



Buletin
Jendela
Data dan Informasi Kesehatan



Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas dan Pergeseran Paradigma Penanganan Penyandang Disabilitas

Oleh: Drs. Agus Diono

Kesehatan Anak dengan Disabilitas

Oleh: dr. Mujaddid, MMR

Disabilitas dan Isu Kesehatan: Antara Evolusi Konsep, Hak Asasi, Kompleksitas Masalah, dan Tantangan

Oleh: Franciscus Adi Prasetyo, AKS., M.Si

Tingkat Disabilitas Psikososial Berdasarkan Penyakit Degeneratif yang Diderita, Faktor Sosial dan Demografi Di Indonesia; Studi Isu Publik Dalam Formulasi Kebijakan Kesehatan

Oleh: Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes

Kementerian Kesehatan RI

Daftar Isi

EDITORIAL

TOPIK UTAMA

- 01** Situasi Penyandang Disabilitas

TULISAN TERKAIT TOPIK

- 19** Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Dan Pergeseran Paradigma Penanganan Penyandang Disabilitas
Oleh: Drs. Agus Diono
- 25** Kesehatan Anak Dengan Disabilitas
Oleh: dr. Mujaddid, MMR
- 31** Disabilitas dan Isu Kesehatan: Antara Evolusi Konsep, Hak Asasi, Kompleksitas Masalah, dan Tantangan
Oleh: Franciscus Adi Prasetyo, AKS., M.Si
- 41** Tingkat Disabilitas Psikososial Berdasarkan Penyakit Degeneratif yang Diderita, Faktor Sosial dan Demografi Di Indonesia (Studi isu publik dalam formulasi kebijakan kesehatan)
Oleh: Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes

Salam Redaksi

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan dengan topik mengenai Disabilitas ini dapat diterbitkan.

Indonesia telah menandatangani Konvensi tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas yang menunjukkan tekad Indonesia untuk menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas, yang pada akhirnya diharapkan dapat memenuhi kesejahteraan para penyandang disabilitas, termasuk dalam bidang kesehatan. Buletin ini diterbitkan sebagai media untuk meningkatkan wawasan mengenai disabilitas. Bagaimana data dan kondisi penyandang disabilitas terutama terkait dengan kesehatan, apakah pengertian disabilitas dan bedanya dengan istilah kecacatan serta bagaimana rehabilitasi sosial dan upaya kesehatan pada penyandang disabilitas dibahas dalam buletin ini.

Kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan dan penerbitan buletin ini. Semoga buletin ini dapat memberikan manfaat bagi peningkatan derajat dan upaya kesehatan masyarakat .

Selamat membaca!
Redaksi

Tim Redaksi

Pelindung

Sekretaris Jenderal Kemkes RI

Pengarah

Oscar Primadi

Penanggung Jawab

Didik Budijanto

Redaktur

Nuning Kurniasih

Penyunting

Ratri Aprianda

Fetty Ismandari

Desainer Grafis/ Lay Outer

Hira Ahmad Habibi

Herman Naibaho

Kesekretariatan

Rida Sagitarina

Sinin

Mitra Bestari

Siti Isfandari

Agus Diono

Mujaddid

Merry Antaria

Dwi Susilo

Franciscus Adi Prasetyo

Didik Budijanto



Alamat Redaksi

Jl. H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kav, 4-9 Jakarta

Telp : 021-5221432, 021-5277167-68

Fax : 021-5203874, 021-5277167-68

Email : jendela_datinkes@depkes.go.id

Sekapur Sirih

Assalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh,

Penyandang disabilitas adalah kelompok masyarakat yang memiliki keterbatasan yang dapat menghambat partisipasi dan peran serta mereka dalam kehidupan bermasyarakat. Konvensi tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas yang telah ikut ditandatangani oleh Indonesia mengamanahkan Negara untuk mengambil kebijakan yang diperlukan untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan penyandang cacat harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial, ekonomis, dan bermartabat. Pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi penyandang cacat untuk dapat tetap hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis.

Disabilitas bukan merupakan kecacatan semata namun merupakan hasil interaksi dari keterbatasan yang dialami seseorang dengan lingkungannya, bukan hanya fisik atau jiwa, namun merupakan fenomena multi dimensi yang terdiri dari fungsi tubuh, keterbatasan aktivitas, hambatan partisipasi dan faktor lingkungan.

Perkembangan dan perbedaan konsep, definisi dan tujuan menyebabkan data mengenai penyandang disabilitas yang dikumpulkan oleh kementerian/lembaga yang berkepentingan, antara lain Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan Kementerian Kesehatan dapat berbeda. Perbedaan tersebut bukan untuk dipertentangkan namun dapat disandingkan dengan disertai keterangan pendukung yang dibutuhkan agar dapat saling mengisi.

Dengan memberikan dukungan dan fasilitas yang memadai bagi penyandang disabilitas, diharapkan dapat menghilangkan keterbatasan dan hambatan yang ada sehingga dapat memunculkan potensi-potensi yang dimiliki. Potensi yang tersembunyi akibat kurangnya dukungan terhadap penyandang disabilitas merupakan kerugian sumber daya bagi Indonesia.

Semoga dengan diangkatnya topik mengenai disabilitas ini dapat memberikan dukungan bagi pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas khususnya di bidang kesehatan dan memberikan dukungan bagi peningkatan sumber daya manusia Indonesia.

Akhir kata kami sampaikan pula terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan "Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan" dengan topik Disabilitas ini.

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Jakarta, Desember 2014
Kepala Pusat Data dan Informasi
Kementerian Kesehatan RI



drg. Oscar Primadi, MPH



DISABILITAS DAN ISU KESEHATAN: Antara Evolusi Konsep, Hak Asasi, Kompleksitas Masalah, dan Tantangan

Franciscus Adi Prasetyo, AKS., M.Si

Pusat Kajian Disabilitas Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik - Universitas Indonesia

A. Evolusi Konsep Disabilitas : Definisi dan Akar Historis

Bagian pertama tulisan ini difokuskan kepada deskripsi dua hal: *pertama*, tentang definisi, dan *kedua*, tentang historis perkembangan konsep disabilitas sebagai sebuah pengetahuan sosial. Tujuannya adalah untuk menjembatani perdebatan pemahaman di masyarakat yang terkadang tumpang tindih, bahkan pada titik tertentu telah mengalami distorsi. Guna mengatasi polemik tersebut, masyarakat, baik pada kalangan aktivis disabilitas, profesional, akademisi, pemerintah, dan masyarakat umum, dengan argumentasinya masing-masing, berupaya untuk memberikan batasan tegas antara konsep “*impairment*”, “*disability*” dan “*handicapped*”. Melalui penjelasan berikut ini, maka diharapkan diperoleh pemahaman yang lebih tegas terkait dengan ketiga terminologi tersebut.

Definisi Disabilitas

Menyikapi silang pendapat tentang *disability* dan *impairment*, Vehmas dan Makela (2009, h. 42) menegaskan bahwa perspektif konstruksi sosial merupakan basis ontologi dan epistemologi dalam studi disabilitas. Perspektif konstruksi sosial memandang disabilitas sebagai:

“Disability is not the same as impairment, and cannot be understood properly on the basis of impairment. Although the notion of equating impairment with disability is deeply rooted in our culture, it is not determined by the nature of things; it is not inevitable.”

“The ‘Western’ conception of disability as an individual’s biological condition is incorrect and harmful”

“We would be much better off if the individualistic way of thinking concerning disability were done away, or at least radically transformed”

Kritik tersebut di atas adalah sebuah respon untuk mengajak berbagai pihak agar memperluas cakrawala berpikirnya ketika mendiskusikan tentang isu disabilitas. Secara implisit, kritik tersebut melihat kompleksitas persoalan orang dengan disabilitas, tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi biologis individu saja, melainkan terdapat faktor eksternal di luar orang dengan disabilitas, seperti lingkungan sosial yang turut berkontribusi sebagai faktor yang mempersulit situasi orang dengan disabilitas. Beberapa butir penting yang dikritisi adalah:

1. Bahwa disabilitas tidak sama dengan *impairment*;
2. Konsep barat yang menyatakan bahwa disabilitas merupakan kondisi biologis individu adalah tidak benar dan menyakitkan; dan,
3. Dibutuhkan transformasi pemikiran tentang disabilitas.

Sehubungan dengan hal tersebut, sesungguhnya telah cukup banyak literatur yang berupaya mendefinisikan untuk “*impairment*”, “*disability*”, dan “*handicapped*”. Salah satu definisi yang baik untuk dianalisis dinyatakan oleh *Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS)* tahun 1976 dalam Smith (2009, h. 18-19) mengklasifikasikan perbedaan kontekstual antara *impairment*, *disability*, dan *handicapped* sebagai berikut:

“Impairment is the functional limitation within the individual caused by physical, mental, sensory impairment”.

“Disability is the loss or limitation of opportunities to take part in the normal life of the community on an equal level with others due to physical and social barrier”.

“Disability exemplifies a continuous relationship between physically impaired individual and their social environment, so that they are disable at some times and under conditions, but are able to function as ordinary citizens at other times and other conditions” (Liachowitz, 1988 dalam Smith, 2009)

Sedangkan *handicapped* menurut Nordenfelt (1993) dalam Smith didefinisikan :

“Consider a person to be disable when one is unable to do things which are important to one. This inability must stem from a combination of internal (such an impairment) and external factors (such a wheelchair-unfriendly public transportation system)”

Mengacu kepada definisi *“impairment”* atau dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi kecacatan, maka konteks pemahamannya lebih bersifat pada kondisi biologis individual seseorang berkaitan dengan keterbatasan fungsi organ yang disebabkan adanya kerusakan secara psikis, mental, dan sensorik. Sedangkan disabilitas, melihat keterbatasan atau hilangnya kesempatan individu untuk berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat, bukan saja semata-mata karena gangguan fisik atau psikis, melainkan juga akibat adanya halangan-halangan sosial yang turut berkontribusi. Disabilitas juga dipandang memiliki relasi berkesinambungan antara gangguan fisik individual dengan lingkungan sosialnya. Pada suatu saat tertentu individu akan menjadi *“disable”*, tetapi pada situasi lain, orang dengan disabilitas dapat berfungsi sebagaimana biasanya. Oleh karena itu, ketika halangan-halangan fisik dan lingkungan dapat dihilangkan, maka seseorang sudah tidak dapat dikatakan *disable*, karena sudah mampu melaksanakan fungsinya.

Terminologi *“handicapped”* dipahami sebagai kondisi orang dengan disabilitas yang mengalami hambatan untuk melakukan aktivitas yang penting baginya. Hambatan tersebut harus merupakan kombinasi antara kondisi internal (*impairment*) dan faktor eksternal (seperti kondisi moda transportasi yang tidak dapat dilalui oleh kursi roda). Kedua persyaratan tersebut harus terpenuhi untuk menyatakan orang dengan disabilitas berada dalam kondisi *“handicapped”*.

Dengan demikian, penggunaan kata *“disabilitas”* didalam peraturan perundang-undangan Indonesia, memiliki spektrum yang lebih luas, bukan semata-mata penghalusan dari frase penyandang cacat atau kecacatan. Penggunaan terminologi disabilitas bertujuan untuk mengajak seluruh pemangku menyelami isu disabilitas dengan mengidentifikasi dan menganalisis kausalitas antara faktor internal (gangguan fungsional) dan eksternal (hambatan sosial) orang dengan disabilitas.

Evolusi Pengetahuan Tentang Disabilitas

Konsep kecacatan berevolusi menjadi disabilitas, melalui rentang waktu yang cukup panjang. Di dalam proses tersebut terjadi perdebatan dan dialog terus menerus untuk memaknai dengan lebih tepat tentang apa itu kecacatan atau disabilitas yang sesuai dengan konteks ruang dan waktunya. Di dalam garis orbit evolusi pengetahuan tersebut, manusia mengembangkan perspektif dan pengetahuannya sendiri-sendiri tentang kecacatan atau disabilitas. Pada bagian inilah, pengetahuan tersebut dibentangkan dengan tujuan agar setiap pemangku kepentingan sebaiknya memahaminya sebagai bagian untuk memperkuat kerangka konseptual tentang disabilitas dari sisi pengetahuan.

Pada masa lalu, secara tradisional, pengetahuan masyarakat tentang kecacatan masih dikuasai oleh mitologi-mitologi tertentu yang berkaitan dengan kepercayaan lokal. Dalam pandangan masa itu, kecacatan dipandang sebagai sebuah retribusi (bayar kembali atau balasan) akibat perbuatannya di masa lalu. Oleh karena itu, sudah sepantasnya orang dengan kecacatan hidup dengan kondisi seperti itu (Irwanto, dkk., 2010, h. 8). Terminologi *“kecacatan”* atau *impairment* sesuai kutipan tetap dipertahankan pada tulisan ini, sebagai representasi konteks pengetahuan tradisional masyarakat pada masa itu. Sesuai pandangan tradisional, kecacatan dinilai dan dikaitkan sebagai bentuk pelanggaran atau dosa masa lalu yang dilakukan seseorang atas ajaran agama, keyakinan lokal atau pantangan nenek moyang, sehingga kecacatan dipandang sebagai imbalan atau balasan yang harus ditanggung dalam kehidupan sekarang sebagai penebusan dosa.

Perkembangan pengetahuan modern barat, khususnya dalam bidang medis, turut berkontribusi membentuk pemahaman masyarakat tentang kecacatan yang terfokus kepada keterbatasan fungsi sebagai konsekuensi abnormalitas organ tubuh manusia. Dan sesuai dengan berkembangnya pengetahuan bidang medis, maka perspektif tentang kecacatan didominasi oleh sebuah pendekatan yang dinamakan *medical model*. Pada era ini, individu dengan kecacatan diasosiasikan sebagai *“penderita”*

atau pasien yang mengalami disfungsi, tidak berdaya, defisiensi, pasif, dan merupakan target intervensi para profesional akibat kecacatannya (Smith, 2008, h. 16). Titik berat perspektif ini diletakkan pada personal atribut individu, dan sekaligus menjadi fase penanda penting berkembangnya intervensi profesional berbasis teknologi medis, diantaranya menciptakan alat bantu dengar dan tangan palsu. Bahkan, dalam konteks perkembangan teknologi informasi terkini, perspektif *medical model* hadir dalam bentuk *software JAWS (Job Access with Speech/komputer layar baca)* dan *TALK* untuk program *handphone* bagi orang dengan gangguan penglihatan.

Evolusi termutakhir adalah konsep disabilitas. Konsep "*disability*" lebih kompleks dibandingkan "*impairment*" karena merupakan hasil interaksi kesinambungan bersifat alami pada satu sisi serta lingkungan sosial dan fisik di sisi lain (Vehmas dan Makela, 2009, h. 44). Terkait dengan hal tersebut, *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Dempsey dan Nankervis, 2006, h. 11) mengategorisasikan empat komponen dasar yang terdapat di dalam konsep disabilitas yaitu:

Gambar 1. Kategorisasi komponen Disabilitas



Sumber : Diolah dari Dempsey dan Nankervis, 2006

Gambar 1 di atas adalah sebuah pendekatan untuk mendeskripsikan dan sekaligus mempertegas bahwa posisi *impairment* (kecacatan) hanyalah salah satu komponen dari empat kategori tentang disabilitas. Dalam perspektif tersebut, lingkungan sosial didudukan sebagai pihak yang turut berkontribusi menciptakan halangan-halangan sosial dan kultural bagi orang dengan disabilitas untuk hidup setara sebagai anggota masyarakat. Inilah fase penanda lahirnya perspektif *social model of disability*, buah dari gerakan politik aktivis disabilitas dan hasil refleksi pada sarjana disabilitas berdasarkan pengalamannya masing-masing (Brownlee & Cureton, 2009, h. 86). Tuntutannya kemudian adalah, masyarakat pun harus bertanggung jawab menghilangkan hambatan-hambatan tersebut, sehingga ruang gerak orang dengan disabilitas menjadi lebih lapang untuk mengakses sumber-sumber potensial di lingkungannya, yang dapat dimanfaatkan bagi pengembangan potensi dirinya demi kemendiriannya.

Pengadopsian terminologi disabilitas pun telah berimplikasi terhadap orientasi kebijakan Pemerintah Indonesia yang di antaranya ditempuh dengan:

1. Turut serta sebagai negara yang menandatangani *The Convention on the Rights of People with Disabilities* tahun 2004 dan meratifikasinya ke dalam Undang-undang Nomor 19 Tahun 2009 tentang Ratifikasi Konvensi Hak-hak Orang dengan Disabilitas;
2. Mempromosikan partisipasi masyarakat guna memajukan hak-hak orang dengan disabilitas melalui menghilangkan hambatan-hambatannya, baik fisik maupun sosial, pada sumber-sumber publik seperti sarana pendidikan dan kesehatan. Hambatan fisik yang mulai dihilangkan dapat diamati dengan mulai banyaknya bangunan-bangunan publik yang memiliki bidang miring dan lift dengan huruf braille. Namun, tetap harus terus ditingkatkan karena akses transportasi publik masih belum berpihak kepada orang dengan disabilitas;
3. Keterlibatan organisasi-organisasi orang dengan disabilitas dalam perumusan kebijakan-kebijakan publik. Hal ini senada dengan prinsip "*nothing us, without us*" sebagai bagian dari pengarusutamaan *person-centered approached* untuk memahami kebutuhan, permasalahan, harapan, visi, cita-cita, dan potensi dari perspektif orang dengan disabilitas itu sendiri;

4. Peniadaan segregasi (pemisahan) dengan inklusi, yaitu menyertakan atau mengajak serta orang dengan disabilitas sebagai bagian dari masyarakat itu sendiri yang harus diperhitungkan dan diperhatikan kebutuhan-kebutuhannya.

B. Realita Sosial Orang dengan Disabilitas : Kesenjangan antara Regulasi dan Praktik

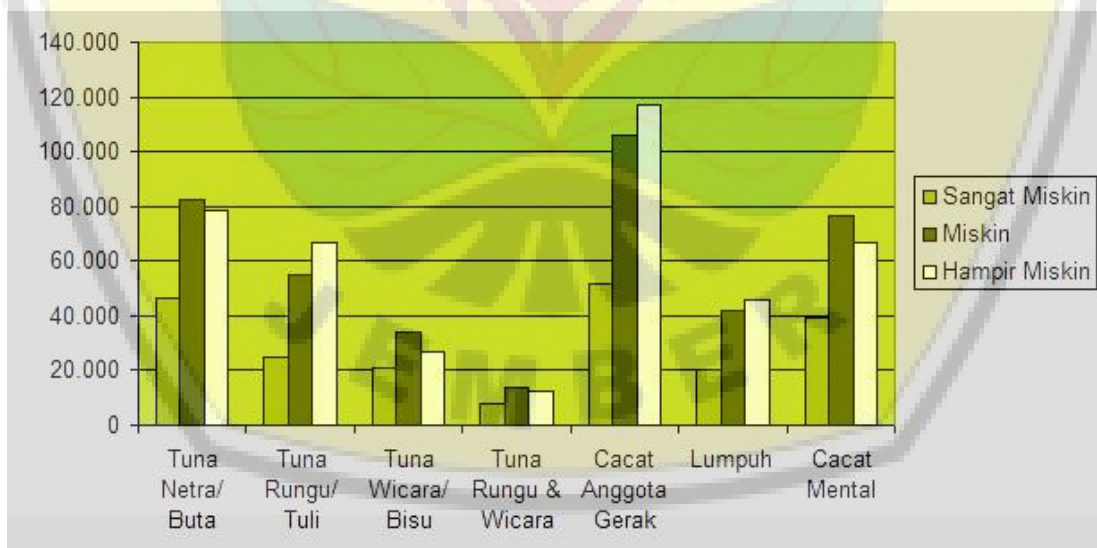
Indonesia pada saat ini dapat dikatakan telah memiliki cukup banyak instrumen kebijakan sosial yang pada intinya mengatur tentang hak-hak orang dengan disabilitas, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, aksesibilitas. Pada satu sisi, perkembangan ini tentu harus direspon secara positif sebagai bentuk keseriusan pemerintah Indonesia untuk mensejahterakan warga negaranya. Dan dalam posisi seperti inilah maka sangat relevan untuk mengajukan pertanyaan kritis sebagai bahan refleksi bersama, yaitu “Bagaimana situasi kesejahteraan orang dengan disabilitas di Indonesia?”. Sehubungan dengan hal tersebut, maka pada bagian ini akan disajikan data-data dari tiga sumber dengan rentang waktu berbeda, yaitu data Badan Pusat Statistik (BPS) tentang situasi kemiskinan orang dengan disabilitas di Indonesia tahun 2008, data Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Sosial tahun 2012, dan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2013. Hal yang ingin ditekankan bukanlah pada kebaruan data, tetapi lebih kepada pemaknaan data atas situasi orang dengan disabilitas dengan menggunakan tiga sumber data berbeda, yang merefleksikan masih rendahnya taraf kesejahteraan orang dengan disabilitas.

Data pertama yang disajikan adalah hasil sensus BPS pada tahun 2008 silam tentang situasi kemiskinan orang dengan disabilitas di Indonesia. Indikator penetapan status kemiskinan tersebut adalah berdasarkan pada pengeluaran per orang per bulan, dengan kriteria:

1. tidak miskin pengeluaran lebih dari Rp. 350.610;
2. hampir tidak miskin dengan pengeluaran per kepala Rp. 280.488 sampai dengan Rp. 350.610;
3. hampir miskin dengan pengeluaran per bulan per kepala antara Rp. 233.740 sampai dengan Rp. 280.488;
4. miskin dengan pengeluaran per bulan per kepala kurang atau sama dengan Rp. 233.740.

Hasil sensus tersebut dijelaskan melalui Gambar 2 berikut ini:

Gambar 2. Situasi Status Kemiskinan Orang dengan Disabilitas



Sumber : PPLS tahun 2008, BPS

Situasi kemiskinan yang ditampilkan pada gambar tersebut di atas, secara umum kemungkinan besar tidak mengalami perubahan apabila dianalisis dengan menggunakan data Pusdatin Kemensos tahun 2012 tentang pekerjaan dan pendidikan. Bahkan, walaupun data bersumber dari dua institusi berbeda, tetapi memiliki korelasi kausalitas yang tegas untuk memberikan penjelasan tentang situasi kemiskinan orang dengan disabilitas. Di bawah ini disajikan secara berturut-turut data tentang situasi orang dengan disabilitas pada bidang pekerjaan dan pendidikan:

Tabel 1. Situasi Orang dengan Disabilitas dalam Bidang Pekerjaan di Indonesia

Jenis Pekerjaan	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Tidak Bekerja	525.214	513.365	1.038.579
Buruh	74.350	29.911	104.261
PNS/TNI/Polri	3.045	985	4.030
Petani	111.720	40.518	152.238
Jasa	34.636	15.884	50.520
Pegawai Swasta	4.831	1.490	6.321
Pegawai BUMN/BUMD	298	59	357
Pedagang/Wiraswasta	20.014	9.416	29.430
Peternakan/perikanan	3.196	488	3.648
Total	777.304	612.116	1.389.420

Sumber : Pusdatin Kementerian Sosial RI, 2012

Fakta tersebut tentu menjadi sebuah ironi, sebab mayoritas orang dengan disabilitas ternyata berada pada tingkat partisipasi yang rendah dalam bidang pekerjaan. Faktor yang diduga berkontribusi menyebabkan tingginya angka orang dengan disabilitas tidak bekerja adalah rendahnya akses terhadap pendidikan. Sebab, tanpa pendidikan berkualitas, otomatis orang dengan disabilitas memiliki keterbatasan pengetahuan dan keterampilan. Lebih dari itu, potensi-potensi luar biasa orang dengan disabilitas menjadi tidak memiliki kesempatan untuk dikembangkan secara maksimal. Data tentang angka partisipasi orang dengan disabilitas pada bidang pendidikan disajikan sebagai berikut:

Tabel 2. Situasi Orang dengan Disabilitas dalam Bidang Pendidikan di Indonesia

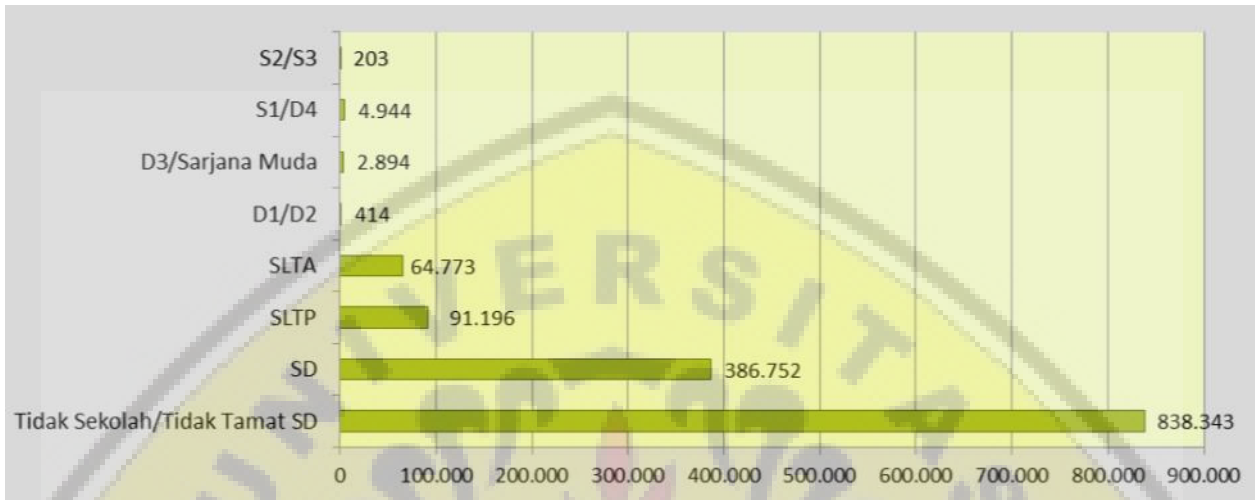
Jenis Pendidikan	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD	431.191	406.152	838.343
SD	234.316	152.436	386.752
SLTP	60.052	31.144	91.196
SLTA	44.995	19.778	64.773
D1/D2	277	137	414
D3/Sarjana Muda	1.913	981	2.894
S1/D4	3.481	1.463	4.944
S2/S3	148	55	203
Jumlah	777.373	612.146	1.389.519

Sumber : Pusdatin Kementerian Sosial RI, 2012

Data di atas memperlihatkan kecenderungan yang cukup mencengangkan, bahwa semakin tinggi jenjang pendidikan, maka semakin rendah tingkat partisipasi orang dengan disabilitas. Dengan demikian, mayoritas orang dengan disabilitas adalah sumber daya manusia dengan kualitas pendidikan rendah, sehingga konsekuensi berikutnya yang mengiringi adalah orang dengan disabilitas hanya terserap pada sektor pekerjaan kasar sebagai buruh, atau bahkan tidak terserap sama sekali. Hanya

sebagian kecil lainnya yang memperoleh kesempatan lebih baik untuk memperoleh pekerjaan sesuai dengan bidang pendidikan yang ditempuhnya. Pada gambar berikut ini dapat dilihat tren angka partisipasi orang dengan disabilitas pada bidang pendidikan.

Gambar 3. Partisipasi Orang dengan Disabilitas di Sektor Pendidikan



Sumber : Diolah dari Pusat Data dan Informasi Kemensos Tahun 2012

Data-data yang disajikan adalah sebuah pembelajaran bersama seluruh pemangku kepentingan, bahwa sampai dengan hari ini, situasi orang dengan disabilitas masih jauh dari kondisi ideal yang memungkinkan dirinya untuk mengembangkan potensi-potensinya bagi kemandiriannya. Memang harus diakui, bahwa pemerintah Indonesia pun tidak tinggal diam dan telah melakukan langkah-langkah tertentu untuk memperbaiki situasi kemiskinan orang dengan disabilitas melalui program pelatihan kerja sama dengan kementerian-kementerian terkait. Namun, fakta juga menyebutkan masih terdapat beberapa pekerjaan rumah yang harus diselesaikan, seperti salah contoh program yang dilaksanakan oleh Kementerian Sosial dan Kementerian Tenaga Kerja, untuk mengatasi persoalan partisipasi pada sektor pekerjaan telah dilakukan, diantaranya melalui program pelatihan kerja seperti Loka Bina Karya (LBK), tetapi upaya tersebut memiliki kelemahan mendasar yaitu rendahnya daya serapnya yang hanya 150 orang per lembaga per tahun, dan belum disertai dengan penempatan kerja pasca mengikuti program pelatihan kerja (Irwanto dkk., 2010, h. 31).

Situasi ini memang memprihatinkan apabila dikomparasikan dengan fakta bahwa Indonesia telah memiliki beberapa regulasi, sebagai sumber hukum positif, yang mengatur tentang pemenuhan hak-hak orang dengan disabilitas. Ketidappahaman terhadap regulasi-regulasi memang menjadi salah satu kelemahan penyelenggara program peningkatan kesejahteraan sosial bagi orang dengan disabilitas, dan pada akhirnya terjebak dalam kemasapan pelayanan bersifat *charity*. Seharusnya, dalam konteks terkini, pelayanan kepada orang dengan disabilitas sudah harus berbasiskan hak, dan hal tersebut secara tegas diatur di dalam Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas yang telah diratifikasi oleh pemerintah Indonesia. Perlu juga disampaikan di sini tentang beberapa hal yang relevan dengan artikel ini sebagai pengingat bersama akan hak-hak orang dengan disabilitas untuk dipenuhi secara maksimal :

1. Pasal 24 tentang Pendidikan ayat (1): Negara-negara pihak mengakui hak penyandang disabilitas atas pendidikan, dan ayat (2) huruf (a) Penyandang disabilitas tidak dikecualikan dari sistem pendidikan umum berdasarkan alasan disabilitas, dan bahwa penyandang disabilitas anak tidak dikecualikan dari pendidikan dasar wajib dan gratis atau dari pendidikan lanjutan berdasarkan alasan disabilitas.
2. Pasal 25 tentang Kesehatan ayat huruf (b): Menyediakan pelayanan kesehatan khusus yang dibutuhkan penyandang disabilitas karena disabilitas yang dimiliki, termasuk identifikasi awal dan intervensi yang patut serta pelayanan yang dirancang untuk meminimalkan dan mencegah disabilitas lebih lanjut, termasuk bagi anak-anak dan orang tua lanjut usia; dan, huruf (c) Menyediakan pelayanan sedekat mungkin dengan komunitas penyandang disabilitas, termasuk di wilayah pedesaan.

3. Pasal 27 tentang Pekerjaan dan Lapangan Kerja huruf (e): Memajukan kesempatan kerja dan pengembangan karier bagi penyandang disabilitas di bursa kerja, demikian juga bantuan dalam menemukan, mendapatkan, mempertahankan, dan kembali ke pekerjaan.

C. Kemiskinan dan Kesehatan

Pembangunan bidang kesehatan apabila mengacu kepada pembangunan fasilitas fisik kesehatan sebagai tolok ukurnya, maka dapat dinyatakan bahwa kondisinya telah jauh lebih baik dibandingkan dengan sepuluh tahun silam. Modernisasi sarana dan prasarana pendukung layanan terus menerus diperbaharui, jumlah tenaga kesehatan, baik dokter maupun paramedis semakin bertambah, dan partisipasi masyarakat sebagai relawan kesehatan untuk mendukung program-program pemerintah di tingkat lokal pun semakin tinggi. Hal ini tentu patut diapresiasi sebagai bentuk tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kualitas kesehatan masyarakatnya.

Salah satu sumber menyebutkan, sampai dengan tahun 2012 lalu, pemerintah Indonesia telah memiliki kurang lebih 1.721 rumah sakit terakreditasi, baik milik pemerintah maupun swasta, dengan rincian 1.372 rumah sakit umum dan 349 rumah sakit khusus. Selain itu, pemerintah pun telah memiliki 9.321 Puskesmas, yang terdiri 3.028 Puskesmas Perawatan dan 6.293 Puskesmas non-perawatan. Selain itu, masih terdapat Puskesmas pembantu yang berjumlah 23.225 buah. Pemerintah pun mendirikan Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) sebagai alternatif pendekatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat dengan rincian jumlah Posyandu sebanyak 268.439 buah, Poskesdes sebanyak 41.369 buah, Poskestren berjumlah 1.040 buah. Dan untuk menjangkau lokasi-lokasi sulit di pulau-pulau kecil, telah disediakan fasilitas perahu sebanyak 1.081 unit, untuk daerah-daerah terpencil dijangkau dengan menggunakan sepeda motor berjumlah 4.179 unit, dan ambulans berjumlah 3.325 unit (Supriyanto, tanpa tahun).

Jumlah ini tentu dapat dijadikan sebagai modal dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan sumber daya manusia Indonesia, khususnya bagi orang dengan disabilitas. Pengembangan selanjutnya, tentu akan semakin baik apabila di dalam perencanaannya disinergikan dengan hasil-hasil penelitian bidang kesehatan, baik yang dilakukan oleh internal Kementerian Kesehatan maupun komunitas profesional dan akademisi. Hal ini sangat penting, sebab hasil penelitian merupakan alat bantu otentik untuk memetakan kebutuhan dan sebaran populasi orang dengan disabilitas, sehingga pembangunan fasilitas fisik dan sebaran tenaga kesehatan akan memperhatikan aspek proporsionalitas dan distribusi ideal. Terkait dengan hal tersebut, data hasil penelitian yang dapat dimanfaatkan sebagai input dalam perencanaan adalah Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI tahun 2013, yang difokuskan pada tiga hal:

1. Kesulitan berjalan jauh yang diikuti kesulitan berdiri selama 30 menit;
2. Sebaran populasi orang dengan disabilitas di Indonesia; dan,
3. Hilangnya hari produktif orang dengan disabilitas.

Secara rinci data penelitian tersebut menyebutkan bahwa prevalensi penduduk Indonesia dengan disabilitas sedang sampai sangat berat sebesar 11 persen, bervariasi dari yang tertinggi di Sulawesi Selatan (23,8%) dan yang terendah di Papua Barat (4,6%). Rerata skor diperoleh dari sistem skoring *WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule) 2*, dengan rerata skor maksimal 100, semakin tinggi rerata skor mencerminkan semakin berat derajat disabilitas. Rerata skor penduduk Indonesia adalah 25,24. Rerata skor disabilitas tertinggi dimiliki penduduk di Gorontalo (31,85), sedangkan yang terendah di DI Yogyakarta (17,05) dan DKI Jakarta (17,92). Rerata hari produktif hilang adalah rerata lama hari seseorang tidak dapat berfungsi optimal dalam satu bulan, karena disabilitas. Rata-rata penduduk Indonesia tidak dapat berfungsi optimal selama 6,7 hari. Rerata hari produktif hilang tertinggi di Bali (10.1 hari) dan terendah di Papua dan Maluku Utara (masing-masing 4,8 hari).

Kelompok umur 75 tahun ke atas merupakan kelompok dengan indikator disabilitas tertinggi. Lebih tingginya hari produktif hilang kelompok umur 65–74 tahun dapat disebabkan tingginya populasi kelompok ini dibandingkan kelompok umur 75 tahun atau lebih. Perempuan cenderung lebih rentan mengalami disabilitas daripada laki-laki pada semua indikator disabilitas. Fenomena serupa terjadi untuk kelompok tidak sekolah dan kelompok status ekonomi kuintil terbawah. Dibandingkan wilayah perkotaan, penduduk di wilayah perdesaan memiliki prevalensi, rerata skor, dan hari produktif hilang serta jumlah hari produktif hilang lebih tinggi. Walaupun merupakan kelompok dengan prevalensi terendah, tingginya jumlah hari produktif hilang pada kelompok tidak bekerja disebabkan tingginya rerata hari produktif hilang.

Satu catatan penting yang harus digarisbawahi dari penelitian tersebut adalah hasil Riseskdas memang belum secara spesifik mendeskripsikan tentang situasi kesehatan orang dengan disabilitas berdasarkan hasil-hasil temuannya. Oleh karena itu, dibutuhkan riset kesehatan lanjutan guna memproduksi data-data kesehatan dengan tingkat akurasi tinggi, seperti jumlah anak yang dilahirkan dengan disabilitas di Puskesmas, ibu dengan disabilitas yang memeriksakan kehamilan, angka kesakitan orang dengan disabilitas, kebutuhan-kebutuhan spesifik terkait dengan disabilitas, seperti pemeriksaan mata untuk kasus *retinitis pigmentosa*. Terutama sekali di tingkat Puskesmas, jarak terdekat orang dengan disabilitas untuk menjangkau fasilitas kesehatan, kasus kematian orang dengan disabilitas akibat penyakit, ketersediaan aksesibilitas fisik layanan kesehatan yang ramah bagi orang dengan disabilitas, jumlah tenaga medis dan paramedis yang telah memiliki pengetahuan tentang mengenali ciri dan cara membantu orang dengan disabilitas atau indikator-indikator lain yang ditetapkan Kementerian Kesehatan sebagai parameternya.

Hasil kajian lain yang dinilai cukup komprehensif untuk mendeskripsikan tentang situasi orang dengan disabilitas dan kaitannya dengan status kesehatannya adalah sebagai berikut:

1. Siklus Kemiskinan dan Keputusan tentang Kesehatan

Pendidikan dan pekerjaan adalah dua faktor yang memiliki korelasi sangat dekat terhadap kemungkinan orang dengan disabilitas memiliki kemampuan meningkatkan taraf kesejahteraan sosialnya. Sebagai sub populasi yang dinyatakan "kurang beruntung", kemiskinan yang dialami oleh orang dengan disabilitas dipengaruhi oleh tiga faktor (UNDP, 2002), yaitu: *pertama*, rendahnya pendapatan dan ketiadaan aset untuk memenuhi dasar, seperti makanan, perumahan, pakaian, dan kesempatan untuk mengakses layanan pendidikan dan kesehatan; *kedua*, ketidakmampuan untuk menyuarakan ketidakadilan negara dan masyarakat; dan, *ketiga*, rentan terhadap guncangan sosial.

Eide dan Ingstad (2011, h. 5-7) menjelaskan tentang siklus disabilitas dengan kemiskinan. Problematika pertama terkait dengan terbatasnya akses terhadap pendidikan serta kendala aksesibilitas fisik bangunan. Hal tersebut seringkali memperparah "ketidakberuntungan" orang dengan disabilitas untuk bersaing dalam memasuki pasar kerja. Walaupun dapat bekerja, maka jenis pekerjaannya adalah pekerjaan kasar dengan upah yang kurang layak. Sangat bertolak belakang apabila dibandingkan dengan orang-orang non-disabilitas. Sebaliknya kemiskinan yang dialami oleh sebuah keluarga juga berkontribusi menyebabkan terjadinya disabilitas. Keluarga yang miskin terkadang menunda untuk mendapatkan pertolongan ketika salah seorang anggotanya mengalami masalah kesehatan, dan membutuhkan bantuan medis guna pemulihan kondisinya. Keterlambatan mendapatkan pertolongan medis itulah yang mengakibatkan seseorang mengalami cacat permanen. Penundaan untuk memperoleh pengobatan juga dipengaruhi oleh jarak yang relatif jauh dengan fasilitas kesehatan terdekat, yang dikombinasikan juga dengan terbatasnya kemampuan finansial untuk membayar biaya transportasi. Kemiskinan turut pula berperan terhadap terbatasnya akses terhadap sumber informasi. Keluarga miskin cenderung hidup dalam kondisi lingkungan dengan tingkat higienitas yang rendah, yang dicirikan dengan minimnya fasilitas pembuangan limbah manusia dan fasilitas air bersih. Hal itu pun masih diperparah dengan rendahnya kualitas makanan bergizi keluarga-keluarga miskin. Dalam situasi lingkungan sosial seperti itu, maka keluarga-keluarga miskin sangat rentan untuk terpapar virus dan bakteri yang berpotensi menyebabkan terjadinya kecacatan akibat buruknya imunitas tubuh. Pada ibu hamil, gangguan kekurangan gizi dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan janin yang berpotensi menyebabkan bayi rentan mengalami infeksi. Situasi lingkungan yang tidak higienis tersebut bukannya tidak disadari oleh keluarga-keluarga miskin, namun keluarga miskin memiliki kesempatan terbatas untuk memodifikasi lingkungannya atau dapat juga dipengaruhi oleh kebiasaan hidupnya itu sendiri.

2. Aksesibilitas

Mengenai aksesibilitas, walaupun telah disinggung di atas, tetapi sangat penting untuk dibahas secara khusus, sebab hal ini merupakan persoalan tersendiri bagi orang dengan disabilitas. Persoalan aksesibilitas antara Indonesia dengan negara-negara maju memang timpang. Dalam *Seminar on Air, PPI Tokyo Institute of Technology*, 1999-2000, h. 119) dinyatakan bahwa di negara-negara seperti Amerika Serikat, Inggris, Jerman, Kanada, Jepang, Korea dan Singapura, aksesibilitas para penyandang cacat fisik ke pusat-pusat pelayanan umum seperti: kantor pemerintah termasuk universitas, *mall*, supermarket, rumah sakit, bus umum, kereta bawah tanah, *escalator*, tempat rekreasi, toilet umum atau telepon umum sampai kendaraan pribadi sangat diperhatikan oleh pemerintah dan pengusaha serta oleh pelaku ekonomi yang lain di negara tersebut. Masalah perencanaan disain, standar, ukuran dan kualitas prasarana dan sarana yang benar-benar

aksesibel bagi para penyandang cacat dari berbagai usia di negara-negara maju, seperti disebutkan di atas itu, sudah sedemikian penting, karena pemerintah dan masyarakat memang menyadari hal ini sebagai hak asasi manusia.

Kompleksitas aksesibilitas di Indonesia mengutip dari *Country Study Report* tahun 2005 (Wirawan, tanpa tahun) terdapat beberapa faktor yang turut mempengaruhinya:

a. Kebijakan anggaran

Anggaran pembangunan tahunan di bidang rehabilitasi sosial dan perlindungan terhadap penyandang cacat ini sangat rendah bila dibandingkan dengan anggaran departemen lainnya, yaitu hanya 0,5% dari total anggaran nasional. Bertolak belakang dengan jumlah orang dengan disabilitas yang terus bertambah dan menjadi tanggung jawab Kementerian Sosial dalam 5 tahun terakhir. Pada tahun 2000 misalnya, secara nasional ada sekitar 1.170 penyandang cacat yang ditangani. Tahun 2001, jumlah penyandang cacat yang ditangani naik menjadi 1.287 orang, tahun 2002 naik lagi menjadi 1.416 orang, kemudian pada tahun 2003 jumlah tersebut meningkat menjadi 1.557 orang sedangkan pada tahun 2004 jumlah penyandang cacat yang ditangani mencapai 1.713 orang.

b. Keterbatasan sarana transportasi

Keterbatasan akses transportasi umum bagi orang cacat di Indonesia, menurut *Country Study Report* (2005) adalah karena masalah transportasi umum di Indonesia menjadi bertambah rumit dengan 203 juta penduduk dimana 6,2 persen di antaranya berdiam di Pulau Jawa yang luasnya hanya 7,2% dari total luas wilayah Indonesia. Kondisi ini menyebabkan terbatasnya ruang, biaya dan keamanan yang dapat disediakan bagi penyandang cacat. Hampir semua fasilitas transportasi di Indonesia tidak teratur, ruwet dan penuh sesak manusia, sehingga sulit menyediakan aksesibilitas yang memadai bagi penyandang cacat.

3. Stigma dan Diskriminasi

Pada kasus-kasus tertentu seperti kusta yang membutuhkan terapi pengobatan jangka panjang, juga memiliki dimensi disabilitas, terutama sekali akibat keterlambatan dalam penanganan secara medis sehingga mengakibatkan terjadinya kecacatan fisik. Rasa malu yang dialami oleh individu dan keluarga mempengaruhi keputusannya untuk mengisolasi diri untuk menghindari pandangan negatif dari lingkungan sosial. Bahkan, terkadang keluarga pun memilih langkah ekstrem dengan dengan memasing, membuang di hutan, ditempatkan di ruang terpisah dalam keluarga, bahkan juga ditemukan alat-alat makan pun dipisahkan. Penting juga untuk digarisbawahi, bahwa petugas medis, paramedis, serta unit kerja lainnya yang terkait dengan pelayanan kesehatan, juga memiliki potensi sebagai aktor yang memberikan stigma dan diskriminasi, secara sadar atau tidak sadar. Terutama sekali untuk kasus-kasus seperti kusta dan gangguan mental.

Kesimpulan

Pada tahun 2015 Indonesia akan memasuki era masyarakat ekonomi Asia dengan konsekuensi logis yang mengiringinya adalah membuka pintu selebar-lebarnya bagi lalu lintas ekonomi kawasan Asia sebagai upaya untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Mengacu kepada paparan data statistik diatas, tentu telah dapat disimpulkan, bahwa status kemiskinan orang dengan disabilitas yang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, menyebabkan subpopulasi penduduk tersebut sangat rentan terpinggirkan untuk berkompetisi di dalam pasar kerja. Oleh karena itu, pemerintah Indonesia harus lebih konsisten dan berkomitmen untuk melaksanakan amanat Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Ratifikasi Konvensi Mengenai Hak Penyandang Disabilitas, sebagai bentuk pelaksanaan kewajiban negara dalam bentuk pemberian proteksi terhadap orang dengan disabilitas. Upaya strategis yang perlu ditempuh adalah diantaranya adalah:

disabilitas. Upaya strategis yang perlu ditempuh adalah diantaranya adalah:

1. Memperluas akses terhadap fasilitas pendidikan, pekerjaan, dan kesehatan;
2. Mendorong dan memperluas upaya ekonomi kreatif orang dengan disabilitas melalui program kemitraan dengan pihak swasta dan masyarakat untuk menyerap hasil produksi sampai ke konsumen;
3. Memperluas layanan kesehatan pada layanan spesifik sesuai kebutuhan orang dengan disabilitas di daerah mengacu kepada hasil riset;
4. Melibatkan orang dengan disabilitas sebagai tenaga pendamping kesehatan di setiap tingkat pusat layanan kesehatan; dan,

5. Menyelenggarakan riset kesehatan lanjutan sebagai mekanisme kontrol terhadap situasi kesehatan orang dengan disabilitas.

Referensi

1. _____. (2010). *Analisis Situasi Penyandang Disabilitas di Indonesia : Sebuah Desk Review*. Depok: Kerjasama antara Pusat Kajian Disabilitas FISIP UI dengan AusAID.
2. Brownlee, Kimberly & Cureton, Adam. (2009). *Disability and Disadvantage*. New York: Oxford University Press.
3. Dempsey, Ian & Nankervis, Karen. (2006). *Community Disability Services : An Evidence-Based Approach to Practice*. Sidney: UNSW Press.
4. Eide H. Arne & Ingstad, Benedicte. (2011). *Disability and Poverty : A Global Challenge*. Bristol: The Policy Press.
5. Irwanto, dkk. (2010). *Perlindungan Sosial Bagi Penyandang Cacat Miskin : Sebagai Bagian dari Kajian BAPPENAS terhadap Program Perlindungan Sosial bagi Anak, Penyandang Cacat dan Lansia di Kementerian Sosial RI*. Jakarta: Pusat Kajian Disabilitas, FISIP-UI dan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI.
6. Kementerian Kesehatan RI. (2014). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013. Jakarta: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI.
7. Pusat Data dan Informasi Kementerian Sosial Republik Indonesia Tahun 2012.
8. *Seminar on Air, PPI Tokyo Institute of Technology, 1999 - 2000*.
9. Smith, Steven R. (2008). *Social Justice and Disability: Competing Interpretations of the Medical and Social Models*. New York: Routledge.
10. Supriyanto. *Kebijakan Upaya Pelayanan Kesehatan Dalam Implementasi UU SJSN/BPJS*. Materi Presentasi yang Disampaikan Pada Kongres XII Seminar Tahunan VI Patient Safety –Seminar EXPO XXV.
11. UNDP. (2002). *World Development Repport 2000/01: Attacking Poverty*. New York: UNDP.
12. *United Nation the Convention on The Rights of People with Disabilities*.
13. Wirawan, IB. *Aksesibilitas Penyandang Cacat di Jawa Timur*. Surabaya: Jurusan Sosiologi FISIP, Universitas Airlangga.