikan kesehatan

reproduksi belum menjadi mata pelajaran tersendiri, tetapi disisipkan pada beberapa mata kuliah yang relevan.

Tema 5. Peran orang tua

Menurut Sarwono (2004) remaja mempunyai kecenderungan bertanya tentang masalah seks kepada teman dibandingkan dengan orang tua. Pada penelitian ini orang tua sudah berupaya untuk mengontrol anaknya ketika anak pergi dari rumah, pergi dengan temannya/pacarnya. Mereka juga menasehati anak dan mengajarkan kepada anaknya hal hal yang harus dilakukan saat menstruasi serta mengontrol isi Hand phone.

Menurut pengakuan partisipan, dan juga orang tua pendidikan kesehatan produksi yang diajarkan masih sebatas perawatan saat menstruasi dan larangan berpacaran. Senada dengan yang disampaikan Yuningsih (2012) Pemberian pemahaman kesehatan reproduksi di SLB X Wonogiri tergolong hanya dalam pengertian umum saja yang meliputi identitas laki laki dan perempuan. Ibu belum memberikan pemahaman kesehatan reproduksi dengan jelas, benar, dan *detail* kepada anak putra tunagrahita yang mana pemahaman kesehatan reproduksi yang seharusnya diberikan kepada anak putra tunagrahita adalah materi mengenai organ reproduksi, perkembangan fisik anak saat memasuki remaja, mimpi basah, menstruasi, pergaulan dengan lawan jenis, dan pelecehan seksual.

Hal yang berbeda disampaikan oleh salah satu orang tua yang menyatakan tidak berfikir dalam masalah reproduksi anak, tetapi hanya menyerahkan kepada kakak partisipan. Peran ibu yang tidak memberikan informasi kesehatan reproduksi terhadap anak perempuan tuna grahita bertentangan dengan Dewi Shinta dalam 1001 tanya anak soal seks, Ia menyatakan bahwa sejak anak mulai menanyakan dan sudah dapat

berkomunikasi secara lisan, anak dapat diberi pendidikan yang berkaitan dengan kesehatan seperti organ reproduksi. Hal tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan gambar-gambar yang ilmiah sebagai dasar untuk menjelaskan kepada anak, dan hindari menggunakan istilah-istilah yang tidak jelas. Jika anak sudah bertanya mengenai perilaku seks, jelaskan dari sudut pandang ilmiah, ke-Tuhan-an, dan kemanusiaan, serta hindari penjelasan yang salah atau bahkan menakutkan karena akan berefek pada keyakinan anak mengenai perilaku reproduksinya pada masa dewasa.

Tema 6. Kendala Orang tua

Masyarakat (ibu) menganggap materi kesehatan reproduksi adalah materi yang tidak cocok diberikan kepada anak putra tuna grahita, karena belum cukup umur, dan mereka belum mengerti mengenai hal tersebut serta karena kemampuan anak. Hal serupa disampaikan Sarwono (2002) bahwa, faktor faktor yang mempengaruhi perilaku seks bebas pada remaja adalah karena kurangnya pengetahuan dan anggapan tabu bicara tentang kesehatan reproduksi secara terbuka pada remaja bahkan cenderung membuat jarak dengan anak dalam masalah ini. Membicarakan atau diskusi tentang dengan anak berkebutuhan khusus seperti anak dengan tuna grahita ini belum dipandang perlu, karena mereka meskipun sudah berumur tua tapi masih seperti anak kecil.

Dan karakteristik inilah yang menyebabkan anak tuna grahita mudah marah/temperamen ketika keinginannya tidak dipenuhi orang tua. Menurut Reiss dalam Suharmini (2009) mengatakan bahwa anak tuna grahita sering mengalami emosi dan masalah masalah perkembangan emosi sehubungan dengan kemampuan yang rendah.

Pelanggaran terhadap masalah reproduksi pada remaja terjadi juga karena disebabkan oleh semakin mudahnya

penyebaran informasi dan rangsangan melalui media masa dengan teknologi canggih seperti VCD, foto, majalah dan internet dan lain lain. Laksmiwati (1999), perilaku reproduksi remaja dipengaruhi juga dari faktor di luar individu dan faktor di dalam individu. Faktor di luar individu adalah faktor lingkungan di mana remaja tersebut berada termasuk oleh peer grup. Faktor di dalam individu yang cukup menonjol adalah sikap permisif dari individu yang bersangkutan. Sementara sikap permisif ini sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Dengan demikian kontrol sosial akan mempengaruhi sikap permisif terhadap kelompok tersebut.

Dalam penelitian ini orang tua merasakan kuwalahan / tidak mampu lagi untuk memberikan nasehat pada anaknya yang mengalami tuna grahita. Disatu sisi orang tua kalau terlalu proteksi terhadap anak, maka anak akan marah dan cenderung kemudian keluar rumah atau pergi dengan teman sebayanya. Namun pada penelitian ini, peneliti belum menggali pengetahuan orang tua terhadap semua lingkup kesehatan reproduksi yang ada.

8. Sosialisasi lebih luas terkait masalah kesehatan reproduksi remaja tuna grahita.

Sosialisasi adalah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat (id.Wikipedia.org). Sosialisasi yang berupa upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi menjadi tanggung jawab baik pemerintah, guru, orang tua dan masyarakat. Upaya peningkatan pemahaman kepada seluruh pemangku kepentingan tentang masalah kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui sosialisasi baik dilakukan secara formal dan informal, sehingga tidak dianggap lagi sebagai masalah yang tabu.

Kegiatan pelatihan dan bimbingan untuk orang tua / keluarga terkait masalah kesehatan reproduksi dapat dilakukan

melalui kegiatan yang diadakan disekolah. Komite sekolah dapat menginisiasi kegiatan sosialisasi kespro kepada orang tua dengan berbagai cara. Kegiatan sosialisai dapat dilakukan melalui berbagai kegiatan seperti seminar, melalui poster, leflet. Menurut Goffman sosialisasi terbagi dua yaitu primer dan sekunder. Primer dilakukan pada tingkat keluarga dan sekunder pada masyarakat. (Goffman, dalam Maryati K, 2006)

Memasukan materi kesehatan reproduksi pada kurikulum di sekolah merupakan cara formal yang bisa ditempuh untuk sosialisasi kepada guru dan siswa. Pelatihan dan juga pendampingan juga dapat membantu Guru dalam memahami masalah kesehatan reproduksi remaja.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang “Identifikasi Kebutuhan Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja Perempuan *Difabel* (Tuna Grahita) Di SLB Negeri 2 Yogyakarta” dapat disimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar remaja *difabel* grahita perempuan belum memiliki pemahaman secara komSpresensif mengenai Kesehatan Reproduksi.
2. Peran orang tua dan guru masih belum maksimal dalam memberikan pemahaman mengenai Kesehatn reproduksi kepada *difabel* grahita perempuan.
3. Kebijakan pendidikan belum memprioritaskan Kesehatan Reproduksi masuk dalam kurikulum pendidikan bagi *difabel* grahita.

DAFTAR PUSTAKA

- Hendra, (2012) , “Retardasi Mental”.abstract. Elib.unikom.ac.id
- Soetjiningsih, “*Tumbuh Kembang Anak*”, EdisiII, PenerbitBukuKedokteran EGC, Jakarta, 2002

- Sarwono, S.W (2004). “*Psikologi Remaja*”, Rajawali Pers.
- Payne, J.S. dan Patton, J.R. (1981). “*Mental Retardation*” . Ohio: A Bell and Howell Company
- Lestari S dan Purwandari E (2002), “*Kemampuan komunikasi ibu anak tentang seksualitas ditinjau dari tingkat pengetahuan ibu.*” Indegenousvol 6 nomor 1
- Budiono,M.A&Sulistiyowati, M. (2013) “*Peran UKS dalam penyampaian kesehatan reproduksi pada siswa SMA Negeri X, di Surabaya*”, JurnalPromkes, Vol. 1, No. 2 Desember 2013: 184–191
- Kusumaningrum1), Cahyo&Nugraha. (2012) “*Perilaku Ibu Terhadap Pemberian Pemahaman Kesehatan Reproduksi pada Anak Putra Tuna Grahita*” (StudiKualitatifpadaIbudariSiswa SDLB-C di SLB X Wonogiri)