

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Tim Penulis:

Yusuf Faisal Martak
Hardiyani Puspita Sari
Mulyana
Indira Pramesi



Penerbit IPB Press
Jalan Taman Kencana No. 3,
Kota Bogor - Indonesia

C.01/06.2021

Judul Buku:

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Penulis:

Tim Article 33 Indonesia

Editor:

Atika Mayang Sari

Penyunting Bahasa:

Atika Mayang Sari

Korektor:

Atika Mayang Sari

Desain Sampul:

Rezki Gunadi

Penata Isi:

Muhamar Alwedi

Jumlah Halaman:

46 + 6 hal romawi

Edisi/Cetakan:

Cetakan 1, Juni 2021

PT Penerbit IPB Press

Anggota IKAPI

Jalan Taman Kencana No. 3, Bogor 16128

Telp. 0251 - 8355 158 E-mail: penerbit.ipbpress@gmail.com

www.ipbpress.com

ISBN:

Dicetak oleh Percetakan IPB, Bogor - Indonesia

Isi di Luar Tanggung Jawab Percetakan

© 2021 , HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku
tanpa izin tertulis dari penerbit

Daftar Isi

Daftar Isi.....	v
Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan	1
I. Pendahuluan	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan	3
C. Kerangka penelitian dalam <i>Theory of Change</i> (ToC).....	4
D. Metodologi	5
II. Kajian literatur.....	10
A. Kajian studi terdahulu.....	10
B. Kerangka Kajian regulasi akses penyandang disabilitas dalam bidang kesehatan.	11
III. Hasil Studi Lapangan.....	18
A. Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah	18
B. Kabupaten Wajo, Provinsi Sulawesi Selatan.....	24
C. Analisis Data Sekunder: Kondisi akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia.....	29
IV. Analisis dan Pembahasan.....	33
A. Rekomendasi Gabungan Daerah Studi (Kab. Klaten dan Kab. Wajo).....	33
B. Rekomendasi Kabupaten Klaten	36
C. Rekomendasi Kabupaten Wajo.....	38
Kesimpulan	41
Lampiran	45
Daftar Pustaka.....	47
A. Daftar Pustaka Umum	47
B. Daftar Pustaka Regulasi.....	49

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Oleh : Yusuf Faisal Martak., Hardiyani Puspita Sari., Mulyana., Indira Pramesi

I. Pendahuluan

A. Latar belakang

Berdasarkan Undang-Undang (UU) No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas adalah orang yang memiliki berbagai macam keterbatasan seperti keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama dan dalam berinteraksi dengan lingkungan dan masyarakat dapat menemui hambatan yang menyulitkan untuk berpartisipasi penuh berdasarkan kesamaan hak. Sejalan dengan UU Penyandang Disabilitas, menurut UU No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM), kelompok masyarakat penyandang disabilitas merupakan kelompok masyarakat yang berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih. Secara spesifik, Pasal 41 ayat (2) UU HAM menyebutkan bahwa kelompok penyandang disabilitas berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus yang dapat meningkatkan tingkat aksesibilitas terhadap sektor kesehatan, pendidikan, hingga pekerjaan.

Berdasarkan kedua UU di atas, dapat disimpulkan bahwa upaya perlindungan hak-hak kelompok penyandang disabilitas telah memiliki payung hukum guna mengurangi ketimpangan antar kelompok penyandang disabilitas dan non-disabilitas. Ketimpangan tersebut meliputi ketimpangan akses dan kesejahteraan. Berdasarkan studi yang telah dilakukan oleh MAMPU (2018), Pattiro (2018), dan Pusat Kajian Disabilitas (2010), permasalahan terkait akses bagi penyandang disabilitas di Indonesia masih terjadi meski pemerintah pusat telah memberikan payung hukum. Salah satunya terkait akses terhadap pelayanan kesehatan.

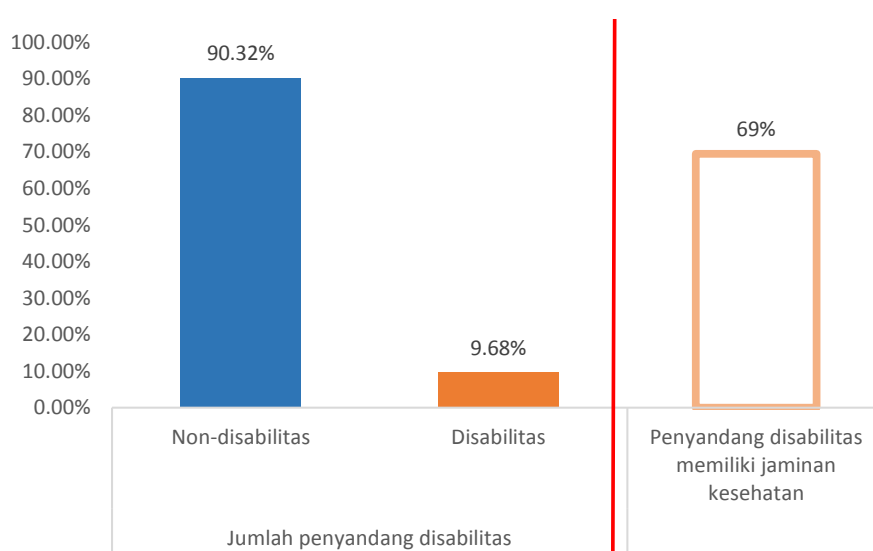
Studi yang telah dilakukan oleh MAMPU terkait dengan strategi inklusi disabilitas (2018) menyatakan bahwa antara 76% penyandang disabilitas yang disebabkan oleh wabah dan kecelakaan, sedangkan sebesar 17% terjadi karena faktor bawaan. Sementara itu, dari banyaknya jumlah penyandang disabilitas di Indonesia, MAMPU menyatakan bahwa sebagian besar dari penyandang tersebut berasal dari keluarga miskin dan tidak memiliki akses pelayanan kesehatan yang baik karena permasalahan kesejahteraan tersebut. Pusat Kajian Disabilitas (2010) juga menyatakan permasalahan yang serupa, mayoritas dari penyandang disabilitas di Indonesia masih sulit mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan karena kondisi ekonomi yang tidak mendukung

Berbeda dengan permasalahan sebelumnya, terdapat juga beberapa contoh masalah yang timbul dalam aktivitas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas seperti disabilitas rungu yang tidak mampu menyampaikan keluhannya secara maksimal karena tenaga medis tidak memahami cara berkomunikasi dengan penyandang disabilitas sensorik (rungu) (PATTIRO, 2018). Selain itu, mengenai disabilitas non-fisik, terdapat beberapa jenis disabilitas salah satunya disabilitas intelektual yang mengalami kesulitan dalam berpikir dan mengingat, mereka membutuhkan rambu-rambu atau arahan yang baku pada setiap lingkungan yang baru mereka masuki agar tidak mengalami kesalahan atau kebingungan (Tarsidi, 2011).

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, dapat dilihat bahwa keterbatasan individu penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan Kesehatan yang memadai disebabkan oleh beberapa hal yaitu: 1) kondisi fasilitas Kesehatan dan pelayanan Kesehatan yang tidak mendukung bagi penyandang disabilitas; 2) kondisi ekonomi penyandang disabilitas yang tidak dapat mendukung individu untuk mengakses pelayanan Kesehatan.

Pembahasan mengenai permasalahan akses pelayanan kesehatan dan praktik pelayanan Kesehatan dengan kualitas rendah terhadap penyandang disabilitas menjadi penting untuk dibahas karena jumlah penyandang disabilitas di Indonesia yang cukup banyak dan hanya sebagian kecil yang telah memiliki akses jaminan kesehatan. Grafik 1 menunjukkan persentase penyandang disabilitas di Indonesia dibandingkan dengan bukan penyandang disabilitas dan seberapa besar penyandang disabilitas yang telah memiliki jaminan kesehatan. Terdapat 9,7% penyandang disabilitas atau sekitar 25 juta penduduk Indonesia merupakan penyandang disabilitas, sementara itu 69% atau 7 dari 10 orang penyandang disabilitas telah memiliki jaminan kesehatan. Berdasarkan hasil tersebut, meski angka penyandang disabilitas yang memiliki jaminan kesehatan cukup besar, namun masih terdapat 30% kelompok disabilitas yang belum memiliki akses terhadap hal tersebut, padahal penyandang disabilitas memiliki peluang dan frekuensi lebih besar untuk mengakses pelayanan kesehatan bagi dirinya.

Grafik 1 Jumlah penyandang disabilitas dan persentase kepemilikan jaminan kesehatan



Sumber: Susenas 2019, diolah.

Selain permasalahan pada akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas secara umum, timbulnya wabah COVID-19 pada tahun 2020 memberikan perubahan pada kondisi pelayanan Kesehatan. Hal tersebut juga mempengaruhi akses penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan, khususnya di daerah yang memiliki jumlah penyandang disabilitas tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO) (2020), pemerintah pusat dan daerah harus memastikan bahwa penyandang disabilitas tetap mendapatkan akses yang mudah dan berkualitas terhadap pelayanan kesehatan dalam masa pandemi COVID-19. Pelayanan kesehatan yang dimaksud meliputi pelayanan kesehatan disabilitas secara umum dan terkait pandemi COVID-19. Pentingnya menjaga aksesibilitas bagi penyandang disabilitas menurut WHO adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan secara umum

Tingkat aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dapat menurun saat periode pandemi COVID-19. Hal ini dimungkinkan terjadi karena berubahnya skala prioritas fasilitas kesehatan dan anggaran yang dialokasikan lebih besar untuk pasien COVID-19. Padahal sebagian besar penyandang disabilitas membutuhkan pelayanan kesehatan yang rutin, terutama penyandang disabilitas non-fisik.

2. Pelayanan kesehatan khusus COVID-19

Penyandang disabilitas memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit COVID-19. Hal ini terjadi karena penyandang disabilitas dianggap lebih sulit untuk melaksanakan hidup bersih yang telah dianjurkan saat pandemi COVID-19 (seperti mencuci tangan ataupun menghindari menyentuh barang umum). Selain itu, penyandang disabilitas juga mengalami kesulitan untuk melakukan praktik *social distancing*, karena sebagian penyandang disabilitas membutuhkan dukungan atau bantuan dari orang lain. Risiko yang dinilai lebih tinggi akan membuat persentase penyandang disabilitas yang terkena COVID-19 lebih besar dibandingkan bukan penyandang disabilitas.

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, peningkatan terhadap aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas sangat diperlukan agar seluruh penyandang disabilitas di Indonesia dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya tanpa mengalami kendala apapun, sehingga tujuan dari undang-undang dapat tercapai dengan maksimal. Selain itu, peningkatan aksesibilitas tersebut juga dapat meminimalisasi ketimpangan akses pelayanan kesehatan antar masyarakat penyandang disabilitas yang berstatus ekonomi rendah dibandingkan status ekonomi yang lebih baik, meski permasalahan akses Kesehatan karena status ekonomi juga terjadi bagi seluruh kelompok (tidak hanya terfokus pada disabilitas). Terakhir, pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terdepan bagi penyandang disabilitas dapat menjaga aktivitas pelayanan kesehatan meskipun terjadi bencana atau wabah yang berisiko menurunkan performa kesehatan penyandang disabilitas karena tingkat kerentanan akan terkena penyakit yang lebih besar dibandingkan bukan penyandang disabilitas.

B. Tujuan

Studi ini bertujuan memberikan gambaran terhadap kondisi akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, baik disabilitas fisik maupun non-fisik. Selain itu, dilakukan juga pendalaman terkait upaya pemerintah daerah dalam meningkatkan aksesibilitas tersebut sehingga dapat dijadikan *best practice* bagi tiap daerah. Secara spesifik, tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi permasalahan dalam akses orang dengan disabilitas terhadap pelayanan kesehatan di daerah;
2. Mengidentifikasi perubahan kondisi akses orang dengan disabilitas terhadap pelayanan kesehatan di daerah pada periode wabah COVID-19;
3. Menggali upaya yang sudah dilakukan pemerintah daerah dalam meningkatkan aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap pelayanan Kesehatan, termasuk dalam hal regulasi maupun program, pada periode sebelum dan saat COVID-19 berlangsung;
4. Memahami implementasi kebijakan terkait penyandang disabilitas di daerah beserta hambatan-hambatan yang ada selama kebijakan diimplementasikan oleh pemerintah daerah;
5. Merumuskan rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan.

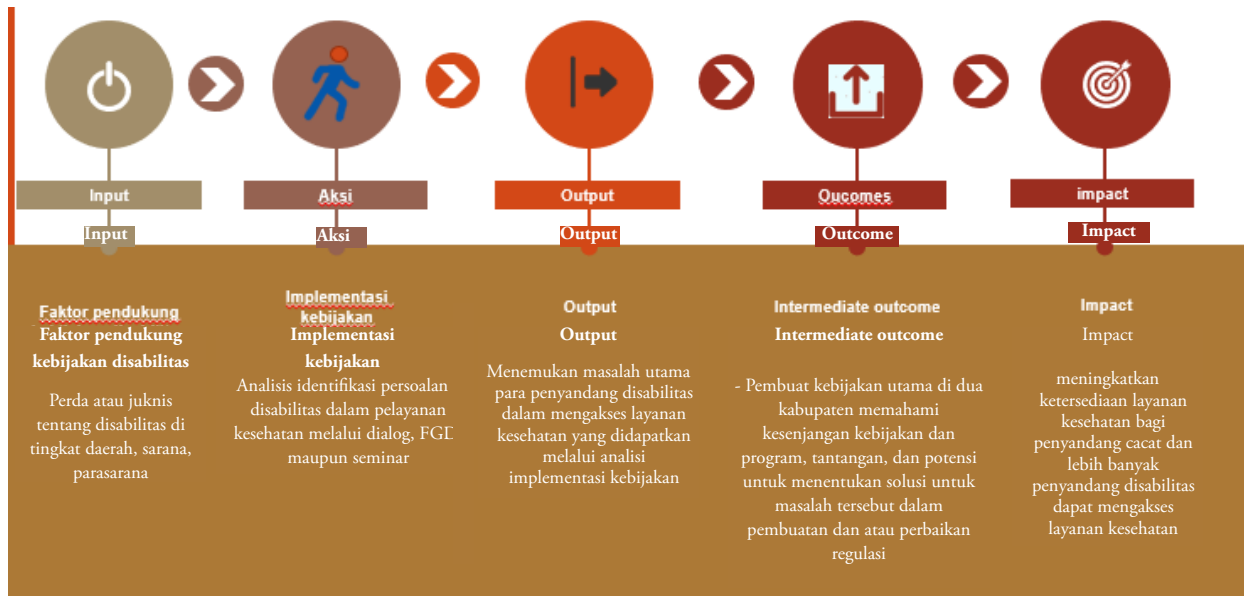
C. Kerangka penelitian dalam *Theory of Change* (ToC)

Theory of change (ToC) merupakan salah satu pendekatan yang dapat menjelaskan perubahan-perubahan yang diharapkan atas suatu aktivitas. ToC dimulai dengan membuat teori yang eksplisit tentang bagaimana suatu program atau kebijakan akan mencapai dampaknya. Capaian dampak diperoleh dengan mengikuti alur tahapan program yang diiringi dengan monitoring dan evaluasi tahapan program. Implementasi ToC telah banyak digunakan untuk mengevaluasi berbagai bidang dan salah satunya adalah dalam kebijakan Kesehatan publik. Alur ToC dibuat secara eksplisit berdasarkan asumsi atau indikator yang telah didefinisikan untuk setiap hasil di sepanjang jalur ToC (*causal path*) (The Center for Theory of Change, 2021). Pada kasus ini, ToC yang dibentuk memiliki fokus kepada penyandang disabilitas dan pelayanan Kesehatan bagi kelompok tersebut. Menyandingkan dengan pendekatan *theory-driven*¹, terdapat 5 tahapan dari ToC yang digunakan pada penelitian ini:

1. **Input**
Menggambarkan kondisi awal kebijakan yang ada di daerah terkait dengan penyandang disabilitas dan pelayanan Kesehatan.
2. **Aksi**
Bagian ini membahas secara detail mengenai implementasi dari kebijakan yang telah ada termasuk hambatan-hambatan yang dimiliki dalam melakukan implementasi kebijakan.
3. **Keluaran**
Analisis pada bagian aksi memunculkan keluaran masalah utama penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan Kesehatan.
4. **Hasil**
Bagian hasil memiliki target yaitu *policy makers* pada kedua kabupaten memahami permasalahan, tantangan, dan potensi untuk menentukan solusi pada hal tersebut.
5. **Dampak**
Kemudahan akses pelayanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas dan peningkatan kualitas.

¹ *Theory-driven* merupakan metode tematik yang dapat mengembangkan analisis berpegang pada teori, penelitian terdahulu, ataupun analisis dokumen (Boyatzis, 1998)

Diagram *Theory Of Change* Arah perbaikan Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan



D. Metodologi

Studi ini menggunakan dua pendekatan yaitu kualitatif dan kuantitatif. Hal ini dilakukan guna menghasilkan analisis komprehensif. Studi ini memilih metode kualitatif *Rapid Assessment and Action Plan* (RAAPP) untuk menilai program pemerintah dan bagaimana implementasi kebijakan tersebut di daerah yang dituju (WHO, 2004). Umumnya, kebijakan yang dapat dianalisis oleh metode RAAPP adalah kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan dan pendidikan. Mengenai metode kuantitatif, studi ini akan mengadopsi kuantitatif deskriptif untuk mencoba menganalisis kondisi penyandang disabilitas di Indonesia melalui data sekunder. Beberapa contoh analisis yang dapat dilakukan adalah jumlah penyandang disabilitas, perhitungan mengenai penyandang disabilitas dan jaminan kesehatan, hingga persentase kelompok disabilitas yang memiliki hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan untuk dirinya. Secara umum, hal ini dilakukan untuk melihat kondisi akses penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan.

Metode RAAP

Diagram 1 Tahapan metode RAAPP



Metode RAAP merupakan metode penelitian kualitatif yang umum digunakan untuk menilai dan memperbaiki kebijakan pemerintah yang telah dibentuk, khususnya untuk sektor kesehatan dan Pendidikan. Tahapan melakukan metode RAAPP terbagi atas 3 hal yaitu Perencanaan metode, Pengumpulan data, dan Analisis dan perencanaan rekomendasi/aksi. Secara umum tahapan perencanaan

berisi pembentukan kerangka studi dan hipotesis dari tim peneliti berdasarkan hasil analisis *desk review* dan data sekunder yang akan disampaikan kepada *stakeholder* terkait (pemangku kebijakan dan masyarakat). Pada tahapan pengumpulan data, akan dilakukan dua jenis *interview* yaitu (1) *interview* kepada *key-informant* pada tingkat pembuat kebijakan dan pengimplementasi kebijakan; (2) FGD dengan *stakeholder* diluar pemerintah. Beberapa contoh *interview* terhadap *key-informant* adalah Kepala Dinas hingga staf-staf pendukung dinas tersebut, sedangkan untuk *interview* non-pemerintah akan dilakukan kepada masyarakat yang berkaitan dengan studi ini. Terakhir, tahapan perencanaan rekomendasi berisi pembuatan *draft* rekomendasi berdasarkan hasil *interview* sebelumnya.

Tahap 1: Perencanaan metode

Tahapan perencanaan metode merupakan tahapan pertama yang akan dilakukan untuk menjalankan metode penelitian RAAPP. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, tahap ini akan dilakukan kegiatan analisis *desk review* dan data sekunder dengan tujuan menyampaikan hasil tersebut kepada *stakeholder* terkait. Hal ini dilakukan agar *stakeholder* memahami terlebih dahulu tujuan dari studi dan apa peran yang akan dilakukan *stakeholder* dirinya dalam studi ini. Jika ditelaah secara detail, dalam tahapan perencanaan metode, terdapat 4 tahapan yang harus dilakukan yaitu:

1. **Pemilihan *Stakeholder*.** Tahapan pertama dari perencanaan metode adalah pemilihan *stakeholder*. Tahapan ini dianggap penting karena pemilihan *stakeholder* sangat menentukan hasil studi yang akan dicapai. Setiap *stakeholder* memiliki peran yang penting dalam analisis studi dengan metode kualitatif, semakin pengetahuan dan keterkaitan *stakeholder* besar terhadap tema studi dan tujuannya, maka hasil yang didapatkan akan semakin mewakili daerah tersebut. *Stakeholder* pada studi ini dibagi atas dua kelompok yaitu perwakilan pemerintah dan non-pemerintah. Pemilihan *stakeholder* perwakilan pemerintah dan non-pemerintah dilakukan secara *purposive*, di mana pemerintah dinilai dari keterkaitan lembaga tersebut dengan isu kesehatan dan disabilitas, sedangkan non-pemerintah dipilih berdasarkan kriteria penerima manfaat kebijakan terkait kesehatan dan disabilitas.

Tabel 1. List *stakeholder* berdasarkan kelompok kepentingan

<i>Stakeholder</i> pemerintah	<i>Stakeholder</i> non-pemerintah
Kepala Program Dinas Sosial Provinsi	Kepala Balai Kesehatan Kabupaten
Kepala Seksi Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Provinsi	Masyarakat pengguna balai kesehatan (Disabilitas dan Non-disabilitas)
Kepala Program Dinas Sosial Kabupaten	Rumah tangga penyandang disabilitas
Kepala Seksi Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Kabupaten	Kelompok Penggiat Disabilitas di daerah
Kepala Bidang Pelayanan Dinas Kesehatan Provinsi	
Kepala Balai Kesehatan Masyarakat Wilayah Kabupaten	
Kepala Bidang Pelayanan Dinas Kesehatan Kabupaten	

2. **Penentuan masalah umum.** Penentuan masalah secara umum dilakukan melalui analisis singkat terkait kondisi pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dan permasalahan yang mungkin terjadi dalam kegiatan tersebut. Umumnya, penentuan permasalahan dapat ditemukan melalui analisis studi literatur sebelumnya. Hal ini penting untuk dilakukan agar peneliti dapat menggali informasi terkait permasalahan umum yang sering terjadi kepada *stakeholder* saat memasuki tahapan *interview*.

3. **Pembuatan kuesioner**. Pembentukan kuesioner dibutuhkan untuk menjadi acuan dalam kegiatan FGD awal dengan *stakeholder* yang mewakili pemerintah dan non-pemerintah. Pembentukan kuesioner juga mengacu kepada tujuan studi dan permasalahan umum yang telah dipilih sebelumnya
4. **Forum Group Discussion**. Kegiatan FGD akan dilaksanakan setelah kegiatan 1 dan 2 pada tahapan perencanaan metode telah selesai dilaksanakan. Pembahasan FGD akan berfokus kepada (1) Penjelasan terkait latar belakang studi; (2) Penjelasan kondisi pelayanan kesehatan bagi disabilitas secara umum dan masalah yang mungkin terjadi berdasarkan penelitian dan implementasi yang telah dilakukan sebelumnya; (3) Diskusi mengacu kepada tujuan studi dan kuesioner khusus FGD yang telah dibentuk. Pemilihan *key informant* pada FGD ini dilakukan dengan memilih perwakilan pemerintah daerah yang memiliki kaitan erat dengan kebijakan Kesehatan dan disabilitas. Selain itu, untuk menangkap berbagai fenomena akses Kesehatan dan disabilitas yang terjadi di lapang, maka diskusi turut mengikutsertakan kelompok disabilitas yang berada di masing-masing daerah.

Tahap 2: Pengumpulan data

Tahapan pengumpulan data dilakukan dengan cara melakukan *interview* kepada *stakeholder* yang telah ditentukan sebelumnya menggunakan kuesioner yang telah disediakan. Model *interview* yang digunakan adalah *interview 1-on-1* agar informasi dapat tergali dengan sempurna. Selain itu, saat *interview* dilakukan, enumerator diharapkan dapat mencatat seluruh informasi yang diberikan responden untuk pengoptimalan proses analisis.

1. Interview dengan *stakeholder* dari pemerintah.

Interview dilakukan kepada *Stakeholder* dari pemerintah dengan mengutamakan pengumpulan data atau jawaban atas bagaimana pengetahuan akan kondisi yang ada dan terjadi saat itu. Selain kondisi, *interview* juga dilakukan untuk menggali lebih jauh mengenai pengetahuan atas kebijakan disabilitas yang ada di daerah, pembentukan perencanaan kebijakan, implementasi hingga monitoring dan evaluasi untuk melihat kekurangan dari implementasi kebijakan yang ada. Terakhir, *interview* dengan *stakeholder* pemerintah dapat juga dijadikan jembatan untuk mengumpulkan informasi terkait kekurangan dan permasalahan yang ada.

2. Interview dengan *stakeholder* non-pemerintah

Interview dengan *stakeholder* Non-pemerintah dilakukan untuk melihat seberapa jauh mereka dilibatkan dalam perencanaan kebijakan, seberapa baik kebijakan tersebut digunakan atau diimplementasikan serta manfaatnya bagi mereka, dan apa saja hal yang masih dirasa kurang/tidak tepat dari kebijakan tersebut.

Selain pengumpulan data melalui *interview* dengan *stakeholder*, tahapan pengumpulan data juga mengikutsertakan kegiatan observasi di dalamnya. Observasi dilakukan terhadap realisasi regulasi penyandang disabilitas, terutama dalam hal penyediaan sarana dan prasarana bagi penyandang disabilitas. Adapun dalam melakukan pengumpulan data, studi ini memilih dua daerah yang telah dijadikan lokasi studi. Pemilihan lokasi tersebut dilatarbelakangi oleh persentase individu penyandang disabilitas yang cukup tinggi² serta keberadaan peraturan daerah terkait pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas.

² Sumber data SUSENAS 2019, diolah

Tabel 2. Lokasi studi lapangan

Provinsi	Kabupaten/Kota
Provinsi Jawa Tengah	Kabupaten Klaten
Provinsi Sulawesi Selatan	Kabupaten Wajo

Tahap 3: Analisis dan rekomendasi kebijakan

Tahapan terakhir dari metode RAAPP adalah analisis data dan rekomendasi kebijakan. Analisis data dilakukan setelah tahapan pengumpulan data telah selesai dilakukan, tujuan utama dari analisis data adalah menganalisis hasil *interview* yang telah dilakukan dengan berbagai pihak untuk mendapatkan poin-poin utama terkait kelebihan dari kekurangan dari setiap bagian yang ditanyakan agar dapat dijadikan dasar pembentukan rekomendasi. Terdapat beberapa tahapan dalam analisis data yaitu:

1. Tahapan pertama setelah pengumpulan data adalah menuliskan secara lengkap hasil dari *interview* sesuai dengan bagian-bagian yang ada di kuesioner.
2. Setelah tahapan pertama analisis, dilakukan tahapan selanjutnya yaitu pencatatan poin-poin penting dari hasil *interview*. Tahapan ini dapat membantu untuk menganalisis masalah prioritas yang paling sering muncul pada proses *interview*.
3. Tahapan terakhir dari analisis pengumpulan data adalah menganalisis berbagai temuan yang harus dikonfirmasi ulang atau dilakukan pendalaman analisis. Konfirmasi ulang dapat dilakukan dengan *phone interview* atau dapat ditanyakan kembali saat kegiatan lapangan (*fieldwork*) ke-2. Kegiatan lapangan ke-2.

Setelah tahapan analisis data, pada tahap 3 juga dilakukan rekomendasi kebijakan atas hasil analisis data yang telah dilakukan. Terdapat juga 3 tahapan dalam rekomendasi kebijakan; (1) Draf rekomendasi kebijakan dapat dibentuk dari hasil analisis tahapan sebelumnya yang rekomendasinya akan disesuaikan dengan bagian-bagian dari Perda atau kebijakan yang telah ada sebelumnya, sehingga *stakeholder* dapat memahami rekomendasi tersebut secara detail; (2) Setelah Draf Rekomendasi selesai dibuat, maka akan dilakukan kunjungan lapangan kembali (diskusi kebijakan daerah pertama) untuk mendiskusikan mengenai Draf Rekomendasi kebijakan serta menerima dan mengakomodasi masukan-masukan dari *stakeholder*; (3) Setelah melaksanakan diskusi dan mendapatkan masukan dari *stakeholder*, maka akan dilakukan finalisasi terkait rekomendasi kebijakan. Bentuk final dari rekomendasi kebijakan akan dibawa kembali ke daerah dengan melaksanakan diskusi kebijakan daerah kedua.

Diagram 2. 3 Tahapan rekomendasi kebijakan



Jadwal kegiatan studi

Secara umum, studi ini dilaksanakan pada rentang waktu Mei 2020 hingga Februari 2021. Rentang waktu tersebut sudah meliputi tahapan pembentukan kerangka studi, jadwal kunjungan lapang, proses penulisan pelaporan, hingga penulisan rekomendasi kebijakan dan diseminasi. Pada rentang waktu tersebut, terdapat juga kegiatan untuk meningkatkan hasil penulisan penelitian yaitu review ahli (Timeline Lampiran 1)

Kerangka GEDSI

Studi yang dilakukan sangat berkaitan dengan penyandang disabilitas. Hal ini mendorong peneliti untuk menggunakan pendekatan kerangka Gender Equality, Disability and Social Inclusion (GEDSI) dalam proses analisis. Berkaca kepada kebijakan pembangunan di studi-studi terdahulu, peneliti menyadari bahwa dengan tidak adanya kebijakan dan *action plan* yang tepat bagi penyandang disabilitas, kebijakan yang telah dibentuk tidak akan berdampak kepada perbaikan kondisi inklusivitas di wilayah sasaran.

Dengan demikian, salah satu tujuan utama dari studi ini adalah memberikan rekomendasi kebijakan dan *action plan* yang tepat dan berkaitan dengan penyandang disabilitas agar setiap kebutuhan untuk penyeteraan dan pengentasan permasalahan ketimpangan akses bagi penyandang disabilitas dapat terbentuk.

Secara metodologis, penelitian dengan kerangka GEDSI tidak hanya memiliki fokus pada penyandang disabilitas sebagai subjek studi, tetapi juga mendorong inklusi sosial bagi penyandang disabilitas, termasuk dengan memungkinkan partisipasi penyandang disabilitas dalam pembuatan kebijakan terkait.

II. Kajian literatur

Kajian literatur terdiri atas beberapa kajian terdahulu yang telah dilakukan oleh tim studi. Selain itu, kajian literatur juga menyorot kepada kajian terkait regulasi akses penyandang disabilitas dalam bidang Kesehatan. Kedua hal tersebut dibutuhkan untuk melihat sejauh mana penelitian terdahulu telah dilakukan khususnya dalam studi kasus Negara Indonesia dan bagaimana kondisi regulasi akses penyandang disabilitas dalam bidang Kesehatan yang telah terbentuk saat ini.

A. Kajian studi terdahulu

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan mengangkat tema kondisi akses penyandang disabilitas secara umum dan khusus terhadap bidang Kesehatan telah banyak dilakukan sebelumnya, salah satu di antaranya adalah studi yang dilakukan oleh MAMPU (2018) dan PATTIRO (2018)

MAMPU, MAMPU Disability Inclusion Strategy 2019-2020

Studi yang dilakukan oleh MAMPU (2018) dilatar belakangi oleh berbagai hal. Besarnya angka disabilitas di Indonesia yang berkisar antara 4%-11% dan dari besaran tersebut, sebanyak 13,3% rumah tangga di Indonesia memiliki minimal 1 orang yang menjadi penyandang disabilitas. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah orang dengan disabilitas tidak sedikit di Indonesia dan berpotensi memberikan kontribusi besar bagi Indonesia secara umum. Namun, kondisi dari penyandang disabilitas ini dinilai lebih rendah dibandingkan dengan orang tanpa disabilitas. Beberapa di antara hal yang menjadi alasan pernyataan tersebut adalah: (1) kondisi Kesehatan penyandang disabilitas di Indonesia memiliki kondisi yang kurang maksimal karena penyandang disabilitas umumnya diikuti oleh penyakit lain seperti obesitas dan *stunting*, rendahnya tingkat imunisasi, akses terhadap fasilitas Kesehatan yang rendah, sebagian besar lanjut usia, hingga peluang terjadinya gangguan Kesehatan *mental/psychosocial*; (2) seluruh penyandang disabilitas di Indonesia mengalami permasalahan akses, tidak hanya terhadap Kesehatan tetapi juga terhadap Pendidikan, jaminan sosial, pekerjaan, dan berbagai macam akses lainnya yang berdampak kepada nilai dari setiap individu penyandang disabilitas dibandingkan dengan non-disabilitas; (3) Keberadaan rumah tangga disabilitas yang rata-rata berada di bawah garis kemiskinan karena permasalahan akses terhadap pekerjaan, rendahnya pengeluaran per-kapita, dan keputusan perempuan sebagai kepala rumah tangga yang menunjukkan adanya permasalahan tambahan yaitu akses terhadap perempuan yang lebih rendah dibandingkan lainnya.

Berdasarkan latar belakang, studi MAMPU (2018) bertujuan membentuk strategi utama yang dapat dilakukan untuk menghilangkan permasalahan melalui pembentukan atau pengembangan/perbaikan intervensi. Intervensi dapat dilakukan melalui mitra MAMPU sehingga seluruh mitra dapat melaksanakan dan memenuhi target-target yang dibentuk pada dokumen strategis utama sehingga terjadi pemenuhan hak dan kesetaraan bagi penyandang disabilitas. Hasil dari studi ini adalah saat ini mitra MAMPU telah memiliki dasar yang baik untuk mengentaskan permasalahan yang ada, pemetaan permasalahan tersebut adalah jamiann sosial, diskriminasi tenaga kerja, pekerja migran, Kesehatan dan kekerasan terhadap perempuan. Namun, setiap mitra memiliki kelemahan masing-masing yang akan diperkuat oleh tim MAMPU.

PATTIRO, Pelayanan publik bagi penyandang disabilitas

Pembangunan inklusif merupakan salah satu tujuan bagi seluruh negara tidak terkecuali Indonesia. Namun pada praktiknya, pada tahun 2017, berdasarkan laporan dari Pembangunan dan Pertumbuhan inklusif menyatakan bahwa Indonesia berada pada tingkat 22 dari 79 negara berkembang dan hal tersebut lebih buruk dibandingkan dengan Thailand dan Malaysia. Selain itu, kondisi nilai indikator inklusi yang dikeluarkan oleh WEF Indonesia berada pada 3,57 (dari skala 1-7), sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa Indonesia masih jauh dari sebutan negara inklusif. Kedua hal tersebut dapat menggambarkan bahwa pembangunan Indonesia tidak mengedepankan atau memprioritaskan kelompok rentan yang salah satunya adalah penyandang disabilitas. Padahal, terdapat 10% atau sekitar 24 juta penyandang disabilitas di Indonesia, dengan jumlah tersebut maka seharusnya pemerintah memberikan prioritas bagi pembanguna yang mengedepankan inklusivitas.

Tujuan dari penelitian PATTIRO (2018) adalah memetakan permasalahan disabilitas yang ada di Indonesia sehingga permasalahan tersebut dapat di atasi atau dihilangkan secara maksimal, khususnya pada akses pelayanan bagi penyandang disabilitas. Selain itu, penelitian tersebut juga berupaya mencari praktik baik yang dapat dilakukan oleh seluruh daerah agar pemenuhan hak penyandang disabilitas dapat dicapai secepatnya. Hasil dari penelitian ini adalah terbentuknya model sosial dari berbagai praktik baik yang ada di Indonesia. Model sosial tersebut menunjukkan adanya 4 syarat perubahan yaitu: (1) Sikap yang positif terhadap kondisi penyandang disabilitas dan menyadari potensi mereka; (2) Dukungan sosial seperti penyediaan alat bantu, sumberdaya yang dibutuhkan, ataupun melakukan hal-hal yang mengandung “diskriminasi positif”; (3) Informasi seperti penggunaan bahan atau format yang sesuai untuk penyandang disabilitas; (4) struktur fisik. Beberapa syarat tersebut dapat menjadi acuan bagi pembangunan inklusif dan berkelanjutan.

B. Kerangka kajian regulasi akses penyandang disabilitas dalam bidang kesehatan.

Komitmen Pemerintah Indonesia untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak penyandang disabilitas diwujudkan dalam Undang-Undang (UU) No. 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas). Untuk merealisasikan komitmen dari konvensi tersebut, dipenuhi dengan diterbitkannya UU No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Cakupan undang-undang ini meliputi Pemenuhan Kesamaan Kesempatan terhadap Penyandang Disabilitas dalam segala aspek penyelenggaraan negara dan masyarakat, Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas, termasuk penyediaan Aksesibilitas dan Akomodasi yang Layak. Untuk melaksanakan UU No. 8 Tahun 2016, pemerintah Indonesia telah mengeluarkan 9 turunan peraturan dari UU tersebut pada tahun 2020 yang mewakili berbagai aspek yaitu:

1. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 52 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bagi Penyandang Disabilitas.
2. PP Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi terhadap Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
3. PP Nomor 13 Tahun 2020 tentang Akomodasi yang Layak bagi Peserta Didik Penyandang Disabilitas.

4. PP Nomor 39 Tahun 2020 tentang Akomodasi yang Layak untuk Penyandang Disabilitas dalam Proses Peradilan.
5. PP Nomor 42 Tahun 2020 tentang Aksesibilitas terhadap Permukiman, Pelayanan Publik, dan Pelindungan dari Bencana bagi Penyandang Disabilitas.
6. PP Nomor 60 Tahun 2020 tentang Unit Layanan Disabilitas bidang Ketenagakerjaan.
7. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 67 Tahun 2020 tentang Syarat dan Tata Cara Pemberian Penghargaan dan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
8. Perpres Nomor 68 Tahun 2020 tentang Komisi Nasional Disabilitas.
9. Ratifikasi Perjanjian Internasional yang diatur dalam Perpres Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pengesahan Traktat Marrakesh untuk Fasilitasi Akses atas Ciptaan yang Dipublikasi bagi Penyandang Disabilitas Netra, Gangguan Penglihatan, atau Disabilitas dalam Membaca Karya Cetak.

Dalam UU No. 8 Tahun 2016, Kewajiban pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam memenuhi akses pelayanan Kesehatan tertuang pada bagian kelima mengenai bab Kesehatan. Di antaranya adalah seperti tertuang pada pasal 61 ayat 1 dan bahwa Pemerintah pusat, pemerintah daerah dan swasta wajib memastikan fasilitas pelayanan Kesehatan menerima dan melayani penyandang disabilitas tanpa diskriminasi. UU No. 8 Tahun 2016 juga mendefinisikan hak-hak apa saja bagi penyandang disabilitas yang wajib dipenuhi oleh fasilitas Kesehatan pemerintah dan swasta dan yang meliputi 1) hak memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan Kesehatan; 2) memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang Kesehatan; 3) memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan Kesehatan yang aman dan bermutu, dan terjangkau; 4) memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi penyandang disabilitas; 5) memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya; 6) memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah; 7) memperoleh pelindungan dari upaya percobaan medis; dan 8) memperoleh pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Dalam bidang Kesehatan UU No. 8 Tahun 2016 selain mengatur hal bersifat medis, juga secara eksplisit mewajibkan pemerintah dan pemerintah daerah untuk menyediakan hal-hal non medis bagi penyandang disabilitas. Seperti yang termuat dalam pasal 74 bahwa Pemerintah dan pemerintah daerah wajib menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan air bersih dan sanitasi yang layak.

UU No. 8 Tahun 2016 pasal 27 mewajibkan pemerintah daerah dan pemerintah pusat melakukan perencanaan penanggulangan persoalan penyandang disabilitas dalam bentuk Rencana Induk Penyandang Disabilitas (RIPD), Rencana aksi penyandang disabilitas dan evaluasi program kebijakannya. Dalam rangka penyelenggaraan pembangunan inklusif disabilitas terutama di bidang Kesehatan, poin ke-7 dalam RIPD secara eksplisit menyebutkan pentingnya akses dan pemerataan layanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas. Sasaran strategis tersebut kemudian dijabarkan dalam berbagai kebijakan yang melibatkan beberapa kementerian teknis dan pemerintah daerah. Adapun beberapa kebijakan terkait pelayanan kesehatan penyandang disabilitas seperti yang tergambar dalam tabel di bawah ini.

Tabel Sasaran strategis Akses dan pemerataan layanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas berdasarkan PP No.70 tahun 2019 tentang perencanaan, penyelenggaraan, dan evaluasi terhadap penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas.

Kebijakan	Strategi implementasi	Target capaian	Penanggung jawab
1. Kebijakan I: Peningkatan kemampuan penyedia layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan Penyandang Disabilitas.	1. Memasukkan indikator pelayanan Penyandang Disabilitas dalam akreditasi fasilitas kesehatan.	1. Tersusunnya pedoman pelayanan kesehatan yang akomodatif bagi Penyandang Disabilitas sesuai Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan. 2. Beberapa indikator yang perlu dimasukkan meliputi: a. Keterlibatan Penyandang Disabilitas dalam proses akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan. b. Tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan yang inklusif bagi Penyandang Disabilitas yang terakreditasi.	Penanggung Jawab Utama: Kementerian Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
	2. Menyelenggarakan pelatihan sensitivitas disabilitas dan isu kesehatan Penyandang Disabilitas untuk peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan ramah disabilitas.	Meningkatnya kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan ramah disabilitas .	Penanggung Jawab Utama: Kementerian Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
2. Kebijakan II: Pencegahan dan intervensi dini layanan kesehatan bagi Penyandang Disabilitas yang efektif dan komprehensif.	1. Meningkatkan jumlah pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi Penyandang Disabilitas pada fasilitas pelayanan kesehatan.	Meningkatnya jumlah fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi Penyandang Disabilitas di fasilitas pelayanan kesehatan.	Penanggung Jawab Utama: 1. Kementerian Kesehatan. 2. Kementerian Sosial. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Kebijakan	Strategi implementasi	Target capaian	Penanggung jawab
	2. Meningkatkan jumlah layanan deteksi dini bagi ibu, anak, dan orang dewasa terhadap potensi disabilitas (seperti kondisi kehamilan, low vision, kusta, dan sebagainya).	Meningkatnya jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan deteksi dini bagi ibu, anak, dan orang dewasa yang berpotensi disabilitas.	Penanggung Jawab Utama: Kementerian Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
	3. Meningkatkan pemahaman terhadap hak kesehatan seksual dan reproduksi bagi Penyandang Disabilitas.	Terlaksananya sosialisasi, kampanye, serta pendidikan dan pelatihan tentang hak kesehatan seksual dan reproduksi bagi Penyandang Disabilitas.	Penanggung Jawab Utama: 1. Kementerian Kesehatan. 2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
3. Kebijakan III: Perluasan kepesertaan dan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional bagi Penyandang Disabilitas.	1. Memperluas jumlah kepesertaan Penyandang Disabilitas sebagai Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional.	Meningkatnya jumlah Penyandang Disabilitas miskin dan rentan yang menerima Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Nasional.	Penanggung Jawab Utama: 1. Kementerian Kesehatan. 2. Kementerian Sosial. 3. BPJS Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. 2. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 3. Kementerian Dalam Negeri. 4. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Kebijakan	Strategi implementasi	Target capaian	Penanggung jawab
	2. Memastikan cakupan manfaat dari kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dapat mengakomodasi kebutuhan Penyandang Disabilitas.	1. Meningkatnya pemahaman penyandang disabilitas akan manfaat kepesertaan BPJS. 2. Meningkatnya jumlah manfaat yang diberikan kepada Penyandang Disabilitas dalam kepesertaan BPJS Kesehatan.	Penanggung Jawab Utama: 1. Kementerian Kesehatan. 2. BPJS Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2. Kementerian Dalam Negeri. 3. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota.
4. Kebijakan IV: Penyelenggaraan program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang menjangkau Penyandang Disabilitas.	Mendorong kementerian/ lembaga, Pemerintah Daerah, dan swasta untuk melibatkan Penyandang Disabilitas dalam kegiatan GERMAS.	Meningkatnya jumlah kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah, dan swasta yang menyelenggarakan program GERMAS melibatkan Penyandang Disabilitas.	Penanggung Jawab Utama: Kementerian Kesehatan. Penanggung Jawab Pendukung: 1. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. 2. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional 3. Kementerian Negeri. 4. Pemerintah Provinsi Kabupaten/Kota

Selain Peraturan Pemerintah tersebut, ada beberapa regulasi yang bertujuan khusus terhadap penyandang disabilitas yang dikeluarkan presiden Joko Widodo dalam bentuk Peraturan pemerintah dan Peraturan presiden di antaranya adalah :

1. PP No. 52 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bagi Penyandang Disabilitas.
2. PP No. 27 Tahun 2019 tentang Fasilitasi Akses Terhadap Ciptaan Bagi Penyandang Disabilitas dalam Membaca dan Menggunakan Huruf Braille, Buku Audio, dan Sarana Lainnya.
3. PP No. 13 Tahun 2020 tentang Akomodasi yang Layak Untuk Peserta Didik Penyandang Disabilitas.
4. Perpres No. 67 Tahun 2020 tentang Syarat dan Tata Cara Pemberian Penghargaan Dalam Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
5. Perpres No. 68 Tahun 2020 tentang Komisi Nasional Disabilitas.

Beberapa daerah telah menindaklanjuti terbitnya UU No. 8 Tahun 2016 dengan membentuk Perda tentang penyandang disabilitas. Kabupaten Wajo dan Klaten merupakan wilayah studi yang sudah menerbitkan Perda tentang perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas.

Kabupaten Wajo

Pemerintah daerah Kabupaten Wajo telah menerbitkan Perda No.13 Tahun 2016 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas. Perda di atasnya juga telah diterbitkan di tingkat provinsi melalui Perda Provinsi Sulawesi Selatan No. 5 Tahun 2016 dengan konteks yang sama. Tujuan dari Perda ini selain untuk mengisi kekosongan regulasi di tingkat daerah mengenai penyandang disabilitas, juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan, kepedulian dan tanggung jawab pemerintah daerah, dunia usaha dan masyarakat dalam perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas secara melembaga dan berkelanjutan. Sebagai pokok pembahasan dalam perda tersebut yang memuat tentang akses terhadap layanan Kesehatan seperti diperlihatkan dalam tabel di bawah ini.

Analisis regulasi Peraturan daerah Kabupaten Wajo tentang akses Kesehatan penyandang disabilitas

Substansi	Penjelasan
Nama regulasi	Perda Kabupaten Wajo No. 13 Tahun 2016 tentang Perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas
Masalah yang ingin dipecahkan	Kurangnya pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas terutama pada akses layanan kesehatan
Tujuan yang ingin dicapai	Pemenuhan hak penyandang disabilitas dalam mendapatkan layanan Kesehatan yang bermutu dalam bentuk : <ul style="list-style-type: none"> - Layanan yang sesuai dengan kondisi disabilitas yang meliputi tentang promotif, preventif , kuratif dan rehabilitatif. - Pemerintah daerah menjamin ketersediaan tenaga, alat dan obat - Menjamin ketersediaan fasilitas Kesehatan di layanan Kesehatan pemerintah dan swasta. - Pendidikan Kesehatan reproduksi - Jaminan kesehatan
Aturan lebih detail	Perbup No 36 Tahun 2018 tentang petunjuk pelaksanaan Perda No. 13 Tahun 2016

Peraturan Bupati Kabupaten Wajo

Substansi	Penjelasan
Nama regulasi	Perbup kabupaten Wajo No. 36 Tahun 2018 tentang Petunjuk pelaksanaan Perda Kabupaten Wajo No. 13 Tahun 2016 tentang perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas
Masalah yang ingin dipecahkan	Kurangnya pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas terutama pada akses layanan kesehatan
Tujuan yang ingin dicapai	Pemenuhan hak penyandang disabilitas dalam mendapatkan layanan Kesehatan yang bermutu dalam bentuk: <ul style="list-style-type: none"> - Layanan yang sesuai dengan kondisi disabilitas yang meliputi tentang promotif, preventif , kuratif dan rehabilitatif. - Pemerintah daerah menjamin ketersediaan tenaga, alat dan obat - Menjamin ketersediaan fasilitas Kesehatan di layanan Kesehatan pemerintah dan swasta. - Pendidikan Kesehatan reproduksi - Jaminan kesehatan

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Substansi	Penjelasan
Pokok-pokok yang diatur dalam regulasi dalam bidang kesehatan	<p>Jaminan Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian Asuransi kesejahteraan sosial • Pemberian kartu Indonesia sehat (KIS) • Penyediaan fasilitas yang aksesibel fasilitas publik <p>Perlindungan kesehatan sementara pada saat terjadi guncangan dan kerentanan sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Kesehatan • Penyediaan air bersih dan sanitasi <p>Penanggulangan bencana</p> <p>Aksesibilitas</p> <p>a. Aksesibilitas fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akses ke, dari dan di dalam bangunan • Pintu dan ram, tangga, lift yang aksesibel • Tempat parkir dan tempat naik turun penumpang • Toilet • Loket • Tempat minum • Tandatanda atau signage <p>b. Aksesibilitas nonfisik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi layanan kesehatan

Kabupaten Klaten

Pemerintah daerah Kabupaten Klaten menerbitkan Perda No. 29 Tahun 2018 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas. Perda di atasnya juga telah diterbitkan di tingkat provinsi Jawa Tengah melalui Perda No. 11 Tahun 2014 dengan konteks yang sama. Perda No. 11 Tahun 2014 ini dilaksanakan dengan dikeluarkannya peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 29 Tahun 2018. Tujuan dari Perda No. 29 Tahun 2018 selain untuk mengisi kekosongan regulasi di tingkat daerah mengenai penyandang disabilitas, juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan, kepedulian dan tanggung jawab Pemerintah daerah, dunia usaha dan masyarakat dalam perlindungan dan pemenuhan hak Penyandang disabilitas secara melembaga dan berkelanjutan. Sebagai pokok pembahasan mengenai akses terhadap layanan Kesehatan diperlihatkan dalam tabel di bawah ini:

Analisis regulasi Peraturan daerah Kabupaten Klaten tentang akses Kesehatan penyandang disabilitas

Substansi	Penjelasan
Nama regulasi	Perda Kabupaten Klaten No. 29 Tahun 2018 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas
Masalah yang ingin dipecahkan	Kurangnya pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas terutama pada akses layanan kesehatan
Tujuan yang ingin dicapai	<p>Pemenuhan hak penyandang disabilitas dalam mendapatkan layanan Kesehatan yang bermutu dalam bentuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Layanan Kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kondisi dan kebutuhan individu penyandang disabilitas dalam bentuk layanan Kesehatan dasar dan rujukan. - Pendidikan Kesehatan reproduksi terutama perempuan dengan disabilitas. - Menjamin ketersediaan fasilitas Kesehatan di layanan Kesehatan swasta. - Jaminan Kesehatan. - Pembentukan Unit Layanan disabilitas. - Pembentukan KP2HPD (Komite Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas) yang merupakan lembaga independen yang mempunyai kedudukan hukum dan melaksanakan fungsi pengkajian dan penelitian, penyuluhan, dan pemantauan dalam rangka perlindungan dan pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas di Daerah.
Aturan lebih detail	Belum ada

III. Hasil Studi Lapangan

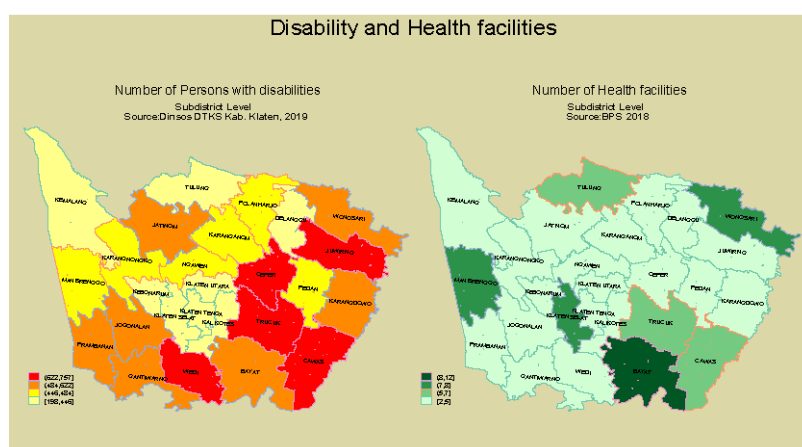
A. Kabupaten Klaten, Provinsi Jawa Tengah

Tabel 3. Profil wilayah Kabupaten Klaten

Indikator	Tahun	Angka/ Persentase	Sumber
Jumlah penduduk	2019	1.174.986 jiwa	Jumlah penduduk per Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah, BPS Klaten
Jumlah penyandang disabilitas	2019	11,9%	Susenas 2019, diolah
Luas wilayah	2015	655,6 km ²	Penyusunan RPI2JM Kabupaten Klaten, 2015
Jumlah kecamatan	2015	26 Kecamatan	Penyusunan RPI2JM Kabupaten Klaten, 2015
Jumlah fasilitas kesehatan Rumah Sakit; Puskesmas; Pustu	2018	11; 39; 73	Disdukcapil, 2018
Jumlah tenaga kesehatan	2018	2813	Disdukcapil, 2018

Kabupaten Klaten pada tahun 2019 memiliki jumlah penduduk berkisar 1 juta jiwa, sedangkan untuk penyandang disabilitas sendiri sebesar 11,9% dari keseluruhan penduduknya. Besarnya jumlah penduduk disabilitas berdasarkan data total membuat pemerintah daerah Kabupaten Klaten akan memberikan fokus kepada pendataan disabilitas secara detail. Selain itu, rendahnya jumlah tenaga kesehatan untuk Kabupaten Klaten juga menjadi permasalahan tersendiri jika dibandingkan total penduduk Kabupaten Klaten di mana terdapat sekitar 417 penduduk yang harus dilayani oleh tenaga kesehatan. Sedikitnya jumlah tenaga kesehatan tersebut juga diikuti oleh sedikitnya jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia di Klaten yang diharapkan dapat menampung seluruh penduduk jika terdapat permasalahan kesehatan.

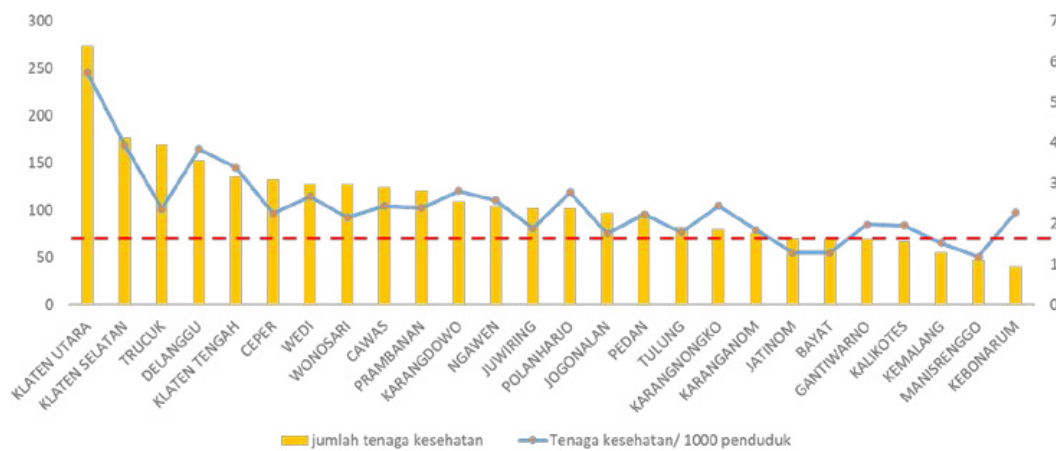
Selain persoalan jumlah dan fasilitas kesehatan yang kurang secara agregat di Klaten, sebaran jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan juga masih belum merata. Gambar di bawah ini menunjukkan sebaran jumlah fasilitas kesehatan dengan sebaran jumlah PWD yang ada di seluruh kecamatan di Klaten.



Sisi sebelah kanan gambar di atas menunjukkan jumlah fasilitas kesehatan di setiap kecamatan Kabupaten Klaten. Gradasi warna pada sisi kanan gambar menggambarkan tingkat banyaknya fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Semakin berwarna hijau gelap menunjukkan semakin banyak fasilitas kesehatan di wilayah itu. Ada 4 wilayah kecamatan di Klaten yang cukup banyak fasilitas kesehatannya yaitu di Kecamatan Bayat, Kecamatan Wonosari, Kecamatan Manisrenggo dan Kecamatan Klaten Selatan.

Sementara itu sisi kiri gambar di atas menunjukkan jumlah PWD di setiap kecamatan Kabupaten Klaten. Gradasi warna pada sisi sebelah kiri gambar menggambarkan tingkat kepadatan jumlah PWD di mana semakin berwarna merah maka semakin banyak jumlah PWD di kecamatan tersebut. Ada 5 kecamatan yang memiliki jumlah PWD cukup besar di Klaten yaitu Kecamatan Juwiring, Kecamatan Ceper, Kecamatan Trucuk, Kecamatan Cawas dan Kecamatan Wedi. Namun Jumlah PWD di wilayah tersebut tidak diimbangi dengan jumlah Faskes yang cukup. Gambar di atas menunjukkan beberapa kecamatan seperti di Juwiring, Wedi dan Ceper memiliki jumlah PWD yang cukup besar namun tidak diimbangi dengan Jumlah fasilitas kesehatan yang cukup pula. Jumlah Faskes yang sedikit ini berpotensi kepada menurunnya akses PWD dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Adapun jika harus menjangkau Faskes yang lebih jauh maka *disability extra cost* yang harus ditanggung oleh PWD menjadi semakin besar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Biaya tambahan yang kemungkinan timbul dalam kondisi tersebut adalah biaya transportasi dan logistik.

Selain persoalan sebaran fasilitas kesehatan, sebaran jumlah tenaga kesehatan (Nakes) juga menjadi persoalan di wilayah ini yang harus dipecahkan. Gambar di bawah ini menunjukkan sebaran dari rasio ketersediaan Nakes di seluruh kecamatan kabupaten Klaten.



Gambar di atas menunjukkan rasio jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk pada masing-masing kecamatan. Garis merah merupakan *benchmark* jumlah rasio Nakes dan jumlah penduduk yang menjadi target pembangunan di bidang kesehatan. Beberapa kecamatan di Klaten sudah memiliki ketercukupan jumlah tenaga kesehatan. Hal ini dilihat dari titik titik pada garis berwarna biru yang banyak di atas garis berwarna merah. Namun demikian ada beberapa kecamatan yang masih perlu menjadi perhatian yang rasio Nakesnya masih di bawah garis merah seperti pada Kecamatan Jatino, Kecamatan Bayat dan kecamatan Manisrenggo. Wilayah tersebut juga memiliki jumlah PWD yang cukup besar.

Regulasi penyandang disabilitas

1. Pada tahun 2018, Pemerintah daerah Kabupaten Klaten telah membuat suatu kebijakan terkait penyandang disabilitas yang baru sebagai pengganti Peraturan daerah sebelumnya yaitu No. 2 Tahun 2011. Munculnya Peraturan daerah ini karena adanya kekuatan dan dorongan dari komunitas penyandang disabilitas kabupaten Klaten. Selain itu, alasan lain munculnya peraturan ini adalah motivasi untuk dapat memenuhi seluruh kebutuhan penyandang disabilitas di Kabupaten Klaten.

2. Perda No. 29 Tahun 2018 merupakan sinkronisasi dari UU No. 8 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas. Beberapa ketentuan yang tidak ada di Perda sebelumnya sudah dimasukkan ke dalam Perda terbaru ini. Sebagai contoh di bidang kesehatan yang sudah memuat ketentuan tentang kewajiban pemerintah daerah dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi untuk perempuan penyandang disabilitas. Namun ada beberapa kewajiban pemerintah daerah yang belum termuat dalam Perda terbaru ini seperti yang diamanatkan dalam UU No. 8 Tahun 2016. Beberapa kewajiban tersebut adalah tentang kewajiban penyusunan rencana induk tentang disabilitas. Sayangnya Rencana Induk Penyandang Disabilitas (RIPD) di kabupaten Klaten hingga saat ini belum terbentuk. RIPD akan membantu Pemda dalam meningkatkan efektivitas prioritas program bagi penyandang disabilitas. RIPD juga akan memudahkan monitoring dan evaluasi jalannya program penyandang disabilitas.
3. Dampak belum adanya RIPD ini terlihat pada tidak maksimalnya pembentukan turunan regulasi dari Perda No. 29 Tahun 2018. Dari total 13 Perbup yang diamanahkan dalam Perda ini, baru 2 tang telah di rumuskan yaitu Perbup tentang Layanan Publik yang Aksesibel bagi disabilitas dan Perbup pembentukan Komite Disabilitas.
4. Perbedaan lain yang timbul pada Peraturan daerah ini adalah besarnya peluang partisipasi masyarakat khususnya partisipasi masyarakat kelompok disabilitas dalam menjalankan kebijakan yang telah dibentuk. Seperti halnya monitoring dan evaluasi, andil terbesar untuk pelaksanaan Monev tersebut saat ini berada ditangan masyarakat (kelompok PPDK). Monev dapat dilakukan oleh PPDK karena sebagian besar kegiatan yang berkaitan dengan penyandang disabilitas dan menjadi turunan dari peraturan daerah berada di bawah/dikoordinasi oleh PPDK. Selain itu, alasan di balik keputusan ini adalah kelompok disabilitas lebih mengetahui kebutuhan yang dimiliki oleh kelompoknya dan apa saja kekurangan yang masih belum tertera pada peraturan daerah, sehingga peran terbesar monitoring dan evaluasi berada di kelompok tersebut. Namun, Peraturan daerah ini masih belum mengatur mengenai sanksi bagi individu/kelompok/Lembaga yang tidak menjalankan. Salah satunya adalah Faskes ataupun tempat umum di Kabupaten Klaten.
5. Mengacu kepada besarnya peran PPDK, frekuensi komunikasi antar PPDK dan OPD khususnya dinas sosial cukup intensif. Dinas sosial menyatakan bahwa pada kegiatan formal, PPDK dan Dinsos akan bertemu dalam rentang waktu 3 bulan, sedangkan untuk informal bisa mencapai 3 hingga 4 kali dalam 1 bulan.
6. Fokus pemerintah daerah Kabupaten Klaten terhadap penyandang disabilitas masih belum lama terbangun. Seperti halnya Dinas Kesehatan, OPD tersebut baru memegang tanggung jawab terkait kelompok disabilitas pada tahun 2017. Pengenalan tersebut dilakukan dengan adanya pemberdayaan kader untuk melayani kelompok disabilitas. Setelah mendapatkan pelatihan yang dibutuhkan, Dinas Kesehatan juga diajak untuk berpartisipasi dalam Rapat Peraturan Daerah bersama dengan PPDK.
7. Mengenai pembentukan anggaran, rencana anggaran untuk kelompok disabilitas didiskusikan oleh Dinas Kesehatan bersama PPDK dalam diskusi informal. Pembahasan yang dilakukan pada kegiatan tersebut adalah penggalan kebutuhan PPDK untuk 1 tahun ke depan. Umumnya, pihak PPDK mengajukan sosialisasi atau seminar mengenai hal-hal terkait kesehatan yang masih jarang diketahui seperti pembahasan kesehatan reproduksi, pengidentifikasian hipertensi, ataupun 'matur dokter' yang didefinisikan sebagai menjemput bola jika terdapat kebutuhan mendesak oleh penyandang disabilitas.

Pendataan penyandang disabilitas

1. Pendataan penyandang disabilitas saat ini telah menggunakan data yang tercatat oleh Dinas Sosial. Proses pengumpulan data adalah pengumpulan data umum seperti pencatatan keberadaan anggota rumah tangga. Namun, proses pengumpulan data berbeda jika terdapat hal spesifik yang ingin diketahui seperti jumlah penyandang disabilitas berat ataupun perlindungan sosial. Jika kasus seperti yang disebutkan sebelumnya, maka pemerintah daerah akan bekerja sama dengan TKSK untuk meminta bantuan pencatatan di setiap desa ataupun kecamatan. Hal ini juga dilakukan dengan koordinasi kepada pejabat daerah.
2. Meski disebut sebagai pencatatan umum, namun Pemerintah daerah Kabupaten Klaten masih melakukan pencatatan penyandang disabilitas berdasarkan adanya kegiatan seperti kegiatan pencatatan perlindungan sosial, korban bencana, dan lain-lain. Hal ini menjadikan data yang dimiliki oleh daerah tidak sepenuhnya lengkap dan *real time*.
3. Selain pendataan melalui TKSK, pendataan juga dilakukan oleh kader PKH. Kader PKH tidak memiliki pengetahuan yang cukup terkait dengan kesehatan di desa, oleh karena itu Dinas Kesehatan memberikan pelatihan untuk dapat mengidentifikasi penyandang disabilitas ataupun orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Saat ini, terdapat 1 bidan dan 1 perawat untuk sebagian besar desa di Kabupaten Klaten. Bidan dan perawat tersebut sering berinteraksi dengan kader-kader desa untuk melihat kondisi di tiap desa. Setelah bidan dan perawat mendapatkan informasi mengenai pendataan, lalu mereka mengirimkan data tersebut ke puskesmas dan diteruskan ke Dinas Sosial. Namun, hingga saat ini pendataan tersebut hanya berlaku untuk penyandang disabilitas ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa).
4. Validasi jumlah penyandang disabilitas pernah dilakukan oleh PPDK dengan cakupan pada 2 kecamatan yaitu kecamatan Manisrenggo dan kecamatan Kemalang. Temuan dari PPDK menyebutkan bahwa ada potensi jumlah penyandang disabilitas melebihi dari jumlah penyandang disabilitas yang ada pada dinas sosial Klaten hingga 2 kali lipatnya.

Jaminan kesehatan dan hak-hak penyandang disabilitas

1. Data penyandang disabilitas yang saat ini dimiliki oleh Pemerintah daerah Kabupaten Klaten hanya mencakup individu yang masuk ke dalam kelompok BDT. BDT merupakan program pencatatan penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan 40%. Dari 40% pendataan tersebut, OPD Kabupaten Klaten masih belum dapat memberikan angka seberapa besar penyandang disabilitas yang telah atau belum memiliki jaminan kesehatan.
2. Tidak adanya data tersebut, menurut Dinas Kesehatan merupakan masalah yang cukup serius. Oleh karena itu, Dinas kesehatan memiliki rencana untuk membuat *database* dengan mengarahkan puskesmas membuat laporan terkait data masyarakat yang memiliki disabilitas. Setelah data awal diterima, maka selanjutnya pihak Puskesmas akan melakukan survei untuk menanyakan apakah telah memiliki jaminan kesehatan atau tidak.
3. Hingga saat ini Pemerintah daerah Kabupaten Klaten masih memiliki penyandang disabilitas yang belum memiliki jaminan kesehatan, salah satu permasalahan tersebut muncul karena data penyandang disabilitas yang kurang baik sehingga tidak tercatat mana saja individu yang belum memiliki jaminan kesehatan. Sementara itu, bagi penyandang disabilitas yang ingin mendapatkan

pelayanan dan belum memiliki Jamkes, maka individu tersebut tetap harus membayar sesuai biaya yang berlaku. Namun, pada pelayanan kesehatan Posbindu, terdapat beberapa desa yang menggratiskan pelayanan tersebut.

4. Selain jaminan kesehatan, terdapat beberapa program-program yang tersedia di Kabupaten Klaten:
 - a. Keluarga anak dengan disabilitas: Program ini memberikan sosialisasi bagi keluarga yang memiliki anak penyandang disabilitas terkait bagaimana mengurus anak tersebut secara baik dan maksimal.
 - b. Program pada PPDK
 - Program yang diketuai oleh PPDK ini berisi pelatihan-pelatihan untuk pemberdayaan kelompok disabilitas seperti pemasaran melalui situs online
 - Program PPDK dan NGO bekerjasama untuk fokus pada anak dan perlindungan perempuan

Program tersebut dibentuk/diinisiasi oleh PPDK yang didiskusikan bersama dengan OPD terkait. Saat ini, pada catatan PPDK, terdapat 12 ribu penyandang disabilitas di Kabupaten Klaten, namun anggaran yang diberikan hanya sebesar 150 juta untuk 1 tahunnya.

5. Berfokus kepada anggaran, penyandang disabilitas berat di Kabupaten Klaten diberikan bantuan sebesar 1,8 juta per tahun yang berasal dari bantuan daerah. Bantuan ini dibentuk sebagai implementasi dari perlindungan sosial bagi kelompok disabilitas. Selain bantuan tunai, penyandang disabilitas juga dimungkinkan untuk mendapat bantuan alat bantu yang sesuai dengan jenis disabilitasnya. Namun, besaran bantuan tersebut masih belum memiliki dasar sehingga dianggap belum mencukupi kebutuhan kehidupan penyandang disabilitas. Selain itu, bantuan alat bantu bagi penyandang disabilitas juga belum didapatkan oleh setiap disabilitas.
6. Dalam waktu dekat ini, terdapat rencana pembangunan Gedung Inklusi Center di Karanganyar. Pembangunan ini menggunakan anggaran APBD Pemerintah daerah Kabupaten Klaten. Tujuan dari Gedung ini adalah untuk untuk mewadahi disabilitas untuk berkumpul, diskusi, dan lain-lain. Rencana ini merupakan inisiasi dari PPDK, Dinas Sosial dan Bappeda. Hal ini dinilai dibutuhkan oleh kelompok disabilitas karena saat ini PPDK dan penyandang disabilitas lainnya melakukan kumpul dan diskusi hanya saat kantor pemerintah diliburkan (tanggal merah atau akhir pekan).

Pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas

1. Saat ini Dinas Kesehatan sebagai koordinator sedang berfokus kepada pengembangan layanan khusus penyandang disabilitas difasilitas kesehatan rumah sakit dan puskesmas. Hal ini dilakukan dengan tujuan memudahkan akses bagi penyandang disabilitas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhannya di mana pun mereka berada. Selain itu, acuan dari Dinas Kesehatan adalah kepemilikan Akreditasi, di mana rumah sakit/Puskesmas yang telah memiliki akreditasi sudah pasti memiliki akses yang mudah bagi penyandang disabilitas untuk mendapat pelayanan kesehatan.
2. Permasalahan terkait akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas terjadi di Kabupaten Klaten. Beberapa contohnya adalah

- a. Meja untuk pendaftaran yang mejanya jauh lebih tinggi dibandingkan tinggi badan masyarakat.
 - b. Jika terdapat pelayanan yang tidak dimiliki oleh Puskesmas, maka individu tersebut ditolak oleh puskesmas dan harus dirujuk ke rumah sakit. Permasalahan timbul dengan jumlah rumah sakit yang jauh lebih sedikit dibandingkan puskesmas.
 - c. Selain itu masih ditemukan kendala pada saat penyandang disabilitas (tuna daksa) akan masuk ke puskesmas di mana lereng jalanan yang terlalu curam.
3. Meski telah memiliki perencanaan yang baik, ternyata kolaborasi antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas baru dilakukan pada tahun 2020. Dinas Kesehatan belum sepenuhnya mengarahkan Puskesmas untuk fokus dalam pentingnya akses penyandang disabilitas. Atas diskusi Dinas Kesehatan dengan Puskesmas tersebut, terdapat juga kegiatan sosialisasi dari Dinas Kesehatan kepada Puskesmas terkait apa saja akses yang dapat memudahkan penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan. Terdapat beberapa hal utama seperti
- a. Kepemilikan pegangan di kamar mandi
 - b. Kamar mandi khusus penyandang disabilitas
4. Pada perencanaan BOK (anggaran untuk operasional Puskesmas), terdapat program Posyandu Jiwa yang dibentuk oleh Puskesmas untuk menindaklanjuti kegelisahan pada penyandang disabilitas gangguan jiwa. Posyandu Jiwa dilaksanakan 1 kali setiap bulan. Awalnya, Puskesmas tidak mengetahui pentingnya Posyandu Jiwa, namun Dinas Kesehatan memberikan sosialisasi terkait hal tersebut dan jika Puskesmas menyetujui, maka Dinas Kesehatan akan memberikan pelatihan kepada Puskesmas. Selain tujuan yang telah disebutkan sebelumnya, Posyandu Jiwa juga diadakan untuk meminimalisasi *transportation cost* artinya akan mengurangi biaya kunjungan ke rumah penyandang disabilitas. Berikut beberapa pelayanan yang diberikan:
- a. Cek fisik dasar secara keseluruhan.
 - b. Psikotes dasar untuk menilai apakah disabilitas tersebut sedang dalam kondisi yang stabil atau tidak.
 - c. Terapi okupasi. Yang dimaksud dengan terapi okupasi adalah memberikan terapi 1 keterampilan, seperti halnya membuat telur asin yang sudah dijual keluar daerah ataupun bermain musik.
 - d. Pemberian obat yang melanjutkan terapi dari rumah sakit jika belum sempat ke rumah sakit.
 - e. Mempertemukan kelompok disabilitas dengan kelompok lain.
- Besaran kehadiran penyandang disabilitas ke Posyandu Jiwa adalah 90% setiap bulannya dari total penyandang disabilitas yang berkunjung ke posyandu. Ketertarikan yang besar dari masyarakat membuat Dinas Kesehatan dan Puskesmas membentuk Desa Siaga Sehat Jiwa pada tahun 2019.
5. Posyandu dan Puskesmas di tingkat desa sudah berkolaborasi dengan pemerintah desa untuk membantu penanganan PWD terutama bagi ODGJ melalui intervensi Dana desa dalam hal kegiatan identifikasi dan mitigasi ODGJ. Tindak lanjut secara kelembagaan dari kegiatan ini adalah dengan membentuk posyandu Jiwa di wilayah yang paling banyak penderita ODGJ.

Pandemi dan disabilitas

1. Pada peristiwa pandemik ini, terdapat SOP yang diberikan oleh Gugus Tugas Bidang Kesehatan kepada Puskesmas yang berada di Kabupaten Klaten. Namun, SOP tersebut bersifat umum sehingga tidak ada kekhususan bagi penyandang disabilitas.
2. Pandemi Covid 19 berdampak kepada tutupnya beberapa layanan kesehatan (Pustu, Posyandu dan Posbindu) antara Maret hingga Juli 2020. Pilihan layanan kesehatan bagi PWD kemudian dialihkan kepada *home visit* terutama bagi penderita ODGJ. Hal tersebut berdampak terhadap jumlah kunjungan layanan kesehatan yang dibatasi dan layanan tersebut tidak maksimal ke jenis disabilitas lainnya karena berfokus pada ODGJ.
3. Terkait dengan layanan, tidak ada perubahan besar pada pelayanan di rumah sakit dan puskesmas, hanya pada pelayanan Posyandu dan Posbindu yang menggunakan Protokol kesehatan dan jadwalnya juga ditentukan secara berkala. Namun, jumlah individu yang mendatangi rumah sakit/puskesmas berkurang dari biasanya karena ketakutan masyarakat terhadap penularan pandemik yang berpeluang cukup besar. Individu yang datang ke Fasilitas Kesehatan sebagian besar merupakan individu yang memang harus mendapat pelayanan secara cepat dan memadai.

B. Kabupaten Wajo, Provinsi Sulawesi Selatan

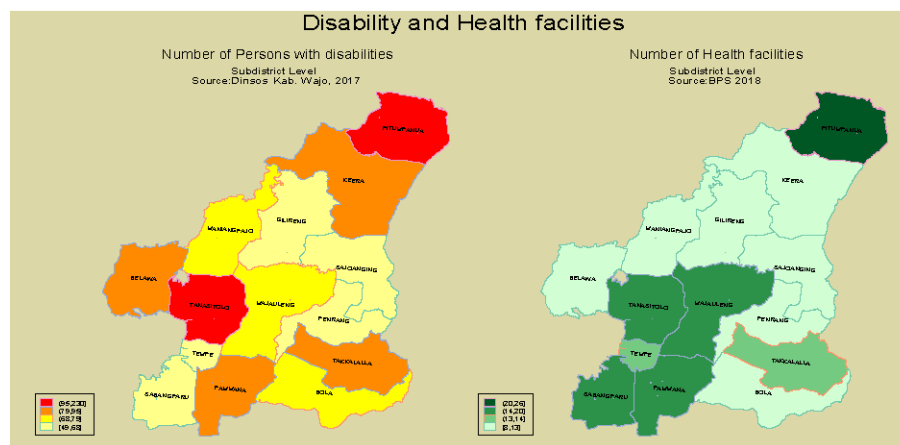
Tabel 4. Profil wilayah Kabupaten Wajo

Indikator	Tahun	Angka/ Persentase	Sumber
Jumlah penduduk	2019	397.814 jiwa	Jumlah penduduk dalam satuan jiwa Kabupaten Wajo 2018-2020, BPS Wajo
Jumlah penyandang disabilitas	2019	17,8%	Susenas 2019, diolah
Luas wilayah	2015	2506,9 km ²	Penyusunan RPI2JM Kabupaten Wajo, 2015
Jumlah kecamatan	2018	14	Disdukcapil, 2018
Jumlah fasilitas kesehatan Rumah Sakit; Puskesmas; Pustu	2018	3; 23; 55	Disdukcapil, 2018
Jumlah tenaga kesehatan	2018	535	Disdukcapil, 2018

Kabupaten Wajo pada tahun 2019 memiliki jumlah penduduk berkisar 397 ribu jiwa, sedangkan untuk penyandang disabilitas sendiri sebesar 17,8% dari keseluruhan penduduknya. Besarnya jumlah penduduk disabilitas berdasarkan data total membuat pemerintah daerah Kabupaten Wajo akan membuat suatu sistem pendataan baru untuk penduduknya khususnya kelompok disabilitas secara detail. Selain itu, rendahnya jumlah tenaga kesehatan untuk Kabupaten Wajo juga menjadi permasalahan tersendiri jika dibandingkan total penduduk Kabupaten Wajo di mana terdapat sekitar 753 penduduk yang harus dilayani untuk 1 tenaga kesehatan. Sedikitnya jumlah tenaga kesehatan tersebut juga diikuti oleh sedikitnya jumlah fasilitas kesehatan yang tersedia di Wajo yang diharapkan dapat menampung seluruh penduduk jika terdapat permasalahan kesehatan. Seperti Puskesmas Pembantu yang harus menampung sekitar 7232 untuk setiap 1 Puskemas Pembantu dengan konsekuensi kondisi infrastruktur yang tidak memadai.

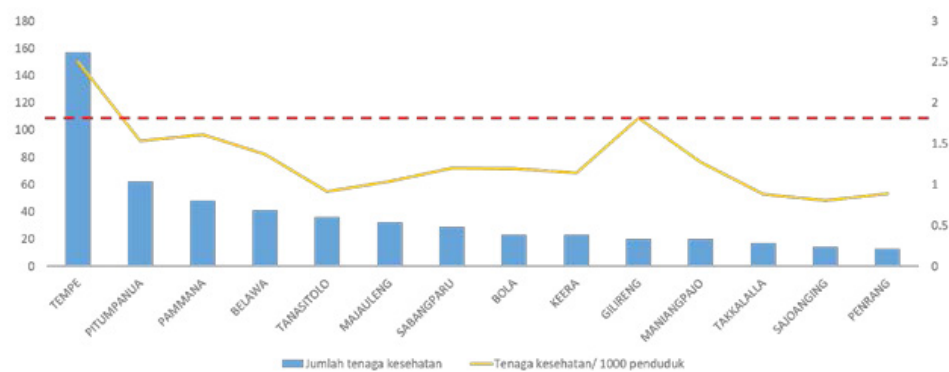
Selain persoalan jumlah dan fasilitas kesehatan yang kurang secara agregat di Kabupaten Wajo, sebaran jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan juga masih belum merata. Gambar di bawah ini menunjukkan sebaran jumlah fasilitas kesehatan dan jumlah PWD yang ada di seluruh kecamatan di Kabupaten Wajo.

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan



Sisi sebelah kanan gambar di atas menunjukkan jumlah fasilitas kesehatan di setiap kecamatan Kabupaten Wajo. Gradasi warna pada sisi kanan gambar menggambarkan tingkat banyaknya fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Semakin berwarna hijau gelap menunjukkan semakin banyak fasilitas kesehatan di wilayah itu. Gambar di atas menunjukkan bahwa hanya kecamatan Pitumpanua yang memiliki jumlah Faskes cukup banyak. Sementara sebagian besarnya lagi tidak memiliki jumlah Faskes yang cukup (berwarna hijau terang).

Masih pada gambar di atas, sisi sebelah kiri gambar menunjukkan jumlah PWD di setiap kecamatan Kabupaten Wajo. Gradasi warna pada sisi sebelah kiri gambar menggambarkan tingkat kepadatan jumlah PWD di mana semakin berwarna merah maka semakin banyak jumlah PWD di kecamatan tersebut. Ada 2 kecamatan yang memiliki jumlah PWD paling besar di Wajo yaitu Kecamatan Pitumpanua dan Kecamatan Tanasitolu. Jumlah PWD di wilayah tersebut sudah memiliki jumlah Faskes yang cukup, meski belum tentu memenuhi kaidah inklusivitas dalam pelayanannya. Namun terdapat beberapa wilayah yang memiliki jumlah PWD relatif cukup besar yang tidak diimbangi dengan Jumlah fasilitas kesehatan yang cukup. Wilayah tersebut adalah kecamatan Keera dan Kecamatan Belawa.



Selain persoalan sebaran fasilitas kesehatan, sebaran jumlah tenaga kesehatan (Nakes) juga menjadi persoalan di wilayah ini yang harus dipecahkan. Gambar di atas menunjukkan bahwa sebagian besar kecamatan di Wajo tidak memiliki kecukupan tenaga kesehatan. Hal ini dilihat dari titik titik pada garis berwarna kuning yang banyak di bawah garis berwarna merah. Hanya kecamatan Tempe yang memiliki rasio tenaga kesehatan cukup baik. Hal ini tentunya perlu menjadi perhatian serius bagi pemerintah daerah Kabupaten Wajo karena ada 5 kecamatan dengan jumlah PWD yang cukup tinggi dengan jumlah Nakes yang tidak banyak. Jumlah tenaga kesehatan yang sedikit akan berpengaruh kepada prioritas pelayanan kesehatan bagi PWD.

Regulasi penyandang disabilitas

1. Pemerintah Kabupaten Wajo telah memiliki peraturan daerah terkait disabilitas. Peraturan daerah No.13 Tahun 2018 ini memiliki fokus kepada disabilitas dan perlindungan bagi penyandang disabilitas. Dasar pembuatan Perda ini berasal dari UU No. 8 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas yang berasal dari pusat. Selain itu, pembuatan Perda juga terjadi karena kebutuhan untuk meningkatkan hak-hak penyandang disabilitas melalui analisis naskah-naskah akademik.
2. Terdapat beberapa OPD yang ikut andil dalam membuat peraturan daerah tentang disabilitas di Kabupaten Wajo bersama Bappelitbangda seperti Dinas Sosial, Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Dinas Ketenagakerjaan, dan beberapa OPD lain yang memiliki kaitan dengan kelompok disabilitas. Namun, pada pembuatan peraturan daerah tersebut Kabupaten Wajo masih belum mengikutsertakan kelompok penyandang disabilitas itu sendiri. Hal ini terjadi karena tidak adanya paguyuban atau kelompok yang menjadi wakil dari penyandang disabilitas Kabupaten Wajo. Saat ini, sudah ada beberapa kelompok disabilitas non-formal di Kabupaten Wajo yang mewakili masing-masing jenis disabilitas yang ada, namun tidak adanya kelompok/paguyuban yang mewadahi seluruh kelompok disabilitas berasal dari berbagai jenis disabilitas membuat kontribusi penyandang disabilitas tidak terfokus dan maksimal.
3. Saat ini, Kabupaten Wajo memiliki fokus kebijakan penyandang disabilitas kepada disabilitas berjenis Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Fokus ini terbentuk dari arahan Kementerian Kesehatan pusat (Peraturan Menteri Kesehatan No.4 Tahun 2019) yang menyatakan bahwa kelompok disabilitas ODGJ butuh untuk diperhatikan. Pada Kabupaten Wajo, inisiasi program untuk ODGJ terdapat di Desa Kera dan akan diadaptasikan kepada desa-desa lainnya.
4. Hingga saat ini, terdapat beberapa kegiatan pro-disabilitas yang dibentuk oleh Pemerintah Daerah berasal dari Alokasi Dana Desa seperti pengecekan rutin kesehatan disabilitas dan lain-lain. Namun, anggaran tersebut jauh lebih kecil dibandingkan dengan anggaran untuk ODGJ karena fokus yang berbeda. Menurut Bappelitbangda dan Dinas Sosial Kabupaten Wajo, ODGJ menjadi salah satu jenis penyandang disabilitas yang penting untuk diperhatikan, namun masih terdapat jenis disabilitas lain yang juga membutuhkan fokus khususnya anggaran.

Pendataan penyandang disabilitas

1. Data penyandang disabilitas Kabupaten Wajo menurut Dinas Sosial Kabupaten Wajo berkisar 2200 orang. Pendataan tersebut diperoleh melalui sinergi antara TKSK tingkat kecamatan dan pekerja PKH tingkat desa. Jumlah disabilitas tersebut berbeda jauh dengan hasil analisis menggunakan data SUSENAS 2019. Menurutnya, hal ini dimungkinkan terjadi karena permasalahan identifikasi disabilitas yang dilakukan oleh TKSK dan PKH tidak maksimal akibat kurangnya kemampuan dalam mengidentifikasi penyandang disabilitas ataupun jenisnya. Selain itu, sebagian besar rumah tangga juga masih menyembunyikan keberadaan anggota rumah tangga disabilitas.
2. Mekanisme sinergi TKSK dan PKH adalah mengumpulkan data masing-masing sesuai dengan tanggung jawab pekerjaan awal, lalu data yang sudah dikumpulkan akan dibahas pada tingkat desa dan kelurahan serta direkap pada tingkat kecamatan. Setelah perhitungan telah terkumpul untuk tiap Kecamatan, maka data tersebut akan diserahkan kepada Kabupaten.

3. Kabupaten Wajo juga membuka peluang untuk adanya pendataan secara mandiri³ dari keluarga untuk mendapatkan hak-hak yang seharusnya didapatkan oleh kelompok penyandang disabilitas. Secara umum, tingkat kesadaran masyarakat sudah muncul yang salah satunya disebabkan oleh sosialisasi rutin dari TKSK.

Jaminan kesehatan dan jaminan hidup penyandang disabilitas

1. Dinas Sosial Kabupaten Wajo menyebutkan bahwa tingkat penyandang disabilitas yang belum memiliki jaminan kesehatan masih sangat tinggi (Susenas, 2019). Hal ini diindikasikan terjadi karena beberapa hal seperti: (1) rendahnya tingkat kesadaran untuk melaporkan anggota rumah tangga yang disabilitas sehingga tidak diketahui apakah kepemilikan tersebut untuk penyandang disabilitas atau non-disabilitas; (2) Tidak memahami prosedur pendaftaran terkait jaminan kesehatan. Hal ini terbukti saat adanya fasilitasi dari pemerintah, mereka tidak memahami prosedur yang harus dijalankan.
2. Dalam mengatasi kekurangan tersebut, Pemerintah Daerah melalui OPD terkait masih belum memiliki program khusus seperti sosialisasi ataupun turun langsung (sistem jemput bola). Namun, koordinasi dengan TKSK dan PKH dapat menjadi salah satu cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepemilikan jaminan kesehatan.
3. Kabupaten Wajo memiliki beberapa program terkait peraturan daerah mengenai perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas:
 - a. Jaminan hidup: Jaminan hidup merupakan program yang dikhususkan bagi disabilitas Kusta. Besaran anggaran ini adalah Rp 88.800.000,00 untuk 44 orang penderita di Kabupaten Wajo. Manfaat dari program ini adalah pemberian bahan sembako dan bahan makanan lainnya seperti beras, ikan kaleng, dan lauk untuk tiap penerima manfaat. Di Kabupaten Wajo, program Jaminan hidup dilaksanakan oleh Dinas Sosial di Lingkungan Pondok Sosial Kecamatan Tanah Sitolo.
 - b. Orang Dengan Kecacatan Berat: program lain adalah ODKB di mana 32 penerima manfaat menerima bantuan langsung tunai 200 ribu untuk tiap bulannya.
 - c. Program Lanjut Usia: Program ini diperuntukkan khusus penduduk yang sudah lanjut usia, manfaa dari program ini adalah 150 ribu per-bulan untuk 18 orang penerima manfaat.
4. Anggaran yang diberikan oleh APBD Kabupaten Wajo tahun 2019 khusus penyandang disabilitas sebesar 190 juta. Hal ini sudah termasuk dengan program-program yang diberikan untuk penyandang disabilitas, program terkait kesehatan disabilitas, dan program lainnya.

Pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas

1. Mengenai tenaga kesehatan, hingga saat ini tenaga kesehatan yang ahli/spesialis pada bidang kejiwaan di Kabupaten Wajo masih belum tersedia. Untuk memenuhi kebutuhan para pasien, Pemerintah Daerah Kabupaten Wajo mendatangkan ahli/spesialis kejiwaan yang berasal dari Kabupaten Borne. Untuk tenaga kesehatan disabilitas lain seperti penglihatan dan pendengaran, Kabupaten Wajo telah memilikinya meski jumlahnya belum mencukupi.

³ Yang dimaksud dengan pendataan mandiri adalah penyandang disabilitas atau keluarganya melapor ke OPD terkait

2. Mengenai fasilitas kesehatan, sebagian Puskesmas ataupun Rumah Sakit di Kabupaten Wajo telah menyediakan kursi roda untuk kebutuhan disabilitas kesulitan berjalan. Namun, ketersediaan sarana penyandang disabilitas jenis lainnya seperti alat bantu dengar dan materi bacaan brailer masih belum disediakan oleh Fasilitas kesehatan.
3. Menurut dinkes, hingga saat ini di fasilitas kesehatan belum ada terkait pemisahan disabilitas dan non disabilitas karena memang tujuan inklusivitas bukan eksklusif, tapi untuk fasilitas kesehatan/ akses sudah ada peningkatan pelayanan Kesehatan bagi disabilitas seperti infrastruktur ramah disabilitas (toilet disabilitas, ruang tunggu disabilitas dan lain-lain), pun demikian dengan rumah sakit.
4. Saat ini, pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas masih berbayar jika mereka tidak memiliki Jaminan kesehatan. Namun hal tersebut tidak berlaku untuk ODGJ. Kabupaten Wajo mengupayakan untuk setiap masyarakat yang menderita ODGJ dan membutuhkan pelayanan kesehatan dapat mendapatkannya secara gratis. Terdapat 2 hal yang dilakukan yaitu:
 - a. Pengarahan dari Pemerintah Daerah untuk kelompok ODGJ agar tercatat sebagai Penerima Bantuan Iuran
 - b. Bantuan Pemerintah Daerah melalui dana talangan dari Kabupaten Wajo. Dana ini dapat digunakan oleh kelompok ODGJ jika mereka memiliki bukti SKTM

Selain itu, jika terdapat pasien ODGJ yang tidak memiliki jaminan kesehatan dan sedang menunggu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, maka mereka akan diberikan surat bahwa individu tersebut merupakan pasien ODGJ sehingga dapat pelayanan gratis saat datang ke fasilitas kesehatan lain waktu.

Pandemi dan disabilitas

1. Dalam pembahasan terkait pandemic COVID-19, Dinas Sosial pun beberapa dinas lain menyatakan belum memberikan kebijakan khusus di daerahnya terutama bagi penyandang disabilitas, pun demikian dengan arahan dari provinsi. Namun terdapat perbedaan anggaran yang dikeluarkan/ dibutuhkan saat pandemik terutama untuk kebutuhan anggaran protokol kesehatan sesuai arahan Pemerintah Pusat.
2. Hingga saat ini, Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Daerah juga belum memiliki rencana ke depan terkait pandemi secara umum dan disabilitas secara khusus. Hal ini terjadi karena daerah tidak memiliki kesiapan dan pengalaman untuk menanggulangi permasalahan pandemik. Salah satu contoh dampak buruk dari ketidaksiapan ini adalah tutupnya sebagian besar Puskesmas di Kabupaten Wajo selama 1-2 minggu saat pandemi melanda.
3. Meski tidak memiliki kebijakan khusus yang membahas disabilitas dalam masa pandemik, Bappelitbangda telah menyatakan bahwa Kabupaten Wajo telah membuat sebaran informasi yang memuat informasi protokol kesehatan bagi kelompok rentan adalah hal yang wajib karena kelompok rentan memiliki peluang lebih besar untuk terkena COVID-19. Hal ini dilakukan untuk meminimalisasi terjadinya penularan bagi kelompok rentan.
4. Secara umum, terjadi alokasi yang cukup besar pada anggaran Pemerintah Daerah Kabupaten Wajo. Terdapat 43 Miliar pengalokasian dari beberapa sektor yang digunakan untuk kesehatan masyarakat. Namun, pengalokasian tersebut tidak memiliki prioritas bagi kelompok disabilitas di mana biaya pemerintah untuk pemenuhan akomodasi yang layak dan inklusif lebih tinggi dibandingkan non-disabilitas.

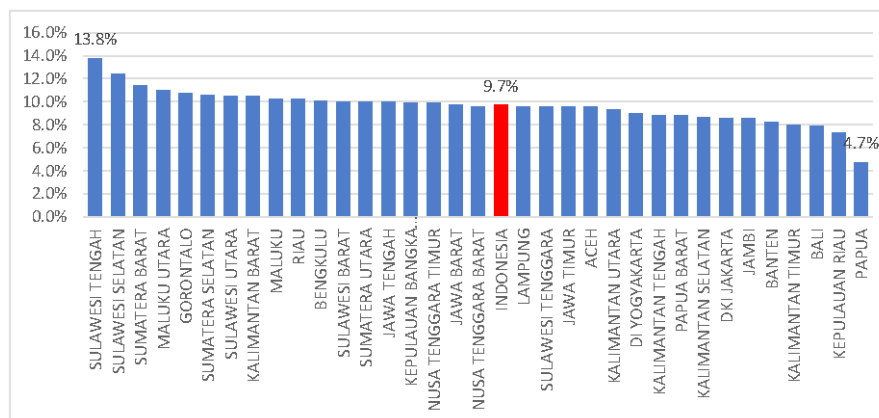
C. Analisis Data Sekunder: Kondisi akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia

Metode penelitian yang digunakan pada studi ini adalah analisis data sekunder metode deskriptif. Secara umum, tujuan dari analisis data sekunder deskriptif untuk melihat kondisi penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan di Indonesia. Menggunakan data Susenas tahun 2019, terdapat beberapa contoh indikator yang akan disampaikan dan berkaitan dengan penyandang disabilitas seperti jumlah atau persentase penyandang disabilitas di Indonesia, persentase penyandang disabilitas yang telah memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan melalui jaminan kesehatan, pemanfaatan jaminan kesehatan yang telah dimiliki, hingga jenis-jenis hambatan yang dimiliki oleh penyandang disabilitas dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Seperti yang telah disampaikan sebelumnya, pada tahun 2015, Indonesia memiliki jumlah penyandang disabilitas mencapai yaitu 21,5 Juta jiwa atau 8,56% dibandingkan keseluruhan populasi (SUPAS, 2015). Jumlah tersebut setiap tahun meningkat hingga pada tahun 2019, menggunakan data Susenas, jumlah penyandang disabilitas di Indonesia mencapai 25 juta jiwa atau setara dengan 9,7% dari total penduduk di Indonesia.

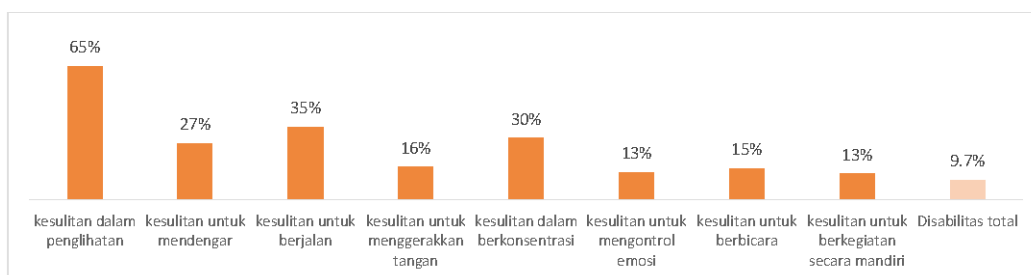
Grafik 2 menunjukkan persentase penyandang disabilitas berdasarkan provinsi asal tahun 2019, dapat dilihat bahwa provinsi yang memiliki persentase penyandang disabilitas terbanyak adalah Provinsi Sulawesi Tengah yang mencapai 13,8% dari penduduk total. Sementara itu, Provinsi yang memiliki persentase penyandang disabilitas terkecil adalah Provinsi Papua dengan persentase 4,7%.

Grafik 2 Persentase penyandang disabilitas berdasarkan provinsi asal tahun 2019



Sumber: Susenas 2019, diolah.

Grafik 3 Persentase penyandang disabilitas di Indonesia berdasarkan jenis disabilitas

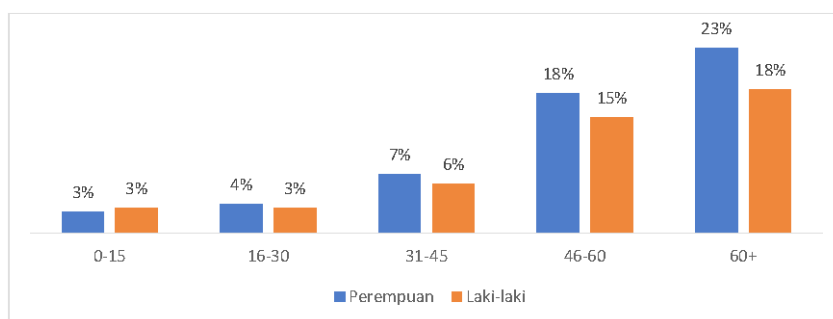


Sumber: Susenas 2019, diolah.

Selain besaran persentase disabilitas berdasarkan Provinsi, grafik 3 mencoba menganalisis lebih detail terkait jenis penyandang disabilitas. Berdasarkan data Susenas, terdapat 8 ragam disabilitas pada penduduk Indonesia dan tidak menutup kemungkinan bahwa 1 individu dapat memiliki 2 jenis disabilitas yang berbeda. Dapat dilihat bahwa penyandang disabilitas terbanyak adalah disabilitas dalam penglihatan sebesar 65%, diikuti oleh kesulitan dalam berjalan dan kesulitan dalam berkonsentrasi yang masing-masing sebesar 35% dan 30%. Hal ini menunjukkan bahwa disabilitas fisik masih menjadi angka terbesar penyandang disabilitas di Indonesia.

Selain itu, Grafik 4 selanjutnya merupakan besaran persentase penyandang disabilitas yang ditunjukkan berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin. Pada 5 golongan umur yang dibentuk, jumlah penyandang disabilitas berjenis kelamin laki-laki selalu lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa kelompok perempuan, selain lebih rentan karena stigma berdasarkan gender, kelompok perempuan juga meningkatkan kerentanannya jika mereka termasuk ke dalam kelompok penyandang disabilitas. Masih dalam grafik yang sama, persentase terbesar dari penyandang disabilitas berada pada umur lebih dari 45 dengan total persentase 33% untuk usia 46 sampai 60 dan 41% untuk usia di atas 60. Dari persentase tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa sebagian besar kelompok disabilitas membutuhkan perlindungan sosial yang selain karena disabilitasnya juga bantuan dalam hal lainnya yang berkaitan dengan umur yang rentan.

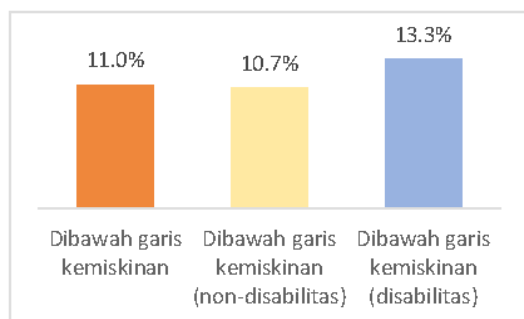
Grafik 4 Persentase penyandang disabilitas Indonesia berdasarkan golongan umur dan jenis kelamin



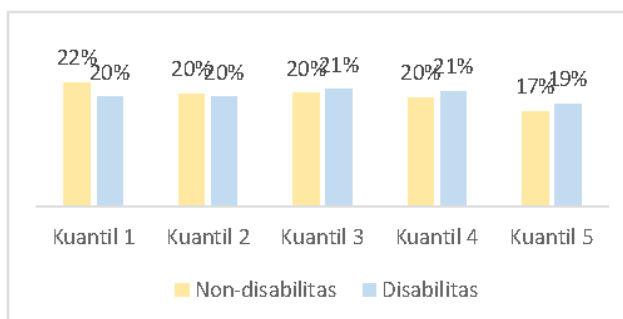
Sumber: Susenas 2019, diolah.

Setelah melihat karakteristik dari penyandang disabilitas berdasarkan jenis disabilitas, umur, dan jenis kelamin, grafik selanjutnya merupakan penggambaran kondisi ekonomi kelompok disabilitas di Indonesia. Pada grafik 5, ditunjukkan bahwa kelompok disabilitas memiliki persentase penduduk

Grafik 5 Persentase penduduk di bawah GK Nasional



Grafik 6 Persentase disabilitas berdasarkan tingkat ekonomi

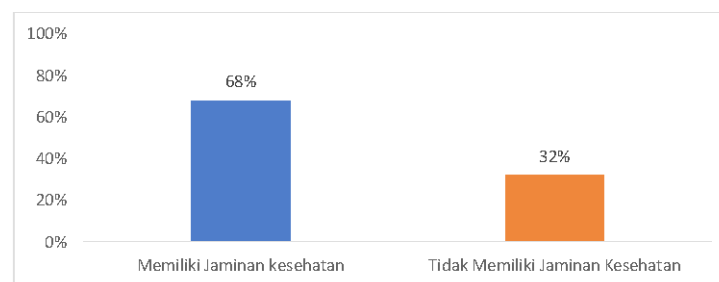


Sumber: Susenas 2019, diolah.

penyandang disabilitas yang berada di bawah Garis Kemiskinan Nasional tahun 2019 lebih besar dibandingkan dengan penduduk non-disabilitas. Sementara itu, berdasarkan tingkat ekonomi yang terbagi atas 5 kuantil, dapat dilihat bahwa secara rata-rata kelompok penyandang disabilitas berada lebih besar pada kuantil 3 dan 4.

Jumlah penyandang disabilitas di Indonesia yang cukup banyak jika dibandingkan dengan penduduk keseluruhan dapat menimbulkan suatu tanggung jawab baru bagi pemerintah pusat dan daerah, yaitu kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan menjadi hal yang penting bagi penyandang disabilitas karena mereka merupakan kelompok yang lebih rentan dalam kesehatan dan membutuhkan akses pelayanan kesehatan lebih tinggi dibandingkan kelompok non-disabilitas. Pada tahun 2019, persentase penyandang disabilitas yang memiliki minimal salah satu dari jenis jaminan kesehatan seperti BPJS Kesehatan (Penerima Bantuan Iuran atau Non-PBI) dan Jamkesda mencapai 69% dari keseluruhan penyandang disabilitas di Indonesia. Hal ini menjelaskan bahwa di Indonesia, 7 dari 10 penyandang disabilitas yang telah memiliki akses mudah terhadap pelayanan kesehatan. Angka ini dinilai masih belum mencukupi jika dibandingkan dengan seluruh penyandang disabilitas yang berhak memiliki jaminan kesehatan untuk dirinya.

Grafik 7 Persentase penyandang disabilitas yang memiliki jaminan kesehatan berasal dari pemerintah



Sumber: Susenas 2019, diolah.

Meski 7 dari 10 penyandang disabilitas telah memiliki jaminan kesehatan, namun masih terdapat sebagian penyandang disabilitas yang tidak menggunakan jaminannya untuk berobat karena tidak adanya akses terkait hal tersebut. Grafik 7 menunjukkan besaran persentase penyandang disabilitas di Indonesia yang telah memiliki jaminan kesehatan berdasarkan pemanfaatannya. Berdasarkan grafik tersebut, hanya 41% penyandang disabilitas yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat dalam kurun waktu 1 tahun terakhir. Selanjutnya, Grafik 8 merupakan penjelasan atas 59% tidak dimanfaatkannya jaminan kesehatan oleh penyandang disabilitas. Sebagian besar alasan disabilitas tidak memanfaatkan jaminan kesehatan tersebut adalah tidak mengalami keluhan kesehatan dan mengobati sendiri. Kedua pernyataan tersebut diduga menjadi suatu masalah tersendiri karena jawaban tersebut timbul akibat: (1) kurangnya pemahaman/ literasi terkait dengan kondisi kesehatan individu dan keluarga; (2) mengakses pelayanan kesehatan lebih merepotkan dibandingkan berobat sendiri yang salah satu penyebabnya adalah hambatan penggunaan transportasi (membutuhkan pendamping). Sementara itu, sebagian lainnya masih memiliki alasan yang berbeda dan alasan tersebut berkaitan dengan permasalahan penggunaan jaminan kesehatan.

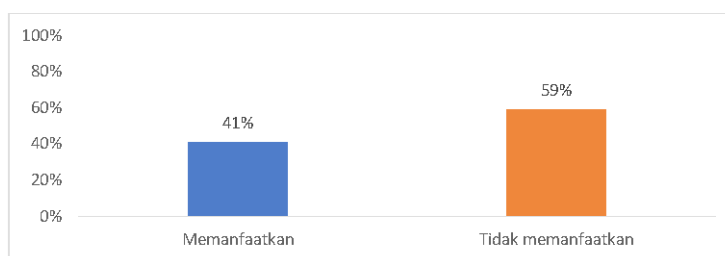
Tipe permasalahan terbagi ke dalam beberapa bagian seperti permasalahan tidak memahami cara penggunaan jaminan kesehatan dan prosedur yang sulit dipenuhi. Besaran pada persentase permasalahan tersebut masing-masing adalah 3% dan 1% dari seluruh disabilitas yang tidak memanfaatkan. Selain itu, terdapat juga permasalahan belum dibayarnya premi jaminan kesehatan dan tidak mampunya

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

individu untuk membayar yang masing-masing berada pada angka 1%. Terakhir, akses ke akses yang sulit dan tidak adanya petugas kesehatan juga menjadi masalah tersendiri (1% dan di bawah 1%, secara berurutan).

Jika dilihat berdasarkan alasan yang tertera, permasalahan terkait akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan masih sangat beragam. Pemerintah sebagai salah satu penanggung jawab atas kepemilikan jaminan kesehatan juga harus menyelesaikan permasalahan teknis yang dimiliki oleh pemilik jaminan kesehatan khususnya penyandang disabilitas. Karena dengan contoh permasalahan tersebut, kepemilikan jaminan kesehatan tidak serta merta menyelesaikan seluruh permasalahan akses ke pelayanan kesehatan.

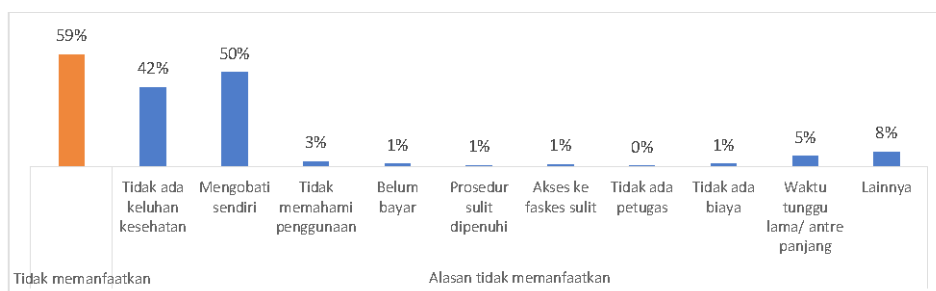
Grafik 8 Persentase penyandang disabilitas dalam menggunakan jaminan kesehatan yang dimiliki



Sumber: Susenas 2019, diolah.

Selain permasalahan pada pemanfaatan jaminan kesehatan, ternyata permasalahan penolakan pemeriksaan oleh fasilitas kesehatan juga masih dirasakan oleh penyandang disabilitas yang ingin mengakses pelayanan kesehatan meski dalam skala yang kecil. Grafik 10 menjelaskan terkait persentase penolakan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas yang telah memiliki jaminan kesehatan. Dapat dilihat bahwa dari seluruh penyandang disabilitas yang memiliki jaminan kesehatan, terdapat 0,8% disabilitas yang mendapat penolakan pelayanan di fasilitas kesehatan. Terdapat 7 kelompok indikator penolakan pelayanan kesehatan, penyebab terbesar terjadinya penolakan pelayanan kesehatan adalah disabilitas tidak memenuhi prosedur pelayanan kesehatan yang diinginkan. Disisi lain, diindikasikan prosedur pelayanan Kesehatan tersebut masih belum inklusi disabilitas

Grafik 9 Permasalahan dalam pemanfaatan jaminan kesehatan

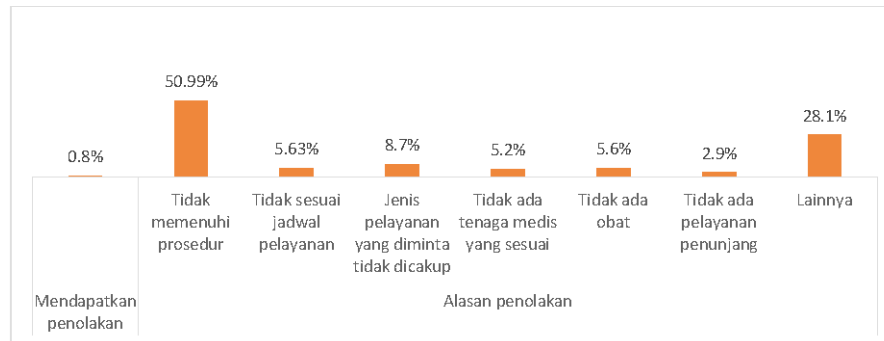


Sumber: Susenas 2019, diolah.

Selain itu, alasan kedua yang umum menyebabkan penolakan pelayanan kesehatan adalah jenis pelayanan yang diminta tidak tersedia di fasilitas kesehatan tersebut. Beberapa alasan lain yang juga berkontribusi dalam penolakan pelayanan kesehatan adalah tidak sesuai jadwal pelayanan yang masih bercampur dengan jadwal non disabilitas, tidak ada tenaga medis yang ahli dalam menangani penyandang disabilitas, tidak ada obat yang dibutuhkan oleh penyandang disabilitas, dan tidak tersedia

pelayanan penunjang. Meski persentase penolakan pelayanan kesehatan jauh lebih kecil dibandingkan yang diterima, namun permasalahan penolakan pelayanan kesehatan harus tetap diselesaikan sehingga seluruh penyandang disabilitas memiliki akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan.

Grafik 10 Penolakan pelayanan penyandang disabilitas dan alasannya



Sumber: Susenas 2019, diolah.

Berdasarkan penjelasan di atas, permasalahan terkait akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan masih ada hingga saat ini. Beberapa permasalahan utama yang belum tuntas adalah akses terhadap jaminan kesehatan, akses dalam memanfaatkan jaminan kesehatan, dan penolakan fasilitas kesehatan dalam melayani penyandang disabilitas yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan.

IV. Analisis dan Pembahasan

A. Rekomendasi Gabungan Daerah Studi (Kab. Klaten dan Kab. Wajo)

1. Temuan : Tidak adanya sanksi/*reward* untuk pelaksanaan program
 Rekomendasi : Reward bagi pelaksanaan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas pada bidang

Kurangnya sarana dan prasarana pada pelayanan kesehatan hingga di tingkat kecamatan membuat penyandang disabilitas kesulitan dalam memenuhi haknya. Salah satunya, mulai dari kurangnya infrastruktur kesehatan penunjang penyandang disabilitas seperti materi baca braile, meja rendah, dan lain-lain yang ada di faskes dan banyaknya program-program yang kurang berjalan sebagai yang telah disusun.

Sanksi merupakan salah satu cara efektif untuk meningkatkan penyediaan layanan dan implementasi dari program-program yang telah dibentuk. Akan tetapi, mekanisme pemberian penghargaan dirasa akan lebih efektif bagi penanggung jawab program dalam menjalankan kegiatannya dibandingkan dengan pemberian sanksi. Untuk itu, dengan adanya pemberian penghargaan akan mendorong kinerja dari pelaksana khusus pada pemenuhan hak di bidang Kesehatan. Terdapat rekomendasi pemberian *reward* bagi Fasilitas Kesehatan yang telah memenuhi hak tersebut secara maksimal. Pemberian *reward* berupa insentif finansial ataupun piagam penghargaan dapat diberikan kepada Faskes jika Faskes memenuhi kriteria yang ditentukan, beberapa opsi yang tersedia adalah: (1) peningkatan jumlah fasilitas disabilitas di Faskes; (2) pelaksanaan survei kepuasan penyandang disabilitas. Tanpa adanya *reward*, faskes hanya menjalankan kegiatan/programnya jika mereka

menganggap hal ini penting dan juga pemilik program tidak akan menjalankan program tersebut dengan maksimal.

2. Temuan : Keberadaan tenaga kesehatan yang belum merata

Rekomendasi : Pemetaan nakes dan jumlah kebutuhan tiap kecamatan

Pada kedua daerah studi Kabupaten Klaten dan Kabupaten Wajo, jumlah tenaga kesehatan yang belum merata menjadi persoalan yang harus dipecahkan. Ketidakmerataan tersebut dapat berpengaruh kepada prioritas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. Penting masing-masing kabupaten melakukan pemetaan untuk mengetahui apakah telah tercukupi jumlah tenaga kesehatannya berdasarkan kebutuhan daerah tersebut. Jumlah tenaga kesehatan dapat mempengaruhi pelayanan yang akan diberikan kepada penyandang disabilitas menjadi tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien. Selain itu keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di suatu fasilitas kesehatan (faskes) akan membuat kewalahan tenaga kesehatan yang bertugas, yang nantinya akan menurunkan tingkat kemampuan kerja yang akan diberikan kepada pasien. Diharapkan agar pemerintah dapat membuat kebijakan dalam pendistribusian tenaga kesehatan pada masing-masing fasilitas kesehatan di daerahnya. Untuk itu dibutuhkan data akurat terkait jumlah disabilitas berdasarkan jenisnya dan jumlah tenaga kesehatan pada wilayah tersebut. Adapun konsekuensi jika hal ini belum dilakukan akan berdampak pada pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas berpotensi tidak bisa diberikan dengan baik.

3. Temuan : Fasilitas kesehatan belum memiliki fasilitas ramah disabilitas

Rekomendasi : Pemberian *list* tambahan untuk fasilitas disabilitas

Fasilitas penunjang pasien penyandang disabilitas yang belum sepenuhnya tersedia di faskes menjadikan faskes tersebut belum dapat dikatakan ramah disabilitas. Berdasarkan hasil lapangan, salah seorang disabilitas masih menemukan kesulitan ketika masuk ke ruang periksa karena pintu belum bisa memuat kursi roda serta masih ditemui meja yang terlalu tinggi untuk beberapa pasien penyandang disabilitas. Selain itu, hanya faskes terakreditasi yang sudah pasti memiliki akses yang mudah bagi penyandang disabilitas. Terdapat 2 alasan rekomendasi ini harus dijalankan yaitu: (1) pemerintah tidak akan mengetahui adanya kebutuhan yang spesifik untuk setiap jenis disabilitas dan setiap tahap pelayanan kesehatan dapat membuat disinsentif bagi disabilitas datang ke faskes, (2) pelayanan kesehatan tidak dapat memberikan hak yang dibutuhkan bagi disabilitas. Pemerintah daerah harus *re-listing* ulang/tambahan terkait apa saja yang dibutuhkan per jenis disabilitas pada masing-masing daerah studi mulai dari fasilitas pada saat datang ke faskes hingga pulang. Berikut merupakan contoh indikator kualitas fasilitas kesehatan:

- a. Sisi Fasilitas, unsur yang dapat diperhatikan dapat berupa apakah ada toilet prioritas, kursi roda, ruang tunggu prioritas dan petunjuk khusus disabilitas.
- b. Sisi layanan, unsur yang dapat diperhatikan seperti apakah tenaga kesehatan memiliki keahlian melayani/mendampingi untuk setiap atau sebagian jenis disabilitas, serta apakah ada jam konsultasi khusus yang telah diterapkan.
- c. Sisi perlengkapan, unsur yang dapat diperhatikan seperti apakah terdapat alat terapi, obat-obatan dan ambulan.

Kuesioner kepuasan pasien juga dapat menjadi pertimbangan untuk penilaian serta penentuan *list* tambahan fasilitas pada faskes seperti:

- a. Sisi tangible, unsur yang dapat ditanyakan kepada pasien seperti berikut, apakah Puskesmas memiliki ruang tunggu yang nyaman dan ramah disabilitas?; apakah Puskesmas memiliki alat-alat yang lengkap misalnya alat terapi?
 - b. Sisi empati, unsur yang dapat ditanyakan kepada pasien seperti berikut, apakah dokter ada membuat jadwal khusus disabilitas atau prioritas disabilitas?; apakah nakes memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien?; dan apakah nakes selama memberikan pelayanan bersikap sopan dan ramah?
 - c. Sisi reliability, unsur yang dapat ditanyakan kepada pasien seperti, apakah nakes telah memberikan pelayanan tepat waktu?; apakah nakes telah memberikan informasi yang aksesibel kepada pasien sebelum pelayanan diberikan ?; dan apakah nakes memberitahu jenis penyakit secara lengkap?
 - d. Sisi daya tanggap, unsur yang dapat ditanyakan kepada pasien seperti, apakah nakes memberikan Tindakan sesuai prosedur?; apakah nakes menerima dan melayani dengan baik selama berada di faskes?
4. Temuan : Prioritas jenis penyandang disabilitas

Rekomendasi : Penentuan prioritas jenis disabilitas berdasarkan formula perhitungan

Kementerian Kesehatan pada tingkat pusat telah menentukan prioritas atau fokus setiap daerah terhadap jenis disabilitas tertentu. Pada tahun 2020, pemerintah pusat mengarahkan fokus kepada jenis disabilitas Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Meski telah diarahkan, setiap daerah memiliki permasalahan terhadap jenis disabilitas tersendiri yang berbeda dengan arahan pemerintah pusat. Untuk menentukan prioritas pemerintah dalam jenis disabilitas, maka dibutuhkan suatu perhitungan/formula tertentu. Penentuan prioritas pemerintah terhadap berbagai jenis disabilitas merupakan kebutuhan karena: (1) kondisi pemenuhan hak yang berbeda di tiap daerah; (2) adanya keterbatasan-keterbatasan tertentu, salah satunya adalah anggaran.

Mengenai metode perhitungan, terdapat beberapa formula yang konkrit dan dapat disesuaikan dengan ketersediaan data yang dimiliki pemerintah daerah untuk menentukan prioritas. Pertama adalah rasio keberadaan tenaga kesehatan di Faskes yang memiliki keahlian melayani/mendampingi disabilitas jenis tertentu dibandingkan dengan jumlah dari jenis disabilitas tersebut. Hal ini dapat menunjukkan jenis disabilitas apa yang paling sedikit memiliki fasilitas. Kedua adalah perhitungan jenis disabilitas yang tidak memiliki Jamkes. Ketiga perhitungan terkait jumlah disabilitas berdasarkan jenisnya. Dengan adanya angka tersebut, pemerintah daerah dapat mengetahui kelompok disabilitas seperti apa yang paling membutuhkan perhatian.

5. Temuan : Belum adanya SOP terkait disabilitas terhadap pelayanan kesehatan pada masa pandemi

Rekomendasi : Sosialisasi dari SOP yang sedang dibuat oleh daerah

Adanya aturan baku dari pemerintah daerah terkait standar pelayanan inklusif bagi penyandang disabilitas, ke depannya akan mempermudah akses penyandang disabilitas dalam mendapatkan hak atas pelayanan kesehatan. Tidak cukup hanya sampai pembuatan aturan baku, seperti

pembuatan pedoman yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan bekerja sama dengan puskesmas dengan harapan SOP tersebut nantinya tidak menyinggung kelompok disabilitas seperti tulisan yang tidak menstigma penyandang disabilitas, tulisan yang dapat dibaca dan sebagainya.

B. Rekomendasi Kabupaten Klaten

1. Temuan : Tidak adanya Rencana Induk Penyandang Disabilitas

Rekomendasi : Pembentukan RIPD

Pemenuhan hak bagi kelompok disabilitas merupakan suatu kewajiban yang harus diberikan oleh pemerintah pusat dan daerah. Pemenuhan hak tidak dapat diwujudkan dalam waktu yang singkat, sehingga pemerintah harus memiliki serangkaian rencana kegiatan yang dapat mendukung pencapaian-pencapaian tersebut. Dalam hal ini, untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas dibutuhkan perencanaan yang matang untuk pemenuhan dapat dilakukan pemerintah daerah dengan membuat sasaran capaian hingga strategi konkrit yang dibedakan berdasarkan periode-periode tertentu. Salah satu perencanaan yang dapat dibentuk untuk mendukung capaian pemenuhan hak penyandang disabilitas adalah Rencana Induk Penyandang Disabilitas (RIPD) daerah. Meski beberapa daerah telah memiliki Peraturan Daerah terkait penyandang disabilitas masing-masing, namun hanya sebagian kecil daerah yang telah memiliki Rencana Induk untuk pelaksanaan/implementasi Peraturan Daerahnya. Adapun hal-hal yang dapat dimasukkan dalam pembentukan RIPD seperti, pembuatan sasaran strategis, kebijakan (hal-hal apa yang akan dilakukan), strategis implementasi, target capaian, penanggung jawab, serta pembuatan periode pengerjaan. Terdapat 2 alasan RIPD dibutuhkan untuk daerah: (1) Membantu Pemda dalam meningkatkan efektivitas prioritas program bagi penyandang disabilitas termasuk bidang Kesehatan; (2) memudahkan monitoring dan evaluasi jalannya program penyandang disabilitas. Selain itu, terdapat juga beberapa konsekuensi tidak adanya RIPD bagi keberlangsungan program daerah: (1) Pemerintah daerah tidak memiliki rencana jangka Panjang terkait program disabilitas; (2) sedikitnya implementasi atas Peraturan Daerah terkait penyandang disabilitas yang terlaksana.

2. Temuan : Monitoring dan evaluasi program disabilitas khususnya pada bidang kesehatan sebagian besar berada di bawah pengawasan PPK

Rekomendasi : Pembuatan Mekanisme efektif yang mengikutsertakan OPD dan Organisasi perwakilan disabilitas

Dalam hal pelaksanaan kegiatan untuk pemenuhan hak-hak disabilitas, selain membentuk perencanaan yang strategis dan detail sesuai dengan kebutuhan, dibutuhkan juga pembentukan mekanisme monitoring yang efektif untuk setiap kegiatan yang telah direncanakan sebelumnya. Saat ini, beberapa daerah telah memiliki mekanisme monitoring yang dibentuk tanpa perencanaan maksimal (monitoring sebagai formalitas kegiatan). Pada Kabupaten Klaten proses Monev saat ini masih berada di bawah PPK. Dibutuhkan andil dan intervensi dari OPD untuk dapat melakukan Monev agar OPD secara keseluruhan mengetahui kegiatan-kegiatan yang memberikan dampak besar dan antusiasme yang besar serta bagaimana kegiatan tersebut berjalan. Keluaran yang diharapkan yaitu OPD dapat menentukan program apa yang telah berjalan dengan baik dan program apa yang harus ditingkatkan, serta program apa yang butuh masukan dan perbaikan. Oleh karena itu, membentuk mekanisme monitoring yang efektif merupakan suatu kewajiban bagi Pemerintah Daerah khususnya Dinas Sosial.

Salah satu kriteria mekanisme monitoring yang efektif adalah saat monitoring dapat menilai tahapan perencanaan, pelaksanaan, hingga pengukuran tindak lanjut dari hasil kegiatan. Lain halnya dengan itu, monitoring yang efektif juga membutuhkan koordinasi dan partisipasi antara OPD terkait dengan organisasi perwakilan disabilitas. Hal ini dibutuhkan karena OPD merupakan pelaksana dari kegiatan yang direncanakan dan organisasi perwakilan disabilitas merupakan penerima manfaat, sehingga monitoring dengan mengikutsertakan kedua belah pihak dapat bermanfaat bagi kegiatan ke depannya. Tanpa adanya monitoring dari OPD, pemerintah daerah tidak akan mengetahui program mana yang efektif untuk mempermudah aksesibilitas penyandang disabilitas serta OPD belum mampu meningkatkan anggaran program dan pemilihan prioritas anggaran akibat minim informasi.

3. Temuan : Belum tersedia data valid keberadaan penyandang disabilitas
Rekomendasi : Membuat mekanisme survey primer (*List* pendataan Penyandang Disabilitas)

Permasalahan mengenai jumlah penyandang disabilitas hingga saat ini masih belum terselesaikan. Konsekuensinya adalah pemebentukan kebijakan yang tidak sesuai dengan kondisi yang ada di lapangan. Sebagai contoh, keberadaan/jumlah Tenaga Kesehatan per wilayah sudah dipenuhi oleh Dinas Kesehatan daerah sesuai dengan kebutuhan, namun hingga saat ini jumlah Tenaga Kesehatan yang memiliki keahlian untuk melayani disabilitas masih belum cukup karena beberapa hal yang utamanya adalah jumlah disabilitas berdasarkan jenis yang tidak valid. Perbedaan jumlah disabilitas di data Pemerintah Daerah dan lapangan membuat *gap* antar kebutuhan dan ketersediaan.

Saat ini pemerintah daerah telah memiliki data penyandang disabilitas dari berbagai sumber dengan permasalahan tersendiri seperti, data dari Disdukcapil yang tidak lengkap, data bersumber dari faskes yang lebih kecil dari kondisi riil, dan data Dinas Sosial yang masih belum mencakup keseluruhan penyandang disabilitas. Oleh karena itu dibutuhkan pendataan ulang yang dapat dilakukan oleh pemerintah daerah dengan cara melakukan survei di mana data yang akan didapatkan akan valid dan sesuai dengan kondisi lapangan. Pengumpulan data dipimpin langsung oleh Dinas Sosial dengan cara berkunjung ke setiap rumah tangga yang dilakukan oleh relawan dari Dinas Sosial dengan jumlah 2-3 orang per kecamatan. Menggunakan instrumen yang baik dan lengkap, maka Pemerintah Daerah dapat menyelesaikan permasalahan utama terkait pendataan. Konsekuensi jika rekomendasi ini tidak dijalankan ialah seperti akan berpotensi bagi pembuat kebijakan untuk melakukan kesalahan, kesalahan ini terbagi atas identifikasi persoalan disabilitas dan target program.

4. Temuan : Belum adanya anggaran khusus pelayanan kesehatan penyandang disabilitas
Rekomendasi : Membuat pemetaan jumlah disabilitas non-jamkes agar dimasukkan ke dalam RPJMD

Akses yang kurang bagi kelompok rentan merupakan masalah yang belum dapat terselesaikan, begitu juga dengan akses mendapatkan pelayanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas. Untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan, maka Akses yang dimaksud dalam pembahasan ini adalah Jaminan Kesehatan. Jaminan Kesehatan merupakan akses utama agar kelompok disabilitas dapat mendapatkan pelayanan Kesehatan. Saat ini, masih terdapat sebagian besar penyandang disabilitas yang belum memiliki Jaminan Kesehatan, padahal pelayanan Kesehatan sangat dibutuhkan bagi penyandang disabilitas karena kondisi Kesehatan yang butuh *treatment* lebih dibanding kelompok non-disabilitas.

Pemerintah pusat hingga daerah saat ini telah mendorong kepemilikan Jaminan Kesehatan bagi seluruh penyandang disabilitas di wilayahnya, namun target tersebut ternyata hingga saat ini masih belum tercapai. Hal ini selain terjadi karena belum terdaftarnya penyandang disabilitas, juga karena tidak terdatanya individu penyandang disabilitas di daerah itu sendiri. Penyelesaian permasalahan ini membutuhkan koordinasi yang cukup kompleks dan memakan waktu Panjang, hal ini akan memberikan efek negatif bagi kelompok disabilitas karena selama masalah ini belum terselesaikan maka terdapat individu disabilitas yang tidak mendapatkan akses terhadap pelayanan Kesehatan.

Oleh karena itu, dibutuhkan anggaran khusus yang dapat membiayai disabilitas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi yang belum memiliki Jaminan Kesehatan, pembiayaan dapat diberikan hingga seluruh penyandang disabilitas telah memiliki jaminan Kesehatan. Pemerintah Daerah dapat memasukkan anggaran khusus disabilitas ini ke dalam APBD dengan mekanisme pembiayaan pelayanan Kesehatan penyandang disabilitas ditanggung oleh Faskes tempat individu mendapatkan pelayanan. Dalam pembahasan lebih detail, Pemerintah Daerah dapat menentukan apa saja pelayanan yang dapat dibayarkan oleh anggaran khusus tersebut. Dari data yang tersedia, pemerintah dapat melakukan pemetaan penyandang disabilitas yang belum mendapatkan jaminan kesehatan. Diharapkan dengan adanya jumlah valid dari disabilitas non Jamkes, anggaran bagi penyandang disabilitas tersebut dapat dimasukkan ke RKPD Pemerintah Daerah Klaten.

C. Rekomendasi Kabupaten Wajo

1. Temuan : Belum tersedia data valid keberadaan penyandang disabilitas

Rekomendasi : Penambahan pertanyaan dan berkoordinasi dengan disdukcapil

Salah satu penunjang keberhasilan program yang telah disusun oleh pemerintah ialah ketersediaan data yang valid baik jumlah maupun jenis penyandang disabilitas. Tanpa adanya data yang valid, implementasi program tidak akan tepat sasaran. Pada Kabupaten Wajo, data disabilitas masih bersumber dari Dinas Sosial Kabupaten Wajo yang jelas memiliki *gap* dengan jumlah data pada SUSENAS 2019. Untuk itu, pemerintah daerah dapat melakukan pendataan ulang agar dapat mendapatkan kondisi sesuai dengan data yang ada di lapangan. Saat ini Disdukcapil telah memiliki pertanyaan kondisi disabilitas bagi tiap individu yang tercatat dalam data kependudukan, namun mayoritas dari data tersebut tidak terisi karena variabel penyandang disabilitas bukan menjadi variabel utama. Oleh karena itu, jika Disdukcapil memiliki akses dan kesempatan untuk mendata kembali khusus variabel disabilitas, maka pendataan disabilitas akan lebih efektif dibandingkan melakukan pengumpulan data primer yang telah disebutkan sebelumnya.

2. Temuan : Belum adanya SOP terkait disabilitas terhadap pelayanan kesehatan pada masa pandemi

Rekomendasi : Membuat SOP khusus penyandang disabilitas baik datang ke faskes maupun kunjungan nakes ke rumah

Pandemi membuat penyandang disabilitas menjadi kelompok rentan terpapar Covid19 serta membuat penyandang disabilitas kesulitan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Konsep pelayanan terhadap kesehatan pun juga berubah, seperti jam kunjungan, tutupnya sebagian besar puskesmas di daerah tersebut, protokol untuk masuk ke fasilitas kesehatan serta

ODP yang sebelumnya mempunyai kegiatan seperti kunjungan rutin ke rumah-rumah menjadi tertunda untuk sementara. Belum adanya aturan baku dari Kementerian Kesehatan membuat faskes menyamaratakan pelayanan untuk penyandang disabilitas dan non disabilitas seperti ruang tunggu yang sama, tidak adanya pemandu/pamflet serta belum diberlakukannya jam-jam khusus bagi penyandang disabilitas selama pandemi. Melihat kondisi tersebut, dibutuhkan SOP atau rencana aturan baku yang akan mengatur disabilitas pada masa pandemi. Kondisi lapangan. Pengumpulan data dipimpin langsung oleh Dinas Sosial dengan cara berkunjung ke setiap rumah tangga yang dilakukan oleh relawan dari Dinas Sosial dengan jumlah 2-3 orang per kecamatan. Prioritas pemerintah dalam merancang pembuatan SOP dapat difokuskan untuk pelayanan kesehatan seperti cara disabilitas dapat datang ke fasilitas kesehatan hingga cara faskes melayani disabilitas. Adapun alasan mengapa hal ini harus dilakukan oleh pemerintah daerah yaitu penyandang disabilitas merupakan kelompok yang setara dengan non-disabilitas, namun memang kelompok disabilitas tanpa adanya SOP membuat penyandang disabilitas sama disetarakan dengan kelompok non disabilitas membutuhkan perlindungan lebih. Terdapat beberapa SOP khusus bagi penyandang disabilitas yang dapat diterapkan di Kabupaten Wajo dengan memperhatikan kaidah-kaidah pembuatan SOP:

- a. Pembuatan SOP Pelayanan selama pandemi dengan sistem *home visit*. Hal ini dibuat dalam rangka mengurangi risiko terpaparnya penyandang disabilitas dari COVID19. Adapun beberapa rincian SOP berupa, pembuatan pamflet panduan disabilitas, nakes dapat membawa peralatan sesuai jenis disabilitas yang akan dituju, serta promotor berasal dari kader, bidan atau nakes yang mengapuni pada bidang tersebut.
 - b. Pembuatan SOP pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pelayanan khusus selama berada di faskes sangat dibutuhkan oleh penyandang disabilitas seperti, faskes menyediakan fasilitas ramah disabilitas (kursi roda, *handrail*, ruang skrining dll), sebaiknya ruang tunggu pasien dengan disabilitas dan tanpa disabilitas dapat dipisahkan, mengatur jarak antar pasien dan lain sebagainya.
 - c. Pembuatan SOP pelayanan Nakes terhadap pasien selama di faskes seperti, faskes dapat memberlakukan jam konsul khusus disabilitas, mengecek suhu tubuh pasien sebelum masuk faskes, menyediakan maskes untuk pasien, dapat meminta informasi lebih kepada keluarga pasien terkait penyakit yang dikeluhkan, serta menyediakan *hotline* layanan seperti konsultasi via telpon dan aplikasi.
3. Temuan : Tidak adanya kelompok/paguyuban disabilitas
- Rekomendasi : Pembentukan kelompok disabilitas yang diakui pemerintah daerah

Penyandang disabilitas merupakan salah satu dari kelompok masyarakat yang masuk ke dalam karakteristik kelompok rentan. Kebutuhan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas merupakan suatu kewajiban agar kelompok disabilitas dapat memiliki kondisi akses pun kesejahteraan dengan kelompok lainnya. Dalam mengangkat permasalahan atau isu penyandang disabilitas, dibutuhkan perwakilan/perpanjangan tangan dari kelompok disabilitas itu sendiri ke pemerintah. Perwakilan yang disarankan untuk dibentuk adalah Kelompok/Paguyuban disabilitas yang terdiri dari gabungan organisasi-organisasi disabilitas. Kelompok ini di bawah Dinas Sosial Kabupaten.

Paguyuban disabilitas dibentuk dengan beberapa tahapan yang diawali dengan musyawarah antar kelompok disabilitas yang dimiliki oleh masyarakat, membuat kepengurusan, hingga mengajukan surat keputusan resmi Bupati agar paguyuban tersebut berbadan hukum. Tujuan dari paguyuban tersebut adalah menampung seluruh permasalahan penyandang disabilitas di daerahnya berdasarkan pertukaran informasi antar penyandang disabilitas di setiap daerah. Kebutuhan pengumpulan informasi ini menjadi hal penting karena informasi yang didapatkan mampu membantu paguyuban disabilitas untuk memetakan permasalahan riil yang terjadi dilapangan yang mungkin tidak disadari oleh kelompok non-disabilitas. Selain itu, tujuan lain dari pembentukan paguyuban disabilitas adalah peningkatan *awareness* seluruh masyarakat terhadap keberadaan penyandang disabilitas di daerah tersebut. Konsekuensi tanpa adanya pembentukan kelompok yaitu, (1) peraturan-peraturan yang telah dibuat tidak seluruhnya mewakili kebutuhan disabilitas secara nyata, (2) kurangnya laporan-laporan terkait kebutuhan disabilitas karena tidak adanya wadah untuk melapor, (3) kurangnya program inovasi disabilitas karena penyandang disabilitas tidak memiliki wadah penyampaian aspirasi.

4. Temuan : Tidak adanya komite pemenuhan dan perlindungan hak disabilitas
Rekomendasi : Pembentukan komite disabilitas yang diakui pemerintah daerah

Perencanaan pembentukan kelompok sebaiknya bersamaan dengan pembentukan komite. Karena kelompok tidak dapat berkontribusi maksimal tanpa adanya komite sebagai advokasi aspirasi kelompok ke Pemerintah daerah dan DPRD. Mengenai komite disabilitas, saat ini salah satu daerah yang telah membentuk Komite Disabilitas adalah Kabupaten Klaten. Secara definisi yang mengacu kepada Peraturan Bupati Klaten Nomor 47 Tahun 2020, komite disabilitas merupakan lembaga yang mempunyai kedudukan hukum dan melaksanakan fungsi pengkajian dan penelitian, penyuluhan dan pemantauan dalam rangka perlindungan dan pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas yang terdiri dari gabungan tokoh penting, pejabat daerah serta perwakilan dari kelompok disabilitas yang ditunjuk langsung oleh Bupati. Tujuan utama dari Komite Disabilitas adalah perpanjangan tangan hukum dari masyarakat disabilitas kepada Pemerintah Daerah terkait. Selain itu, komite juga melakukan pemetaan kebutuhan hak-hak penyandang disabilitas merupakan tugas dari paguyuban disabilitas, namun memasukkan dan memastikan kebutuhan tersebut ke dalam peraturan daerah/aturan tertentu menjadi tugas dan tanggung jawab komite disabilitas. Keberadaan dua organisasi ini dapat mempermudah pemenuhan hak disabilitas.

Kesimpulan

Berdasarkan Undang-Undang (UU) No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas adalah orang yang memiliki berbagai macam keterbatasan seperti keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dan dalam berinteraksi dengan lingkungan dan masyarakat dapat menemui hambatan untuk berpartisipasi penuh. Mendalami aturan tersebut, keberadaan UU tersebut menjadi implementasi dari Undang-Undang (UU) No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM) yang menyebutkan bahwa penyandang disabilitas merupakan kelompok masyarakat yang mempunyai hak untuk memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih. Berdasarkan kedua UU di atas, dapat disimpulkan bahwa upaya perlindungan hak-hak kelompok penyandang disabilitas telah memiliki payung hukum guna mengurangi ketimpangan antar kelompok penyandang disabilitas dan non-disabilitas.

Meski pemerintah telah memiliki berbagai upaya untuk mewujudkan kesetaraan tersebut, namun hasil yang diterima masih tidak mencapai target. Studi yang dilakukan oleh MAMPU terkait dengan strategi inklusi disabilitas (2018) menyatakan bahwa dari seluruh jumlah penyandang disabilitas di Indonesia, sebagian besar dari penyandang tersebut berada di keluarga miskin dan tidak memiliki akses pelayanan kesehatan yang baik karena permasalahan kesejahteraan tersebut. Pusat Kajian Disabilitas (2010) juga menyatakan hal serupa di mana sebagian besar penyandang disabilitas di Indonesia masih kesulitan untuk mendapatkan pelayanan karena status ekonomi yang rendah. Studi yang dilakukan oleh PATTIRO (2018) juga mendukung temuan sebelumnya bahwa kualitas dari pelayanan Kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia masih sangat rendah. Salah satu contoh dari hal tersebut adalah seperti disabilitas rungu yang tidak mampu menyampaikan keluhannya secara maksimal karena tenaga medis tidak memahami cara berkomunikasi dengan penyandang disabilitas rungu. Pun demikian dengan disabilitas non-fisik yang juga mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan Kesehatan mumpuni akibat fasilitas pendukung disabilitas di Faskes yang kurang (Tarsidi, 2011).

Selain kondisi di atas, penelitian ini juga menemukan hal serupa di mana dari analisis data sekunder, sampai saat ini masih banyak penyandang disabilitas yang sulit mengakses terhadap pelayanan Kesehatan akibat tidak memilikinya Jaminan Kesehatan serta mengalami penolakan dalam pelayanan faskes. Selain itu, analisis hasil studi lapang pada kedua wilayah studi memberikan hasil yang komprehensif di mana terdapat berbagai macam temuan kekurangan pelayanan Kesehatan di daerah yang disebabkan oleh banyak hal. Berikut adalah rangkuman dari temuan-temuan tersebut:

1. **Ketiadaan Rencana Induk Penyandang Disabilitas atau yang umumnya disebut RIPD.** RIPD dapat menjadi acuan bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan berbagai kegiatan yang berkaitan dengan kelompok disabilitas guna mencapai target pemenuhan hak-hak kelompok tersebut.
2. **Monitoring dan evaluasi yang kurang maksimal.** Pelaksanaan Monev merupakan salah satu kegiatan yang dapat dilakukan guna menemukan kekurangan-kekurangan program/kegiatan yang dijalankan serta dapat memberikan perbaikan untuk kegiatan tersebut ke depannya, sehingga target dapat tercapai dengan maksimal.
3. **Reward bagi pelaksana pemenuhan hak disabilitas.** Saat ini masih belum ditemukan mekanisme yang baik atas pemberian *reward* ataupun apresiasi bagi pelaksana seperti Fasilitas Kesehatan maupun Tenaga Kesehatan yang telah memberikan pelayanan maksimal bagi kelompok disabilitas.

4. **Tidak adanya data valid jumlah disabilitas.** Pencatatan individu dengan disabilitas di daerah masih berbeda-beda mekanismenya. Pada wilayah Klaten, data disabilitas hanya tercatat dari sumber data BDT, sedangkan Wajo hanya sebagian Kecamatan yang telah memiliki data tersebut. Ketiadaan data ini dapat mempersulit ketercapaian dari kebijakan-kebijakan yang dibentuk karena tidak tepat sasaran.
5. **Keberadaan tenaga Kesehatan yang tidak merata.** Temuan keberadaan tenaga Kesehatan yang tidak sesuai distribusinya dengan kebutuhan terjadi di berbagai kecamatan dan daerah. Hal ini dapat mengurangi peluang disabilitas untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan akibat sumber daya tenaga kesehatan yang tidak tersedia.
6. **Disabilitas tanpa Jaminan Kesehatan.** Melanjutkan hasil temuan pada data disabilitas yang tidak valid, temuan lain yang juga berasal data disabilitas adalah sulitnya Pemda untuk mengidentifikasi keberadaan disabilitas yang belum memiliki Jamkes sehingga sampai saat ini masih terdapat sebagian disabilitas yang tidak mendapatkan pelayanan Kesehatan akibat ketidakpunyaan Jamkes.
7. **Faskes tanpa fasilitas ramah disabilitas.** Kelompok disabilitas merupakan kelompok rentan yang membutuhkan alat dukung lebih untuk menjalankan kehidupannya salah satunya adalah dalam mengakses pelayanan Kesehatan. Saat ini, masih terdapat sebagian Faskes yang belum menjadi Faskes ramah disabilitas karena ketiadaan alat pendukung yang dibutuhkan untuk setiap jenis disabilitas.
8. **Tidak adanya prioritas jenis disabilitas.** Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 mengarahkan kepada setiap daerah untuk berfokus pada jenis disabilitas ODGJ. Karena hal tersebut, Pemda tidak memiliki prioritas atau target terhadap jenis disabilitas lain padahal tidak hanya disabilitas ODGJ yang membutuhkan perhatian lebih.
9. **Belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan kesehatan disabilitas di masa pandemi.** Pemerintah pusat telah membuat SOP untuk pelayanan Kesehatan di masa pandemik, namun sebagai kelompok paling rentan pada periode pandemi selain Lansia, maka dibutuhkan SOP khusus untuk memberikan arahan pelayanan Kesehatan disabilitas dalam masa pandemi.
10. **Ketiadaan Kelompok dan Komite disabilitas.** Klaten sebagai salah satu daerah yang telah memiliki peraturan daerah terkait pemenuhan hak penyandang disabilitas saat ini telah memiliki kelompok dan komite disabilitas. Dalam hal komite disabilitas, sudah ada Pergub yang mengatur tugas dan fungsinya dalam pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas. Di Kabupaten Wajo, aturan tentang kelompok dan komite disabilitas menjadi bagian dalam Pergub payung untuk perlindungan hak-hak penyandang disabilitas. Walaupun begitu, belum seperti halnya di Kabupaten Klaten, pengaturan secara detil tentang tugas dan fungsinya belum diatur dalam sebuah peraturan yang khusus.

Mengacu kepada berbagai temuan di daerah, penelitian ini memiliki beberapa rekomendasi guna mengatasi temuan-temuan tersebut:

1. **Sasaran dan strategi, monitoring, dan reward atas implementasi pemenuhan hak-hak disabilitas.** Pemenuhan hak bagi kelompok disabilitas merupakan suatu kewajiban yang harus diberikan oleh pemerintah pusat dan daerah. Untuk memastikan bahwa target tersebut dapat tercapai, maka dibutuhkan beberapa rekomendasi seperti

- a. Pembuatan Rencana Induk Penyandang Disabilitas untuk membentuk sasaran dan strategi pemenuhan hak-hak disabilitas.
 - b. Mekanisme monitoring efektif yang mengikutsertakan OPD dan organisasi perwakilan disabilitas.
 - c. *Reward* bagi pelaksana pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas di bidang Kesehatan khusus Fasilitas Kesehatan.
2. **Ketersediaan, kelengkapan, dan validitas data penyandang disabilitas.** Pembentukan kebijakan yang mendukung pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas dibutuhkan oleh tiap daerah. Namun, permasalahan mengenai jumlah penyandang disabilitas hingga saat ini masih belum terselesaikan. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan untuk perbaikan pendataan adalah
- a. Pengumpulan data primer kepada setiap rumah tangga yang dilakukan oleh dinas sosial bekerja sama dengan relawan
 - b. Koordinasi antar OPD dengan Disdukcapil untuk menambahkan pertanyaan disabilitas dan kepemilikan Jaminan Kesehatan
 - c. Pembangunan database disabilitas yang didapatkan dari koordinasi antar OPD yang memiliki data disabilitas
3. **Memastikan disabilitas mendapatkan akses terhadap pelayanan Kesehatan.** Dibutuhkan anggaran khusus yang dapat membiayai disabilitas dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi yang belum memiliki Jaminan Kesehatan. Anggaran dapat diberikan hingga pemerintah daerah memiliki data bahwa seluruh penyandang disabilitas telah memiliki jaminan Kesehatan. Dalam pembahasan lebih detail, Pemerintah Daerah dapat menentukan apa saja pelayanan yang dapat dibayarkan oleh anggaran khusus tersebut.
4. **Memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan dan fasilitas Kesehatan bagi penyandang disabilitas.** Untuk memenuhi kebutuhan alat pendukung Faskes dan Nakes, maka pemerintah daerah dapat menghitung keberadaan Nakes yang akan dibandingkan dengan jumlah disabilitas. Selain itu, melakukan *update* pencatatan alat pendukung disabilitas di Faskes dengan menggunakan kuesioner terbaru juga dibutuhkan guna menciptakan Faskes ramah disabilitas dengan alat pendukung yang sesuai dengan seluruh jenis disabilitas.
5. **Mekanisme pelayanan kesehatan selama pandemi.** Mekanisme ini dapat terbentuk dengan Pemda membuat Standar Operasional Prosedur bagi disabilitas terhadap pelayanan Kesehatan selama pandemi. Beberapa bagian yang dapat dimasukkan ke dalam SOP tersebut adalah
- a. Mekanisme pelayanan “jemput bola”
 - b. Mekanisme kelompok disabilitas datang ke Faskes
 - c. Mekanisme Nakes dalam melayani kelompok disabilitas
6. **Penentuan prioritas disabilitas menggunakan formula tertentu.** Dalam ranah prioritas atau rencana Pemda kepada jenis disabilitas tertentu sudah diatur oleh Pemerintah Pusat sehingga Pemda harus melakukan arahan sebagian besar kegiatan disabilitas yang telah disesuaikan oleh Pusat. Namun, Pemda juga dapat menentukan prioritas jenis disabilitas berdasarkan formula tertentu seperti (1) jumlah penyandang disabilitas berdasarkan jenis; (2) jumlah penyandang disabilitas yang tidak memiliki Jamkes; (3) rasio penyandang disabilitas dan alat pendukung disabilitas di Faskes.

Pembentukan kelompok dan komite disabilitas di daerah. Mengidentifikasi potensi-potensi kelompok disabilitas maupun organisasi-organisasi masyarakat sipil yang memiliki perhatian besar terhadap perlindungan hak-hak disabilitas dapat menjadi pilihan dalam membangun kelompok disabilitas, yang kemudian akan dilibatkan dalam Komite Disabilitas. Pembentukan kelompok baru dapat dimungkinkan jika memang tidak ada kelompok-kelompok yang potensial di kabupaten, khususnya di Kabupaten Wajo. Paguyuban disabilitas dibentuk dengan tujuan menampung seluruh permasalahan penyandang disabilitas di daerahnya berdasarkan pertukaran informasi antar penyandang disabilitas di setiap daerah. Selain itu, tujuan lain dari pembentukan paguyuban disabilitas adalah peningkatan kesadaran seluruh masyarakat terhadap keberadaan penyandang disabilitas di daerah tersebut. Mengenai komite disabilitas, memetakan kebutuhan hak-hak penyandang disabilitas merupakan tugas dari paguyuban disabilitas. Namun memasukkan dan memastikan kebutuhan tersebut ke dalam peraturan daerah/aturan tertentu menjadi tugas dan tanggung jawab komite disabilitas. Tujuan utama dari Komite Disabilitas adalah perpanjangan tangan hukum dari masyarakat disabilitas kepada Pemerintah Daerah terkait. Keberadaan dua organisasi ini dapat mempermudah pemenuhan hak disabilitas.

Lampiran

Instrumen penelitian ini mencakup pertanyaan-pertanyaan besar yang ingin dijawab dalam studi akses Kesehatan bagi penyandang disabilitas. Sementara pertanyaan lebih detail akan didesain Bersama-sama dengan *stakeholder* daerah setelah kegiatan FGD awal sebagai bentuk audiensi prastudi. Adapun instrumen tersebut akan memuat beberapa pertanyaan berikut ini:

Pertanyaan Pokok	Pertanyaan Turunan
Permasalahan dalam akses penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan di daerah.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan (fasilitas kesehatan, jenis pelayanan kesehatan seperti konsultasi dokter, mendapatkan obat/perawatan, jaminan kesehatan dll) yang dapat diakses oleh penyandang disabilitas. 2. Terkait dengan penolakan <i>treatment</i> dan pengobatan untuk penyandang disabilitas oleh fasilitas kesehatan, apa solusi yang selama ini dilakukan? (misal fasilitas kesehatan yang bersangkutan merujuk pasien ke fasilitas kesehatan lain, atau penyandang disabilitas bisa mengajukan komplain ke pemerintah daerah yang bertanggung jawab langsung terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan) 3. Kondisi akses penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan di daerah sebelum dan pada periode pandemi COVID-19.
Upaya pemerintah daerah dalam meningkatkan aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembuatan regulasi dan program pemerintah daerah terkait dengan aksesibilitas penyandang disabilitas 2. Bagaimana cara pemerintah daerah meningkatkan aksesibilitas penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan? (terutama terkait dengan administrasi dan finansial/keuangan penyandang disabilitas) 3. Peningkatan kualitas dan jumlah fasilitas kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan lengkap bagi penyandang disabilitas (dilihat dari fisik bangunan fasilitas kesehatan hingga tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan). 4. Bantuan pemerintah daerah bagi penyandang disabilitas yang miskin dan rentan, terutama dalam hal mendapatkan pelayanan kesehatan. 5. Anggaran program terkait dengan peningkatan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. 6. Sinkronisasi kementerian/lembaga pemerintah daerah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. 7. Upaya pemerintah daerah menjamin ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga medis, peralatan medis serta obat-obatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. 8. Perkembangan akses pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas dan usaha/upaya yang dilakukan pemerintah daerah untuk meningkatkannya. 9. Edukasi pemerintah daerah kepada penyandang disabilitas terkait dengan kesehatan (jiwa dan raga) dan pelayanan kesehatan yang berhak mereka dapatkan. 10. Bantuan pemerintah daerah bagi penyandang disabilitas yang sulit mengakses pelayanan kesehatan (baik dari segi akses fisik/infrastruktur maupun kemampuan individu penyandang disabilitas dalam memperoleh akses yang menjadi haknya).
Implementasi kebijakan terkait penyandang disabilitas di daerah dan hambatan-hambatan yang ada selama kebijakan diimplementasikan oleh pemerintah daerah.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementasi pedoman pelayanan kesehatan bagi fasilitas kesehatan untuk menangani pasien penyandang disabilitas 2. Perlakuan fasilitas kesehatan terhadap pasien penyandang disabilitas (terkait pelayanan kesehatan dan rujukan) 3. Kapasitas tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan yang ramah disabilitas (kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan layanan kesehatan, kemampuan dalam berinteraksi dengan penyandang disabilitas, dll)



Daftar Pustaka

- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications Sage UK: London, England.
- BPS. (2015). *Profil Penduduk Indonesia Hasil Supas 2015*.
- Kasim, E. V. A. R., Fransiska, A., Lusli, M., Siradj, O., Disabilitas, P. K., Sosial, F. I., Politik, D. A. N., & Indonesia, U. (2010). *Analisis Situasi Penyandang Disabilitas Di Indonesia : Sebuah Desk-Review*. November.
- MAMPU. (2018). *MAMPU disability inclusion strategy 2019-2020*. November 2018. <https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/indonesia-partnership-gender-equality-womens-empowerment-mampu-disability-inclusion-strategy.pdf>
- Tarsidi, D. (2011). *Kendala Umum yang Dihadapi Penyandang Disabilitas dalam Mengakses Layanan Publik*. *Jassi Anakku*, 10(2), 201–205.
- The Center for Theory of Change. (2021). *TOC Origins*. <https://www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/toc-background/toc-origins/>
- Utomo, N. A. S. D. (2018). *Pelayanan Publik Bagi Disabilitas*. Australian Government, 1, 46.
- WHO. (2004). *Rapid Assessment and Action Planning Process*.
- WHO. (2020). *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*. March 26, 2020, 1–14. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-relativas-discapacidad-durante-brote-covid-19%0ACOVID-19> www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019 NCDs



Daftar Pustaka Regulasi

- Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
- Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (HAM).
- Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention on the Rights of Persons with Disabilities (Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas).
- Peraturan Daerah Kabupaten Wajo Nomor 13 Tahun 2016 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Daerah Kabupaten Klaten Nomor 29 Tahun 2018 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Peraturan Bupati Kabupaten Klaten Nomor 47 Tahun 2020 tentang Komite Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas Kabupaten Klaten.
- Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bagi Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Pemerintah Nomor 70 Tahun 2019 tentang Perencanaan, Penyelenggaraan, dan Evaluasi terhadap Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2020 tentang Akomodasi yang Layak bagi Peserta Didik Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2020 tentang Akomodasi yang Layak untuk Penyandang Disabilitas dalam Proses Peradilan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2020 tentang Aksesibilitas terhadap Permukiman, Pelayanan Publik, dan Pelindungan dari Bencana bagi Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2020 tentang Unit Layanan Disabilitas bidang Ketenagakerjaan.
- Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2019 tentang Fasilitasi Akses Terhadap Ciptaan Bagi Penyandang Disabilitas dalam Membaca dan Menggunakan Huruf Braille, Buku Audio, dan Sarana Lainnya.
- Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2020 tentang Syarat dan Tata Cara Pemberian Penghargaan dan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.
- Peraturan Presiden Nomor 68 Tahun 2020 tentang Komisi Nasional Disabilitas.
- Ratifikasi Perjanjian Internasional yang diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pengesahan Traktat Marrakesh untuk Fasilitasi Akses atas Ciptaan yang Dipublikasi bagi Penyandang Disabilitas Netra, Gangguan Penglihatan, atau Disabilitas dalam Membaca Karya Cetak

Aksesibilitas Penyandang Disabilitas terhadap Pelayanan Kesehatan

Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 5 Tahun 2016 tentang Pelindungan dan Pelayanan bagi Penyandang Disabilitas

Peraturan Bupati Kabupaten Wajo Nomor 36 Tahun 2018 tentang tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Wajo Nomor 13 Tahun 2016 Tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 11 Tahun 2014 tentang Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas.

Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 29 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Pada Dinas Energi dan Sumber Daya Mineral Provinsi Jawa Tengah