PENINGKATAN AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR UNTUK DIFABEL DI SUKOHARJO, JAWA TENGAH

Accessibility Improvement on Primary Health Services for People with Disabilities in Sukoharjo, Central Java

Aan Kurniawan¹, Ajeng Kusuma Wardani², Tri Juni Angkasawati¹, Mugi Wahidin¹

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan Badan Litbangkes

²Fakultas Ilmu Budaya Universitas Halu Oleo

Naskah masuk: 4 Februari 2020 Perbaikan: 27 Agustus 2020 Layak terbit: 23 September 2020

<https://doi.org/10.22435/hsr.v23i3.2735>

ABSTRAK

Pola-pola non inklusif masih sering ditemui pada pelayanan kesehatan dasar di Indonesia, khususnya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Bentuk layanan itu tidak dapat mengakomodir kebutuhan difabel terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Kebutuhan seperti aksesibilitas fisik masih belum tersedia dan dapat diakses oleh difabel yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mencari gambaran pelayanan kesehatan yang ramah bagi difabel pada tingkat Puskesmas. Penelitian ini melihat pada faktor kebutuhan difabel akan pelayanan kesehatan, mengevaluasi ketersediaan pelayanan kesehatan dan faktor dukungan kebijakan, serta melihat faktor dukungan dari keluarga dan organisasi difabel dalam memastikan kebutuhan difabel akan pelayanan kesehatan yang memadai. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif. Penelitian dilaksanakan di tiga Puskesmas di Kabupaten Sukoharjo, Jawa Tengah. Data dikumpulkan dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan penelusuran literatur terkait. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kebutuhan difabel pada pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas meliputi aksesibilitas fisik, kemampuan petugas dalam memahami dan jaminan kesehatan yang tepat. Organisasi Difabel di Sukoharjo secara aktif mengadvokasi hak difabel kepada pemerintah setempat. Sinergi yang baik terbangun di antara kedua belah pihak dalam meningkatkan pelayanan kesehatan untuk difabel. Sarana dan prasarana penunjang yang lebih aksesibel masih dalam proses peningkatan pada ketiga Puskesmas yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Pembangunan tersebut dilakukan dengan mengikuti petunjuk teknis aksesibilitas gedung. Ini merupakan *pilot project* pembangunan Puskesmas ramah-difabel di Sukoharjo.

Kata Kunci: aksesibilitas pelayanan, pelayanan kesehatan, difabel.

ABSTRACT

Exclusiveness on health services remain a common practice in health services remains a common practice on primary health services in Indonesia, particularly in the First Level Health Facility. This form of services was incapable of covering the need for people with disability (PwD) towards adequate health services. Prerequisite facilities were not available nor accessible for the disabled in need of health treatment. This research was aimed at depicting friendly health services for people with disability at the Puskesmas level. This research looked at several factors, including the need of PwD, supporting facility assessment, policy evaluation, also support from family and Disabled People Organization (DPO) to ensure adequate services for PwD. This is a qualitative study that employed in-depth interviews, observations, and literature review as data collection method. Research sites were three Puskesmas in Sukoharjo, Central Java. The result shows that PwD's needs on primary health services in Puskesmas include physical accessibility, health worker's ability to understand them and proper health insurance. DPO in Sukoharjo had actively supported disability rights. DPO and local government had also been working together in the improvement of health services for PwD. However, the three Puskesmas were in

Korespondensi:

Aan Kurniawan

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan – Badan Litbangkes

E-mail: aankwn@gmail.com

the process of improving their supporting facilities. The refurbishment followed building accessibility guidelines from the Ministry of Public Works. This study was a pilot project on inclusive primary health services in Sukoharjo.

Keywords: *accessibility, healthcare, disability.*

PENDAHULUAN

Hak-hak difabel dalam mengakses pelayanan kesehatan seringkali harus berbenturan dengan kondisi difabel yang memang merupakan salah satu contoh konkret dari keterbatasan fisik atau psikis yang seringkali berakibat pada kurangnya penerimaan secara manusiawi. Keterbatasan yang ada pada difabel seringkali menimbulkan efek penghargaan negatif dari lingkungan di sekitarnya. Sikap masyarakat terhadap difabel hanya semata bersifat filantropis atau terbatas pada sekedar rasa belas kasihan (Lowell, 2013). Hal itu memang dipengaruhi oleh tingkat penghargaan yang sering diidentikkan dengan tanggung jawab sosial dalam masyarakat, sehingga difabel tidak mendapat perlakuan yang selayaknya (Kurniawan *et al.*, 2014).

Sekitar 15% dari seluruh penduduk dunia pada saat ini adalah menyandang disabilitas, 2-4% diantaranya mengalami permasalahan fisik yang signifikan (WHO, 2011). Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi disabilitas pada umur 5 -17 tahun sebesar 3,3 % dan pada umur 18-59 tahun sebesar 22%. Pada umur 60 tahun ke atas 2,6% mengalami disabilitas berat dan ketergantungan total. Sedangkan untuk kejadian cedera di jalan raya mengalami penurunan dari 42,8% (Riskesdas 2013) menjadi 31,4% (Litbangkes, 2019). Sedangkan sumber lain menyebutkan bahwa jumlah penyandang cacat di Indonesia mencapai 7,8 juta jiwa (Firdaus and Iswahyudi, 2010).

Lebih lanjut, *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) menyebutkan perubahan masalah kesehatan yang menyebabkan disabilitas dari tahun 2007 – 2017 (IHME, n.d.). Pada faktanya, dari 10 besar masalah kesehatan yang disampaikan tersebut, keseluruhannya dapat tertangani pada fasilitas kesehatan dasar di Indonesia.

Persoalan difabel tampaknya masih kurang menarik dibandingkan dengan masalah-masalah sosial yang lain. Hal ini dapat dilihat pada kurangnya dukungan sarana umum, termasuk pelayanan kesehatan yang dapat diakses oleh difabel (Irwanto, 2010). Terbatasnya kebijakan kesehatan yang mendukung kaum difabel disertai dengan kurangnya sosialisasi sehingga program kurang dapat dimanfaatkan oleh para difabel (Durham *et al.*, 2014).

Perhatian pemerintah terhadap difabel salah satunya diwujudkan melalui ratifikasi *Convention on The Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* (Undang-undang no 19 Tahun 2011, 2009). Menurut konvensi internasional tersebut, difabel memiliki hak yang sama atas aksesibilitas dan untuk akses pelayanan kesehatan Pasal 25 dari CRPD menyebutkan bahwa setiap negara harus menjamin aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan kepada difabel.

Salah satu kabupaten yang telah memberi program kesehatan bagi kaum difabel adalah Kabupaten Sukoharjo Provinsi Jawa Tengah melalui

Bagan 1. Perubahan pada 10 Besar Penyakit yang Menyebabkan Disabilitas di Indonesia 2007 - 2017

program Jamkesda bagi difabel. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo bekerja sama dengan Dinas Sosial untuk mendata jumlah difabel dan merekomendasikannya ke dalam program Jamkesda. Namun media setempat melaporkan bahwa pada tahun 2010 hanya tiga orang dari 2.009 orang difabel yang didata Dinas Sosial memanfaatkan program Jamkesda bagi difabel ini. Demikian juga di Daerah Istimewa Yogyakarta dimana dari 41.219 orang penyandang disabilitas di kota ini, hanya sekitar 1000 orang yang dapat mengakses jaminan pembiayaan kesehatan. Rendahnya pemanfaatan ini dapat disebabkan oleh kurangnya sosialisasi program atau panjangnya birokrasi pengurusan Jamkesda penyandang disabilitas.

Tulisan ini menyajikan gambaran komprehensif terkait akses pelayanan ideal yang bisa menjawab kebutuhan dan hak-hak difabel. Kompleksitas permasalahan akses kesehatan bagi difabel seringkali hanya dijawab dengan bantuan-bantuan dalam bentuk pembiayaan kesehatan. Jawaban tersebut belum menjadi sebuah solusi yang bisa mengakomodir kebutuhan difabel terhadap pelayanan kesehatan yang ideal bagi mereka. Permasalahan seperti kurangnya dukungan sarana fisik di fasilitas kesehatan, kurangnya kemampuan petugas kesehatan dalam berkomunikasi dengan mereka, berikut pemahaman para pelayan kesehatan pada hak-hak dan kebutuhan difabel seringkali menjadi sebuah kendala yang muncul.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sukoharjo dengan rentan waktu keseluruhan selama 6 (enam bulan). Pemilihan lokasi ini didasarkan pada alasan, yaitu Kabupaten Sukoharjo merupakan salah satu kabupaten yang mulai memberikan perhatian secara khusus kepada kaum disabilitas. Hal ini secara eksplisit telah diwujudkan dalam bentuk Peraturan Daerah mengenai Penyandang Cacat (Perda no. 7 tahun 2009) yang telah diimplementasikan sejak tahun 2009.

Penelitian ini berusaha mengungkap seperti apakah pelayanan kesehatan yang ideal bagi difabel dengan menggunakan kerangka konsep seperti pada Gambar 1.

Dari Gambar 1 dapat dilihat bahwa, peneliti menyoroti tiga aspek yang dapat berpengaruh terhadap terbentuknya sebuah sistem pelayanan kesehatan yang ideal dan ramah bagi difabel. Aspek

Gambar 1. Pendekatan Sistematis Pelayanan Kesehatan bagi Difabel

pertama yaitu identifikasi terhadap kebutuhan para difabel terhadap pelayanan kesehatan. Dalam hal ini peneliti melihat bagaimana konsep aksesibilitas pelayanan kesehatan dari sudut pandang difabel. Kedua, ketersediaan dan kemampuan pemerintah daerah dalam mewujudkan pelayanan kesehatan bagi difabel. Dan yang terakhir, sebuah dukungan dari sisi makro, yaitu pada tingkat kebijakan sangat penting bagi penerapan sistem pelayanan kesehatan yang ramah bagi difabel.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat deskriptif yang dilakukan dengan cara mengangkat studi kasus yang selanjutnya dipakai untuk memperoleh pemahaman secara mendalam dan menyeluruh terhadap kasus yang diteliti (Silverman, 2010).

Informan, sebagai sumber utama dari informasi yang digunakan dalam penelitian ini dipilih dengan teknik *purposive sampling* (Liamputtong and Ezzi, 1999). Dalam penelitian ini, informan yang dilibatkan adalah sejumlah 30 orang. Mereka adalah: 1) Pemangku kebijakan, yaitu: Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Dinas Sosial; 2) Pelaksana, yaitu: Kepala Puskesmas; 3) Petugas Kesehatan, yaitu dokter, perawat, petugas administrasi, bidan desa, bidan koordinator dan fisioterapis yang bekerja di Puskesmas setempat; 4) Disabilitas dan keluarganya; dan 5) Yayasan pendamping disabilitas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kondisi Difabel di Sukoharjo

Perhatian yang diberikan kepada difabel, termasuk salah satunya dalam bidang pelayanan kesehatan di Kabupaten Sukoharjo bisa dikatakan

Gambar 2. Sebaran Difabel di Sukoharjo tahun 2012 (Sumber: Dinas Sosial Kab. Sukoharjo)

Gambar 3. Difabel di Sukoharjo berdasarkan Jenis Disabilitas tahun 2012 (Sumber: Dinas Sosial Kabupaten Sukoharjo)

masih baru. Namun, sebuah perkembangan yang cukup pesat bisa dilihat dari kabupaten ini. Berbagai dukungan mulai dari tingkat kebijakan, yayasan pendukung sampai dengan masyarakat seakan bersatu dalam mewujudkan perhatian terhadap para difabel.

Sebuah upaya penanganan atau pembuatan kebijakan tidak bisa terlepas dari kebutuhannya terhadap data pendukung. Hal ini senada dengan yang disampaikan oleh WHO bahwa:

“A lack of rigorous and comparable data on disability and evidence on programmes that work can impede understanding and action. Understanding the numbers of people with disabilities and their circumstances can improve efforts to remove disabling barriers and provide services to allow people with disabilities to participate” (WHO, 2011)

Hal tersebut sepertinya jamak ditemukan di Indonesia, bahwa penyediaan data mengenai disabilitas seringkali berbenturan dengan prioritas kebijakan yang sedang dikerjakan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah serta ketidaksinkronan dengan klasifikasi disabilitas (Irwanto, 2010).

Pada saat penelitian ini berlangsung Dinas Sosial Kabupaten Sukoharjo memperkirakan bahwa jumlah difabel di Sukoharjo lebih dari 6000 orang. Sampai saat ini belum ada data yang akurat jumlah difabel di Sukoharjo. Salah satu data yang menyebutkan berapa banyak jumlah difabel di wilayah ini pernah dilakukan oleh WHO yang bekerja sama dengan Universitas Padjajaran pada tahun 2008. Pada waktu itu estimasi jumlah difabel di Sukoharjo tercatat sejumlah 13.917 orang, yang terdiri dari 6.568 orang laki-laki, 6.558 perempuan dan 791 anak-anak. Namun selepas

dari kegiatan pendataan yang dilakukan oleh WHO tersebut, pendataan lanjut tidak dilakukan. Sebagai akibat dari hal itu data perkembangan jumlah difabel di Sukoharjo menjadi tidak terbaru. Dan karena data yang tidak terbaru tersebut, setiap kebijakan ataupun usulan-usulan untuk memperbaiki persoalan terkait dengan disabilitas menjadi terhambat.

Pada tahun 2012, pembaruan data mengenai jumlah difabel di wilayah Sukoharjo kembali dilakukan, meskipun belum secara merata dilakukan. Pembaruan data yang dilakukan pada tahun 2012 lalu dilakukan oleh Dinas Sosial Kabupaten Sukoharjo yang sebenarnya diprakarsai oleh sebuah kelompok masyarakat di wilayah ini. Pendataan tersebut dilakukan dengan melibatkan para bidan desa dan kader kesehatan pada setiap desa di Sukoharjo. Sebanyak 12 kecamatan turun secara langsung ke lapangan untuk melakukan pendataan *door to door* demi menjangkau para difabel di Sukoharjo.

Meskipun belum rampung, dari pembaruan data tersebut untuk sementara diketahui bahwa jumlah keseluruhan penyandang disabilitas riil di Sukoharjo adalah sebanyak 2010 orang. Tentu saja masih banyak yang mungkin belum terjangkau dalam pendataan tersebut. Dari keseluruhan yang terdata tersebut, persebarannya dapat dilihat pada Tabel 1.

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat bahwa jumlah difabel terbanyak adalah di Kecamatan Weru dan jumlah yang paling sedikit adalah di Kecamatan Gatak. Sedangkan jumlah difabel di Kecamatan lain tersebar sejumlah antara 6%-14% dari keseluruhan proporsi difabel di Sukoharjo.

Berdasarkan pada klasifikasi ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), pendataan yang dilakukan oleh Dinas Sosial Kab. Sukoharjo berjalan dan pada akhirnya tercatatlah

jumlah difabel di Kabupaten Sukoharjo dengan jenis-jenis disabilitasnya masing-masing, seperti terlihat pada Tabel 2:

Dari grafik terlihat bahwa proporsi terbesar berdasarkan jenis disabilitas adalah pada jenis Tuna Daksa yang berjumlah hampir setengah dari keseluruhan jumlah difabel di Sukoharjo. Selain itu, proporsi penyandang tuna ganda juga memperlihatkan angka yang cukup tinggi yaitu sebesar 26%. Sedangkan jenis disabilitas lain di Sukoharjo membentang antara 1% sampai dengan 6%.

Selain permasalahan data, terdapat beberapa permasalahan lain yang juga melingkupi aksesibilitas pelayanan kesehatan oleh para penyandang disabilitas ini. Wilayah Kabupaten Sukoharjo terdiri dari dua belas kecamatan yang sebagian besar adalah wilayah *rural*. Pemukiman penduduk di wilayah *rural* pada umumnya dekat dengan area persawahan, sungai, dan beberapa area ada di daerah perbukitan yang jauh dari akses jalan utama. Akses jalan adalah sarana yang penting untuk mencapai lokasi fasilitas kesehatan, beberapa ruas jalan yang rusak dan sempit untuk menuju ke puskesmas dari rumah informan. Kondisi jalan yang sama yang digunakan oleh para warga untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan yang terdekat, yaitu Puskesmas atau Rumah Sakit. Akses jalan yang kurang baik menghambat proses pencarian pengobatan, khususnya pada saat darurat sore atau malam hari.

Hambatan lain adalah masalah transportasi. Tidak semua keluarga difabel memiliki alat transportasi pribadi sehingga memanfaatkan transportasi umum atau menyewa kendaraan untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan. Transportasi umum hanya menjangkau jalan-jalan utama sehingga jauh dari jangkauan penduduk yang tinggal di wilayah *rural* yang jauh dari jalan utama, ditambah lagi ketersediaan armadanya terbatas sampai jam tertentu saja. Menyewa kendaraan pun terkadang terhambat karena kendala keterbatasan ekonomi keluarga. Keadaan ini lebih menyulitkan bagi difabel dibanding orang normal. Hambatan berikutnya adalah imobilitas fisik yang tidak didukung oleh ketersediaan dukungan dari keluarga dan masyarakat. Disabilitas yang mengalami imobilitas fisik dan hambatan komunikasi hanya melakukan aktifitas sehari-hari di atas tempat tidur, termasuk untuk memenuhi kebutuhan fisiologisnya.

Beberapa hambatan yang dialami oleh para difabel di atas tidak menutup kemungkinan dialami

oleh para difabel di tempat lain. Hambatan-hambatan di atas membutuhkan penyelesaian yang solutif, tidak hanya dari pemerintah namun juga dari keluarga dan masyarakat.

Kebutuhan Difabel terhadap Pelayanan Kesehatan

Salah satu aspek penting untuk menentukan apakah pelayanan kesehatan bisa dianggap ideal atau tidak adalah melihat respons dari konsumennya, para difabel. Persepsi mereka terhadap pelayanan kesehatan yang telah tersedia perlu untuk diketahui. Persepsi masyarakat terikat oleh nilai-nilai (Ziviani *et al.*, 2013). Nilai dapat dilihat sebagai variabel bebas dan terikat. Sebagai variabel bebas, nilai mempunyai dampak yang luas terhadap hampir semua aspek perilaku manusia dalam konteks sosial. Sebagai variabel terikat, nilai merupakan hasil pembentukan dari faktor-faktor kebudayaan, pranata, dan pribadi dalam masyarakat (Lowell, 2013). Prinsip nilai menjadi posisi sentral di dalam kebudayaan manusia sebagai anteseden dan akan berdampak pada perilaku sehari-hari. Keberadaan nilai sebagai suatu bentuk penghargaan dapat mengacu pada penghargaan yang baik dan buruk. Dalam hal ini, nilai dapat menjadi dasar penentu tingkah laku seseorang. Tingkah laku yang timbul pun berdampak pada sikap seseorang dalam memandang dan menanggapi fenomena di sekitarnya.

Terkait dengan hal tersebut, difabel memiliki persepsi yang beragam terhadap pelayanan kesehatan yang mereka alami, mulai dari pelayanan kesehatan sebagai institusi yang “sudah baik” sampai dengan hal yang dianggap “traumatis”. Faktor umur menjadi pengaruh karena adanya faktor kemampuan komunikasi, sosial, dan kemandirian. Para informan disabilitas dewasa telah beradaptasi dengan kondisi primer yang telah dialami sejak lahir, sehingga tidak menjadi halangan untuk bersosialisasi dan berkomunikasi dengan petugas kesehatan. Mereka menyatakan bahwa petugas kesehatan telah cukup memberi perhatian dengan para disabilitas.

Difabel anak-anak memiliki persepsi bahwa pelayanan kesehatan adalah hal yang menakutkan dan traumatis. Anak-anak disabilitas memiliki kondisi primer yang lebih rentan terhadap penyakit dibanding dengan para anak-anak non-disabilitas sehingga mereka lebih sering berhubungan dengan tenaga kesehatan. Intensitas yang tinggi tersebut membuat ketakutan mereka berakumulasi menjadi trauma terhadap tenaga dan praktik kesehatan. Persepsi

Tabel 3. Persepsi Difabel terhadap Pelayanan Kesehatan

Persepsi	Kuotasi
Baik	<p>P: Pak, menurut bapak pemerintah khususnya dinas kesehatan itu sudah cukup perhatian nggak sama penderita difabel?</p> <p>I: Kalo pemerintah, perhatian sekali</p> <p>I: Pun nggih kadosne nek awak dewe pun kesehatan pun sae.. (Ya sepertinya kalau kesehatan kita ya sudah baik)</p>
Takut	<p>I: Eee.. kesulitannya itu kalo nanti ini menangis. Kalo menangis itu tubuhnya kan kaku semua jadi gimana ya semacam, kalo dibilang kejang juga nggak kejang, tapi kaku semua. Lalu saya takutkan Cuma itu, nanti kan di rumah sakit kan trus ngamuk, nanti yang mbawa itu diamuk. Ya mau dijambak, mau dikrawuk, ya emosi gitu</p> <p>P: Gitu takut atau sakit?</p> <p>I: Ya Takut iya, sakit iya, nanti kan yang mbawa itu... (kerepotan, ed)</p>
Trauma	<p>I: Ayo salim bu dokter, mboten nopo2, mboten dinapak2no.. Trauma...</p> <p>I: Kalo tau ada dokter, ini.. sering ke rumah sakit, sering opnam</p> <p>I: inggih, mlebet metu itu jadinya trauma (2908)</p>
Tidak Jujur	<p>P: Itu misalnya ke rumah sakit gitu misale.. mas faiz masih.. mau menyampaikan keluhannya gak ke dokter apa ibu yang bilang?</p> <p>I: Saya yang bilang. dia itu kalo sakitnya ini, dia nunjukin yang sini jadi dia itu nutupi bagiannya yang sakit,, dulu katanya dia sakitnya sini tapi mintanya dia di sini, dokter pertama dokter dulu digips di sini bukan digips tapi dispalk di sini, padahal yang sakit di sini. Wong kena pisau ini yang ditunjukkan sini.</p>
Tidak tahu	<p>I: "Saya lihat ortu kadang ada beberapa kendala yang mereka di bagian pencernaan, mereka belum tau ini kenapa, sedang anaknya itu rewel, nggak tau harus dibawa kemana, nanti kalo dibawa kerumah sakit biayanya dari mana seperti itu biasanya, jadi mereka lebih ke masalah ekonomi, karena kebanyakan yang disini ini kan untuk org2 yang kurang mampu. Jadi ya itu tadi untuk akses kesehatannya masih kebingungan, ada beberapa yang belum tau ini harus dibawa kemana."</p>

Sumber: Analisa data primer

Keterangan: P = Pewawancara; I = Informan

traumatis terefleksi dari sikap masing-masing anak saat berhubungan dengan pelayanan kesehatan atau bertemu dengan orang yang mereka kira sebagai tenaga kesehatan. Rasa takut dan trauma yang dialami juga ditunjukkan melalui reaksi penolakan berlebihan saat mendapatkan pelayanan kesehatan. Reaksi penolakan tersebut ditunjukkan melalui gerak tubuh yang tiba-tiba dan sulit untuk dikendalikan, misal mereka menunjukkan lokasi yang berbeda saat ditanya dimana letak sakitnya, berteriak histeris, menangis keras, kejang, mendadak marah, atau bahkan melukai tenaga medis.

Para difabel memiliki pengalaman masing-masing dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Usaha pengobatan tidak hanya dilakukan di fasilitas kesehatan medis formal seperti Puskesmas, rumah sakit umum, balai pengobatan, dokter praktik swasta, bidan praktik swasta, posyandu, tapi juga balai pengobatan medis non-formal seperti klinik di Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) dan pengobatan tradisional seperti jamu dan panti pijat. Secara umum, terdapat dua jenis pelayanan kesehatan yang banyak diakses oleh para disabilitas yaitu pengobatan dan

fisioterapi. Pelayanan pengobatan dilakukan baik itu penyakit yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan disabilitas yang dialami, sedangkan pelayanan fisioterapi biasanya berhubungan langsung dengan disabilitasnya. Disabilitas dewasa lebih banyak memanfaatkan pelayanan pengobatan, sedangkan disabilitas anak-anak banyak mengakses keduanya. Dari segi intensitas, disabilitas anak-anak pun lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan para disabilitas dewasa. Fasilitas kesehatan tidak membuat catatan registrasi pasien dengan klasifikasi disabilitas sehingga tidak didapatkan data yang menunjukkan seberapa banyak disabilitas yang mengakses fasilitas kesehatan.

Jika dikelompokkan, persepsi difabel terhadap pelayanan kesehatan di Sukoharjo dapat terlihat pada Tabel 3.

Intensitas pemanfaatan kesehatan tergantung pada berbagai faktor. Salah satunya adalah faktor jenis disabilitasnya, yaitu disabilitas bawaan atau didapat. Disabilitas bawaan dialami oleh penderita sejak lahir sedangkan disabilitas didapat dapat dialami sejak penderita usia balita atau dewasa.

Semakin muda disabilitas yang dialami atau dideteksi, maka akan semakin dini dan intensif pemanfaatan pelayanan kesehatannya. Latar belakang ekonomi dan kepemilikan asuransi kesehatan dari keluarga atau difabel mempengaruhi usaha pencarian pengobatan. Semakin mampu secara ekonomi, maka semakin banyak fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh difabel sehingga pengalamannya lebih beragam.

Kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh para disabilitas tidak berarti rendahnya angka kesakitan namun karena faktor-faktor lain baik itu bersifat material maupun psikologis para disabilitas dan lingkungan pendukungnya. Beberapa hambatan yang dialami oleh para difabel dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain adalah masalah akses jalan raya, transportasi umum, faktor keluarga, dan dukungan masyarakat.

Ketersediaan Fasilitas Kesehatan untuk Difabel

Aksesibilitas bagi difabel merupakan hal yang penting dan ketersediaan dari fasilitas yang dapat menunjang kebutuhan mereka adalah sebuah hal yang esensial. Karena dengan adanya fasilitas yang aksesibel, difabel dapat melakukan mobilitasnya ke tempat-tempat yang mereka kehendaki, termasuk dalam fasilitas kesehatan. Standar mengenai aksesibilitas bangunan fisik sebenarnya telah diatur oleh pemerintah melalui Peraturan Menteri Pekerjaan Umum no. 30/PRT/M/2006 tentang Pedoman Teknis Aksesibilitas Bangunan Gedung dan Lingkungan. Dalam pedoman tersebut terangkum beberapa standar-standar fasilitas yang harus tersedia dalam fasilitas publik milik pemerintah (*Peraturan Menteri Pekerjaan Umum no. 30/PRT/M/2006*, 2006).

Sebagai penerapan dari peraturan tersebut, Kab. Sukoharjo mencanangkan beberapa fasilitas kesehatan di Kab. Sukoharjo menjadi fasilitas kesehatan yang ramah bagi difabel. Dinas Kesehatan

Kab. Sukoharjo telah mencanangkan 3 (tiga) puskesmas di wilayahnya sebagai Puskesmas Ramah Disabilitas, yaitu Puskesmas Nguter, Tawang Sari dan Waru. Ketiga Puskesmas tersebut ditransformasikan menjadi Puskesmas Ramah Disabilitas karena telah dipandang siap setelah sebelumnya dicanangkan sebagai Puskesmas Ramah Lansia.

Dari segi fasilitas kesehatan ataupun standar pelayanan, sebenarnya Puskesmas Nguter masih jauh dari layak apabila disebut sebagai Puskesmas Ramah Disabilitas. Masih banyak perbaikan yang harus dilakukan, baik dari bangunan fisik, penyediaan sumber daya manusia, sampai dengan standar pelayanan yang akan diberlakukan. Sedangkan di Puskesmas Tawang Sari telah memiliki fasilitas yang lebih baik daripada Puskesmas Nguter. Puskesmas yang terletak kurang lebih 10 km dari Pusat Kabupaten Sukoharjo ini telah menerapkan kaidah-kaidah penyediaan fasilitas pelayanan yang aksesibel bagi difabel maupun lansia, antara lain *ramp* (tangga landai) dan *handrails* (pegangan rambat) (Gambar 1).

Peletakan *handrails* pada titik-titik tertentu pada fasilitas kesehatan sangat penting untuk membantu para difabel dengan keterbatasan tertentu untuk dapat mengakses faskes. Untuk Puskesmas Tawang Sari, keberadaan *handrails* bisa ditemukan pada ruang tunggu utama dan pintu masuknya. Meskipun demikian, masih banyak sarana lain selain *handrails* yang harus disediakan di dalam puskesmas supaya lebih mudah diakses oleh para difabel.

Temuan yang menarik adalah perihal kesiapan secara sumber daya manusia, yaitu seluruh puskesmas di Kabupaten Sukoharjo telah memiliki paling tidak 1 orang tenaga fisioterapis. Meskipun tenaga fisioterapis tersebut masih mengerjakan semua pelayanan fisioterapi mulai dari orthopedi, obstetri sampai dengan terapi fisik, tetapi terkait dengan upaya pengentasan persoalan terkait disabilitas, hal ini merupakan sebuah langkah besar.

Gambar 1. Peletakan *Handrail* (Pegangan Rambat) di Puskesmas Weru (Sumber: Dokumentasi Peneliti)

Karena apabila dibandingkan dengan kabupaten/ Kota lainnya, keberadaan fisioterapis biasanya hanya dapat ditemukan pada fasilitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit saja.

Kondisi disabilitas fisik yang banyak dialami oleh para penyandang di Sukoharjo membuat para fisioterapis sebagai agen kesehatan yang penting. Para fisioterapis bertanggung jawab pada dua jenis pelayanan, yaitu pembatasan kecacatan (*disability limitation*) dan rehabilitasi. Pentingnya upaya pembatasan kecacatan pada difabel adalah untuk mencegah kecacatan bertambah parah (Dew *et al.*, 2012). Orang tua yang memiliki anak dengan kelainan akan berupaya untuk mencari pengobatan, namun kurangnya pemahaman tentang kesehatan dan penyakit serta kurang sabar mengikuti proses pengobatan sehingga proses pengobatan tidak tuntas. Tenaga medis, khususnya fisioterapis berperan penting untuk memberikan pemahaman kepada keluarga atau pendamping mengenai proses pengobatan dan perkembangan penyakit. Pemahaman yang baik akan berpengaruh dengan dukungan keluarga atau pendamping dalam upaya pengobatan sehingga dapat membatasi disabilitas yang diderita (Hall, 2011).

Perspektif Kebijakan Pelayanan Kesehatan untuk Difabel

Pada tingkat kebijakan upaya pemerintah Kab. Sukoharjo untuk memperbaiki persoalan terkait dengan disabilitas telah dimulai sejak tahun 2009 dengan diterbitkannya Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2009 tentang Pemberdayaan Penyandang Cacat. Perda ini merupakan sebuah *starting point*

dari perkembangan perhatian terhadap para difabel di Sukoharjo. Dari segi kebijakan, perda itu merupakan titik awal dari munculnya kebijakan-kebijakan lain yang mendukung keberadaan para difabel di wilayah ini.

Meskipun Dinas Sosial sebagai *leading sector* telah membuat banyak program sebagai upaya penanganan persoalan terkait disabilitas, namun peran dinas kesehatan sangat penting untuk upaya pelayanan dari sisi kesehatan. Dinas Kesehatan Kab. Sukoharjo telah membuat beberapa program dalam upaya menangani persoalan terkait disabilitas, salah satunya adalah pencaanangan Puskesmas Nguter, Tawang Sari dan Weru sebagai puskesmas yang ramah disabilitas.

Persoalan mengenai data riil dari difabel di Sukoharjo adalah sebuah pokok perhatian tersendiri, sehingga pada tahun 2010, Paguyuban Sehati melakukan pendataan difabel. Selain melakukan pendataan, Paguyuban Sehati juga menjalankan sebuah advokasi untuk para difabel di Sukoharjo yang bersifat inklusif, yaitu menjaring para difabel untuk mau bergabung ke dalam paguyuban. Kegiatan demi kegiatan pun berjalan sampai akhirnya difabel yang tergabung dalam Sanggar Tunas Bangsa berkembang dalam jumlah puluhan. Penggunaan ambulans pun lambat laun berkurang seiring dengan semakin mandirinya para difabel dalam mengikuti setiap kegiatan sanggar.

Sanggar ini merupakan salah satu upaya dari masyarakat Sukoharjo, dalam hal ini untuk mengentaskan persoalan terkait disabilitas. Sanggar yang berlokasi tidak jauh dari Puskesmas Nguter ini bisa dikatakan sebagai salah satu pusat kegiatan dari RBM Sukoharjo. Di sinilah pertama kali inisiatif berkembangnya RBM Sukoharjo dan Paguyuban Sehati mulai berkembang. Sebuah inisiatif untuk mengajak masyarakat dengan kebutuhan khusus (disabilitas) untuk membuka diri dan mengembangkan diri bersama dalam kegiatan-kegiatan sanggar. Salah satu kegiatan rutin yang mereka selenggarakan adalah penyediaan terapi fisik untuk anak-anak dengan *Cerebral Palsy* (CP). Kegiatan itu mendatangkan terapis profesional dari Solo (Gambar 3).

Sesuai dengan misi besarnya, Inklusifitas memang selalu yang menjadi tujuan utama dari pendirian sanggar ini. Semenjak awal pendiriannya pada tahun 2010, para penggagas sanggar ini melihat persoalan eksklusifitas pada/terhadap difabel sebagai hal yang harus ditangani. Eksklusifitas baik yang berasal dari

Gambar 3. Terapi Fisik untuk Penderita *Cerebral Palsy* (Sumber: Dokumentasi Peneliti)

masyarakat maupun pada diri difabel sendiri. Oleh karena itu, mereka tidak memandang apakah orang yang ingin bergabung ke dalam sanggar berasal dari keluarga yang kaya atau miskin, atau apapun status mereka, termasuk kondisi kesehatan mereka. Beberapa kegiatan yang dilaksanakan di Sanggar Tunas Bangsa antara lain belajar mengajar, Forum Komunikasi untuk Para Orang Tua Difabel, Terapi Difabel, Pelayanan Kesehatan Berkala.

Rehabilitasi Berbasis Masyarakat atau RBM adalah salah satu upaya advokasi kelompok difabel di Sukoharjo kepada pemerintah pada tingkat daerah dan pusat. RBM sendiri sebenarnya adalah program yang dicanangkan oleh Kementerian Sosial sebagai bentuk upaya menjaring partisipasi masyarakat dalam penanganan sebuah persoalan sosial, dalam hal ini persoalan terkait disabilitas. Keberadaan RBM Sukoharjo yang dikukuhkan oleh Bupati Sukoharjo pada tanggal 31 Juli 2013 ini tidak dapat lepas dari peran Paguyuban Sehati. Paguyuban ini bisa disebut sebagai inisiator dari keberadaan RBM Sukoharjo. Bermula dari berhasilnya advokasi yang mereka ajukan pada tingkat pemerintahan lokal dengan diterbitkannya Perda Kab. Sukoharjo No. 7 Tahun 2009, gerakan paguyuban ini untuk membela keberadaan para difabel semakin terasa.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada difabel, diperlukan penguatan berbagai faktor. Faktor tersebut antara lain pengetahuan dan sikap (*predisposing factors*), sumber daya kesehatan dan akses pelayanan (*enabling factors*), dan kebutuhan masyarakat (*need*), dan kebijakan yang mendukung (*policy*) (Anderson and Newman, 2005; Ronald Anderson, 1968). Selain itu, diperlukan juga dukungan orang sekitar atau sesama difabel sebagai *reinforcing factors* (Green *et al.*, 1979).

Faktor yang berhubungan dengan akses difabel terhadap pelayanan kesehatan antara lain biaya pelayanan dan transportasi, yaitu hambatan fisik, berkaitan dengan desain fasilitas kesehatan yang tidak mengakomodasi difabel. faktor kemampuan petugas kesehatan yang kurang memadai dalam melayani pasien difabel. Faktor terakhir berhubungan dengan peran pemerintah yang belum maksimal dalam menjamin pelaksanaan peraturan berkaitan dengan hak difabel (WHO, 2015)

Penelitian (Syukria and Supriyanto, 2016) di Kota Surabaya menunjukkan bahwa penggunaan Puskesmas pada anak difabel masih rendah dibandingkan dengan pelayanan kesehatan lain. Faktor yang berhubungan dengan akses

penyandang disabilitas ke Puskesmas adalah jenis disabilitas, *activity daily living*, jarak antara rumah dengan Puskesmas, transportasi, pendapatan orang tua, biaya pelayanan kesehatan, dan biaya transportasi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Difabel memiliki hak yang sama sebagai warga negara, salah satunya adalah hak untuk mengakses pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan bagi disabilitas membutuhkan dukungan yang lebih dibandingkan dengan pelayanan kesehatan bagi para non-disabilitas. Dalam hal kebutuhan dalam upaya pelayanan kesehatan, para difabel menyatakan perlunya penambahan fasilitas aksesibilitas fisik pada fasilitas kesehatan dan jaminan pembiayaan kesehatan.

Terdapat beberapa fasilitas pendukung upaya pelayanan kesehatan bagi para disabilitas berupa kebijakan pemerintah daerah dan pembangunan beberapa aksesibilitas fisik di Puskesmas. Upaya ini sebaiknya didukung dengan komitmen dalam meningkatkan sumber daya petugas kesehatan dalam upaya pelayanan kesehatan bagi para difabel.

Adanya Paguyuban Sehati, sebuah kelompok yang fokus pada pemberdayaan difabel di Kabupaten Sukoharjo yang juga berperan dalam bidang upaya kesehatan. Keempat, keluarga memegang peranan penting, khususnya dalam hal pra-upaya kesehatan. Upaya pelayanan kesehatan yang ramah bagi para difabel membutuhkan komunikasi, dukungan, dan kerja sama beberapa sektor. Sektor-sektor tersebut adalah pemerintah, masyarakat, keluarga, dan difabel sendiri. Kerja sama yang baik dibutuhkan untuk memperlancar pelaksanaan, pelayanan, dan juga dalam monitoring dan evaluasi program disabilitas

Saran

Pelayanan kesehatan kepada difabel perlu dilaksanakan melalui sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada, akan tetapi disesuaikan dengan jenis disabilitas. Perlu dilakukan pelatihan kepada Petugas Kesehatan dan orang tua supaya dapat melakukan tindakan sederhana dalam mengatasi kesehatan dan meningkatkan kemandirian difabel. Menambah tenaga fisioterapis dan psikolog pada Puskesmas dan mengimplementasikan perencanaan pembangunan fasilitas Puskesmas yang lebih

aksesibel dengan menerapkan desain standar bangunan yang aksesibel bagi difabel.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Mugi Wahidin, SKM., M.Epid. atas kolaborasi dan bimbingan yang diberikan selama penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, R., Newman, J.F., 2005. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly* 51, 95. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Dew, A., Veitch, C., Lincoln, M., Brentnall, J., Bulkeley, K., Gallego, G., Bundy, A., Griffiths, S., 2012. The Need for New Models for Delivery of Therapy Intervention to People with a Disability in Rural and Remote Areas of Australia. *JOURNAL OF INTELLECTUAL & DEVELOPMENTAL DISABILITY* 37, 50–53.
- Durham, J., Brolan, C.E., Mukandi, B., 2014. The Convention on the Rights of Persons With Disabilities: A Foundation for Ethical Disability and Health Research in Developing Countries. *American Journal of Public Health* 104, 2037–2043.
- Firdaus, F., Iswahyudi, F., 2010. Aksesibilitas dalam Pelayanan Publik untuk Masyarakat Berkebutuhan Khusus. *Borneo Administrator* 6, 34–44.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Doods, S.G., Pastridge, K.E., 1979. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*, 1st ed. Mayfield Pub Co, California.
- Hall, L., 2011. The Role of Disabled Person's Organisations in Development: Key Principles and Strategies for Success. *Development Bulletin*.
- IHME, n.d. GBD Country Profile: Indonesia [WWW Document]. URL <http://www.healthdata.org/indonesia> (accessed 1.24.20).
- Irwanto, 2010. Situasi Penyandang Disabilitas di Indonesia: Sebuah Desk Review. Depok.
- Kurniawan, A., Angkasawati, T.J., Kusumawardani, A., RI, K.K., 2014. Akses Pelayanan Kesehatan yang Ramah-Difabel. Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya, Indonesia.
- Liamputtong, P., Ezzi, D., 1999. Sampling strategies for qualitative health, in: *Qualitative Research Methods : A Health Focus*. Oxford University Press, pp. 41–49.
- Litbangkes, 2019. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018.
- Lowell, A., 2013. "From your own thinking you can't help us": Intercultural collaboration to address inequities in services for Indigenous Australians in response to the World Report on Disability. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY* 15, 101–105.
- Peraturan Menteri Pekerjaan Umum no. 30/PRT/M/2006, 2006. . Kementerian Pekerjaan Umum, Jakarta.
- Ronald Anderson, 1968. A Behavioral Model of Families' use of Health Services. Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago.
- Silverman, D., 2010. *Doing qualitative research : a practical handbook*. London : SAGE, 2010. 3rd ed.
- Spradley, J., 1997. *Metode Etnografi*. Tiara Wacana, Yogyakarta.
- Sulaiman, M., 1992. *Ilmu Budaya Dasar: Sebuah Pengantar*. Refika Aditama, Bandung.
- Syukria, O.A., Supriyanto, S., 2016. Determinan Pemanfaatan Puskesmas pada Anak Penyandang Disabilitas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* 4, 37–47. <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/jaki.v4i1.2016>
- Undang-undang no 19 Tahun 2011, 2009. . Dewan Perwakilan Rakyat, Jakarta.
- WHO, 2015. Disability and Health [WWW Document]. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- WHO, 2011. *World Report on Disability*. Geneva.
- Ziviani, J., Darlington, Y., Feeney, R., Rodger, S., Watter, P., 2013. Service Delivery Complexities: Early Intervention for Children with Physical Disabilities. *Infants and Young Children* 26, 147–163.