



Buletin  
*Jendela*  
*Data dan Informasi Kesehatan*



**Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas dan Pergeseran Paradigma Penanganan Penyandang Disabilitas**

Oleh: Drs. Agus Diono

**Kesehatan Anak dengan Disabilitas**

Oleh: dr. Mujaddid, MMR

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

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

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

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

# Daftar Isi

## EDITORIAL

### TOPIK UTAMA

**01** Situasi Penyandang Disabilitas

### TULISAN TERKAIT TOPIK

**19** Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas  
Dan Pergeseran Paradigma Penanganan  
Penyandang Disabilitas  
Oleh: Drs. Agus Diono

**25** Kesehatan Anak Dengan Disabilitas  
Oleh: dr. Mujaddid, MMR

**31** Disabilitas dan Isu Kesehatan: Antara Evolusi Konsep,  
Hak Asasi, Kompleksitas Masalah, dan Tantangan  
Oleh: Franciscus Adi Prasetyo, AKS., M.Si

**41** Tingkat Disabilitas Psikososial  
Berdasarkan Penyakit Degeneratif yang Diderita,  
Faktor Sosial dan Demografi Di Indonesia  
(Studi isu publik dalam formulasi kebijakan kesehatan)  
Oleh: Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes

## Salam Redaksi

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

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

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

Selamat membaca .....!  
Redaksi

# Tim Redaksi

## Pelindung

Sekretaris Jenderal Kemkes RI

## Pengarah

Oscar Primadi

## Penanggung Jawab

Didik Budijanto

## Redaktur

Nuning Kurniasih

## Penyunting

Ratri Aprianda

Fetty Ismandari

## Desainer Grafis/ Lay Outer

Hira Ahmad Habibi

Herman Naibaho

## Kesekretariatan

Rida Sagitarina

Sinin

## Mitra Bestari

Siti Isfandari

Agus Diono

Mujaddid

Merry Antaria

Dwi Susilo

Franciscus Adi Prasetyo

Didik Budijanto



### Alamat Redaksi

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

Telp : 021-5221432, 021-5277167-68

Fax : 021-5203874, 021-5277167-68

Email : jendela\_datinkes@depkes.go.id

# Sekapur Sirih

Assalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh,

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

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

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

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

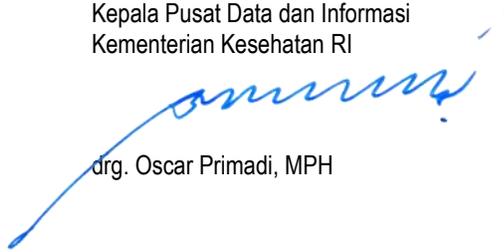
Dengan memberikan dukungan dan fasilitas yang memadai bagi penyandang disabilitas, diharapkan dapat menghilangkan keterbatasan dan hambatan yang ada sehingga dapat memunculkan potensi-potensi yang dimiliki. Potensi yang tersembunyi akibat kurangnya dukungan terhadap penyandang disabilitas merupakan kerugian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

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

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

Wassalaamu'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

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



drg. Oscar Primadi, MPH



# Situasi Penyandang Disabilitas

**Pusat Data dan Informasi**  
Kementerian Kesehatan RI

## PENDAHULUAN

Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa telah mengeluarkan Resolusi Nomor A/61/106 mengenai *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas) pada tanggal 13 Desember 2006. Resolusi tersebut memuat hak-hak penyandang disabilitas dan menyatakan akan mengambil langkah-langkah untuk menjamin pelaksanaan konvensi tersebut. Pasal 25 konvensi tersebut adalah mengenai kesehatan yang menyebutkan bahwa Negara-Negara Pihak (yang menandatangani konvensi) mengakui bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang tersedia tanpa diskriminasi atas dasar disabilitas mereka. Negara-Negara Pihak harus mengambil semua kebijakan yang diperlukan untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan.

Pemerintah Indonesia telah menandatangani konvensi tersebut pada tanggal 30 Maret 2007 di New York. Penandatanganan tersebut menunjukkan kesungguhan negara Indonesia untuk menghormati, melindungi, memenuhi, dan memajukan hak-hak penyandang disabilitas, yang pada akhirnya diharapkan dapat memenuhi kesejahteraan para penyandang disabilitas.

Dalam upaya melindungi, menghormati, memajukan, dan memenuhi hak-hak penyandang disabilitas, Pemerintah Indonesia telah membentuk berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan terhadap penyandang disabilitas, termasuk di antaranya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang memuat mengenai Kesehatan Lanjut Usia dan Penyandang Cacat pada Bagian Ketiga yaitu pasal 138-140.

Menurut Konvensi tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas, disabilitas merupakan suatu konsep yang terus berkembang, dimana penyandang disabilitas mencakup mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama dan ketika berhadapan dengan berbagai hambatan, hal ini dapat menghalangi partisipasi penuh dan efektivitas mereka dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan yang lainnya.

Timbulnya disabilitas dapat dilatarbelakangi masalah kesehatan yang timbul sejak lahir, penyakit kronis maupun akut, dan cedera yang dapat diakibatkan oleh kecelakaan, perang, kerusuhan, bencana, dan sebagainya. Seiring meningkatnya populasi lanjut usia, ditengarai akan meningkatkan jumlah penyandang disabilitas akibat meningkatnya gangguan kesehatan akibat penyakit kronis degeneratif.

Disabilitas erat kaitannya dengan kesehatan baik fisik maupun mental. Disabilitas banyak dilatarbelakangi masalah kesehatan, dan sebaliknya kondisi disabilitas juga dapat mempengaruhi kesehatan. Sektor kesehatan berperan dalam upaya pencegahan hingga rehabilitasi. Dalam upaya pelayanan kesehatan, penyandang disabilitas juga perlu mendapatkan pelayanan khusus dan terjangkau sesuai kebutuhan khusus dari disabilitas yang dimilikinya.

Oleh karena itu, dibutuhkan data dan kondisi penyandang disabilitas dalam perspektif kesehatan untuk memahami dan mengukur kebutuhan penyandang disabilitas dalam kaitannya dengan penyediaan pelayanan kesehatan, serta monitoring dan evaluasi pelayanan kesehatan. Namun, kesehatan bukanlah satu bidang yang dapat berdiri sendiri. Derajat dan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh kondisi sosial budaya serta pelayanan dan penyediaan fasilitas sektor lain.

## SITUASI GLOBAL PENYANDANG DISABILITAS

Disabilitas mencakup kondisi yang luas dan kompleks sehingga tidak mudah untuk menentukan jumlah atau prevalensinya. Pendekatan dalam menghitung jumlah atau prevalensi penyandang disabilitas antara lain dipengaruhi oleh tujuan/pemanfaatan datanya, konsep dan definisi disabilitas yang digunakan, aspek disabilitas yang dinilai (keterbatasan aktifitas, keterbatasan partisipasi, kondisi kesehatan yang terkait, faktor lingkungan) dan sumber datanya.

*World Report on Disability*, WHO, 2011, menggunakan hasil *World Health Survey* dan *Global Burden of Disease* untuk mengestimasi prevalensi disabilitas. Disebutkan dalam laporan tersebut bahwa estimasi prevalensi yang tercantum hendaklah tidak dipandang sebagai angka definitif, namun sebagai refleksi pengetahuan terkini dan ketersediaan data.

### World Health Survey

*World Health Survey* 2002-2004 merupakan survei rumah tangga multi nasional terbesar mengenai kesehatan dan disabilitas yang menggunakan satu set kuesioner dan metode yang konsisten untuk mengumpulkan data kesehatan antar negara. *Conceptual framework* dan domain fungsi yang digunakan berdasarkan *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)*. Survei dilaksanakan di 70 negara, 59 negara di antaranya, yang merupakan 64% populasi dunia, menggunakan data set untuk mengestimasi prevalensi disabilitas pada populasi dunia usia  $\geq 18$  tahun. Namun, Indonesia tidak termasuk dalam 59 negara tersebut.

Tabel 1. Angka Prevalensi Disabilitas pada Populasi Usia  $\geq 18$  Tahun di 59 Negara *World Health Survey* 2002-2004

Subgrup Populasi	Nilai Ambang 40			Nilai Ambang 50		
	Negara Ber-penghasilan Tinggi	Negara Ber-penghasilan Rendah	Semua Negara	Negara Ber-penghasilan Tinggi	Negara Ber-penghasilan Rendah	Semua Negara
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	9,1	13,8	12,0	1,0	1,7	1,4
Perempuan	14,4	22,1	19,2	1,8	3,3	2,7
<b>Kelompok Umur</b>						
18-49	6,4	10,4	8,9	0,5	0,8	0,7
50-59	15,9	23,4	20,6	1,7	2,7	2,4
$\geq 60$	29,5	43,4	38,1	4,4	9,1	7,4
<b>Tempat Tinggal</b>						
Perkotaan	11,3	16,5	14,6	1,2	2,2	2,0
Perdesaan	12,3	18,6	16,4	1,7	2,6	2,3
<b>Kuintil Kekayaan</b>						
Q1 (termiskin)	17,6	22,4	20,7	2,4	3,6	3,2
Q2	13,2	19,7	17,4	1,8	2,5	2,3
Q3	11,6	18,3	15,9	1,1	2,1	1,8
Q4	8,8	16,2	13,6	0,8	2,3	1,7
Q5 (terkaya)	6,5	13,3	11,0	0,5	1,6	1,2
<b>Total</b>	<b>11,8</b>	<b>18,0</b>	<b>15,6</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>2,2</b>

Catatan: Standarisasi angka prevalensi menggunakan umur dan jenis kelamin. Pembagian kategori negara berpenghasilan tinggi dan rendah berdasarkan *Gross National Income (GNI)* per kapita tahun 2004, dengan batas *GNI* USD 3255.

Sumber: *World Report on Disability*, WHO 2011

Aspek domain yang dinilai meliputi afeksi, kognisi, relasi interpersonal, mobilitas, rasa sakit, tidur dan tenaga, perawatan diri, dan penglihatan. Skor komposit berkisar antara 0-100, dengan 0 artinya tidak ada disabilitas dan 100 artinya disabilitas lengkap ("complete disability"). Nilai ambang 40 digunakan untuk menghitung prevalensi penyandang disabilitas, yaitu orang yang

mengalami kesulitan signifikan dalam keseharian. Nilai ambang 50 untuk menghitung prevalensi orang yang mengalami kesulitan yang sangat signifikan.

Pada 59 negara tersebut, prevalensi rata-rata orang berusia 18 tahun atau lebih yang mengalami kesulitan signifikan dalam keseharian sebesar 15,6% (sekitar 650 juta dari 4,2 milyar orang), berkisar antara 11,8% di negara berpendapatan tinggi sampai dengan 18% di negara berpendapatan rendah. Sedangkan prevalensi rata-rata orang yang mengalami kesulitan sangat signifikan sebesar 2,2% (sekitar 92 juta orang di tahun 2004).

Jika dilakukan ekstrapolasi pada angka tersebut untuk mencakup usia 15 tahun atau lebih, menjadi sekitar 720 juta orang mengalami kesulitan signifikan dalam keseharian dan sekitar 100 juta mengalami kesulitan yang sangat signifikan.

Di semua negara, prevalensi pada kelompok berisiko tinggi seperti perempuan, orang miskin dan lanjut usia lebih tinggi, dan prevalensi lebih tinggi pada negara berkembang atau berpendapatan rendah. Misalnya prevalensi disabilitas pada usia 60 tahun atau lebih di negara berpendapatan rendah sebesar 43,4% sedangkan di negara berpendapatan tinggi sebesar 29,5%.

### Global Burden of Disease

Kajian *Global Burden of Disease* mulai dilaksanakan pada tahun 1990 oleh Bank Dunia untuk menilai beban relatif dari kematian dan disabilitas yang terlalu dini akibat penyakit, cedera dan faktor-faktor risiko lainnya. WHO menilai kembali *Global Burden of Disease* tahun 2002-2004, sejalan dengan tersedianya data, untuk mengestimasi insidens, prevalensi, keparahan, durasi dan kematian pada lebih dari 130 kondisi kesehatan di 17 sub regional dunia.

Hasil analisis dari *Global Burden of Disease* tahun 2004 didapatkan bahwa 15,3% populasi dunia (sekitar 978 juta orang dari 6,4 milyar estimasi jumlah penduduk tahun 2004) mengalami disabilitas sedang atau parah, dan 2,9% atau sekitar 185 juta mengalami disabilitas parah. Pada populasi usia 0-14 tahun prevalensinya berturut-turut adalah 5,1% (93 juta orang) dan 0,7% (13 juta orang). Sedangkan pada populasi usia 15 tahun atau lebih, sebesar 19,4% (892 juta orang) dan 3,8% (175 juta orang).

Tabel 2. Estimasi Prevalensi Disabilitas Berdasarkan Estimasi *Global Burden of Disease* Tahun 2004

Jenis Kelamin/Umur	Persentase							
	Dunia	Negara Berpenghasilan Tinggi	Negara Berpenghasilan Menengah dan Rendah, Regional WHO					
			Afrika	Amerika	Asia Tenggara	Eropa	Mediterrania Timur	Pasifik Barat
<b>Disabilitas Parah</b>								
<b>Laki-laki</b>								
0-14 tahun	0,7	0,4	1,2	0,7	0,7	0,9	0,9	0,5
15-59 tahun	2,6	2,2	3,3	2,6	2,7	2,8	2,9	2,4
≥60 tahun	9,8	7,9	15,7	9,2	11,9	7,3	11,8	9,8
<b>Perempuan</b>								
0-14 tahun	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7	0,8	0,8	0,5
15-59 tahun	2,8	2,5	3,3	2,6	3,1	2,7	3,0	2,4
≥60 tahun	10,5	9,0	17,9	9,2	13,2	7,2	13,0	10,3
<b>Laki-laki dan Perempuan</b>								
0-14 tahun	0,7	0,4	1,2	0,6	0,7	0,8	0,9	0,5
15-59 tahun	2,7	2,3	3,3	2,6	2,9	2,7	3,0	2,4
≥60 tahun	10,2	8,5	16,9	9,2	12,6	7,2	12,4	10,0
≥15 tahun	3,8	3,8	4,5	3,4	4,0	3,6	3,9	3,4
Semua Umur	2,9	3,2	3,1	2,6	2,9	3,0	2,8	2,7

Tabel 2. (Lanjutan)

Jenis Ke- lamin/Umur	Persentase							
	Dunia	Negara Ber- penghasilan Tinggi	Negara Berpenghasilan Menengah dan Rendah, Regional WHO					
			Afrika	Amerika	Asia Tenggara	Eropa	Mediterania Timur	Pasifik Barat
<b>Disabilitas Sedang dan Parah</b>								
Laki-laki								
0-14 tahun	5,2	2,9	6,4	4,6	5,3	4,4	5,3	5,4
15-59 tahun	14,2	12,3	16,4	14,3	14,8	14,9	13,7	14,0
≥60 tahun	45,9	36,1	52,1	45,1	57,5	41,9	53,1	46,4
Perempuan								
0-14 tahun	5,0	2,8	6,5	4,3	5,2	4,0	5,2	5,2
15-59 tahun	15,7	12,6	21,6	14,9	18,0	13,7	17,3	13,3
≥60 tahun	46,3	37,4	54,3	43,6	60,1	41,1	54,4	47,0
<b>Laki-laki dan Perempuan</b>								
0-14 tahun	5,1	2,8	6,4	4,5	5,2	4,2	5,2	5,3
15-59 tahun	14,9	12,4	19,1	14,6	16,3	14,3	15,5	13,7
≥60 tahun	46,1	36,8	53,3	44,3	58,8	41,4	53,7	46,7
≥15 tahun	19,4	18,3	22,0	18,3	21,1	19,5	19,1	18,1
Semua Umur	15,3	15,4	15,3	14,1	16,0	16,4	14,0	15,0

Catatan: Negara berpendapatan tinggi adalah negara dengan GNI perkapita tahun 2004 sebesar USD 10.066 atau lebih, sesuai estimasi Bank Dunia. Negara berpendapatan rendah dan menengah dikelompokkan menurut Regional WHO dan GNI perkapita tahun 2004 kurang dari USD 10.066 (sesuai estimasi Bank Dunia). Disabilitas parah terdiri dari kelas VI dan VII, disabilitas sedang dan parah terdiri dari kelas III ke atas.

Sumber: *World Report on Disability*, WHO 2011

Kajian *Global Burden of Disease* juga menganalisis penyebab utama disabilitas. Hasil analisis didapatkan bahwa kehilangan pendengaran dan gangguan refraksi merupakan penyebab disabilitas terbanyak. Gangguan mental seperti depresi, penyalahgunaan alkohol dan psikosis seperti gangguan *bipolar* dan *schizophrenia* juga merupakan 20 penyebab terbanyak, seperti dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3. Estimasi Jumlah Penyandang Disabilitas Sedang dan Parah (dalam juta) Menurut Kondisi Kesehatan Utama yang Terkait dengan Disabilitas Berdasarkan Estimasi *Global Burden of Disease* Tahun 2004

No	Kondisi Kesehatan <sup>(b,c)</sup>	Negara Berpendapatan Tinggi <sup>(a)</sup> (total populasi 977 juta)		Negara Berpendapatan Rendah dan Sedang (total populasi 5,460 juta)		Dunia (populasi 6,437 juta)
		0-59 tahun	≥60 tahun	0-59 tahun	≥60 tahun	Semua umur
1	Kehilangan pendengaran <sup>(d)</sup>	7,4	18,5	54,3	43,9	124,2
2	Gangguan refraksi <sup>(e)</sup>	7,7	6,4	68,1	39,8	121,9
3	Depresi	15,8	0,5	77,6	4,8	98,7
4	Katarak	0,5	1,1	20,8	31,4	53,8
5	Cedera tidak disengaja	2,8	1,1	35,4	5,7	45,0
6	<i>Osteoarthritis</i>	1,9	8,1	14,1	19,4	43,4
7	Ketergantungan dan penyalahgunaan alkohol	7,3	0,4	31,0	1,8	40,5

Tabel 3. (Lanjutan)

No	Kondisi Kesehatan <sup>(b,c)</sup>	Negara Berpendapatan Tinggi <sup>a)</sup> (total populasi 977 juta)		Negara Berpendapatan Rendah dan Sedang (total populasi 5,460 juta)		Dunia (populasi 6,437 juta)
		0-59 tahun	≥60 tahun	0-59 tahun	≥60 tahun	Semua umur
8	Infertilitas akibat aborsi tidak aman dan sepsis maternal	0,8	0,0	32,5	0,0	33,4
9	Degenerasi makula <sup>(f)</sup>	1,8	6,0	9,0	15,1	31,9
10	Penyakit paru obstruktif Menahun	3,2	4,5	10,9	8,0	26,6
11	Penyakit jantung iskemik	1,0	2,2	8,1	11,9	23,2
12	Gangguan bipolar	3,3	0,4	17,6	0,8	22,2
13	Asma	2,9	0,5	15,1	0,9	19,4
14	<i>Schizophrenia</i>	2,2	0,4	13,1	1,0	16,7
15	Glaukoma	0,4	1,5	5,7	7,9	15,5
16	Alzheimer dan demensia lainnya	0,4	6,2	1,3	7,0	14,9
17	<i>Panic disorder</i>	1,9	0,1	11,4	0,3	13,8
18	Penyakit kardiovaskular	1,4	2,2	4,0	4,9	12,6
19	Artritis reumatoid	1,3	1,7	5,9	3,0	11,9
20	Ketergantungan dan penyalahgunaan obat	3,7	0,1	8,0	0,1	11,8

Catatan:

- Negara berpenghasilan tinggi adalah negara dengan *GNI* perkapita USD 10.066 atau lebih pada tahun 2004, estimasi Bank Dunia.
- Kelas disabilitas *Global Burden of Disease (GBD)* III dan di atasnya. Kelas disabilitas *GBD* terdiri dari 7 kelas, semakin tinggi kelasnya semakin parah disabilitasnya.
- Penyakit dan cedera yang berhubungan dengan disabilitas. Urutan berdasarkan prevalensi global pada semua umur.
- Termasuk kehilangan pendengaran yang dimulai pada usia dewasa, tidak termasuk yang disebabkan infeksi, dikontrol dengan ketersediaan alat bantu pendengaran.
- Termasuk gangguan refraksi, dikontrol dengan ketersediaan kacamata dan alat koreksi penglihatan lain.
- Termasuk kehilangan penglihatan terkait umur selain glaukoma, katarak dan gangguan refraksi.

Sumber: *World Report on Disability, WHO 2011*

## SITUASI PENYANDANG DISABILITAS DI INDONESIA

Data penyandang disabilitas di Indonesia dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan kementerian/lembaga lain yang berkepentingan, antara lain Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan Kementerian Kesehatan. Data yang dihasilkan dapat berbeda karena konsep dan definisi yang berbeda tergantung tujuan dan kebutuhan masing-masing.

BPS mengumpulkan data penyandang disabilitas sejak tahun 1980 melalui kegiatan sensus dan survei berikut:

- Sensus Penduduk tahun 1980 dan 2010
- Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 1998, 2000, 2002, 2003, 2006, 2009 dan 2012
- Survei Potensi Desa tahun 2002 (penyandang disabilitas di panti dan di rumah tangga)
- Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2008 dan 2011

Dalam Susenas tahun 1998, 2000, 2003 dan 2009 digunakan istilah kecacatan dengan definisi kecacatan adalah hilangnya atau abnormalitas dari fungsi atau struktur anatomi, psikologi maupun fisiologi. Susenas 2006 menggunakan istilah disabilitas dan cacat. Disabilitas didefinisikan sebagai ketidakmampuan melaksanakan sesuatu aktivitas atau kegiatan tertentu sebagaimana

layaknya orang normal. Sedangkan cacat adalah kelainan atau kerusakan anggota tubuh dan sebagainya yang menyebabkan keadaannya menjadi kurang sempurna atau abnormal. Susenas 2012 menggunakan istilah disabilitas dengan definisi ketidakmampuan melaksanakan suatu aktivitas atau kegiatan tertentu sebagaimana layaknya orang normal yang disebabkan kondisi *impairment* (kehilangan/ketidakmampuan) yang berhubungan dengan usia dan masyarakat.

Pada bulan Mei 2014, BPS telah meluncurkan instrumen survei dan buku pedoman penyelenggaraan survei disabilitas. Kuesioner disusun mengadopsi pertanyaan yang direkomendasikan oleh *Washington Group on Disabilities* yang hasilnya dapat dibandingkan antar wilayah maupun antar negara. Pelaksanaan survei direncanakan mulai dilaksanakan pada tahun 2015. Dengan demikian diharapkan akan tersedia data penyandang disabilitas yang dapat digunakan untuk semua kementerian/ lembaga.

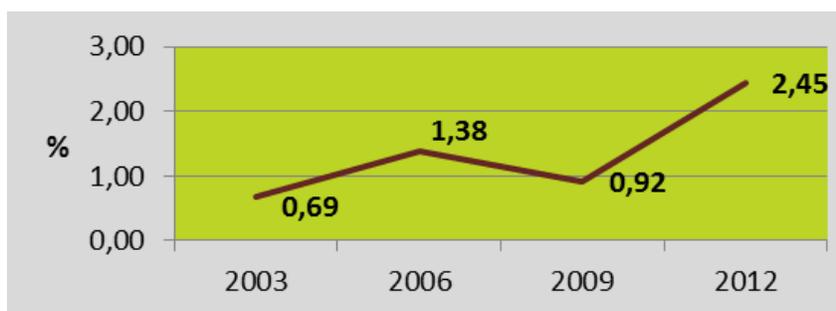
Sejak tahun 2007 data penyandang disabilitas dikumpulkan melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan dan telah dilaksanakan pada tahun 2007, 2010, dan 2013. Data disabilitas yang dikumpulkan dalam Riskesdas adalah data untuk kelompok umur 15 tahun ke atas dan merupakan kondisi disabilitas dalam kurun waktu sebulan sebelum survei. Kondisi disabilitas diukur menurut penilaian responden mengenai tingkat kesulitan dirinya dalam melaksanakan fungsi tubuh, individu dan sosial.

Instrumen untuk data disabilitas pada Riskesdas 2007 dan 2013 tidak persis sama. Pada Riskesdas 2007 menggunakan pertanyaan yang dikembangkan oleh WHO dalam *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* yang terdiri dari sebelas pertanyaan terkait dengan gangguan fungsi tubuh, sembilan pertanyaan terkait dengan fungsi individu dan sosial, dan tiga pertanyaan tambahan terkait dengan kemampuan merawat diri, melakukan aktivitas/gerak atau berkomunikasi. Riskesdas 2013 diadaptasi dari WHODAS (*WHO Disability Assessment Schedule*) 2 sebagai operasionalisasi dari konsep *International Classification of Functioning (ICF)*, terdiri dari 12 pernyataan/komponen tentang status disabilitas seseorang.

### Prevalensi Disabilitas

Susenas 2012 mendapatkan penduduk Indonesia yang menyandang disabilitas sebesar 2,45%. Peningkatan dan penurunan persentase penyandang disabilitas yang terlihat pada gambar di bawah ini, dipengaruhi adanya perubahan konsep dan definisi pada Susenas 2003 dan 2009 yang masih menggunakan konsep kecacatan, sedangkan Susenas 2006 dan 2012 telah memasukkan konsep disabilitas. Walaupun demikian, jika kita bandingkan antara Susenas 2003 dengan 2009 dan Susenas 2006 dengan 2012 terjadi peningkatan prevalensi.

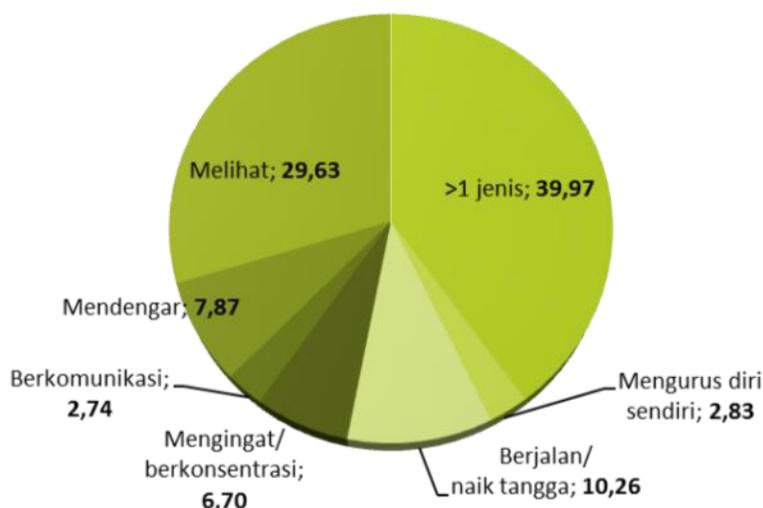
Gambar 1. Persentase Penduduk Penyandang Disabilitas Berdasarkan Data Susenas 2003, 2006, 2009, dan 2012



Sumber: BPS

Berdasarkan data Susenas tahun 2012 penyandang disabilitas terbanyak adalah penyandang yang mengalami lebih dari satu jenis keterbatasan, yaitu sebesar 39,97%, diikuti keterbatasan melihat, dan berjalan atau naik tangga seperti pada gambar di bawah ini.

Gambar 2. Distribusi Penyandang Disabilitas Menurut Jenis Disabilitas Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

Sensus Penduduk 2010 mengumpulkan data mengenai penduduk yang mengalami kesulitan melihat, mendengar, berjalan atau naik tangga, mengingat atau berkonsentrasi atau berkomunikasi dan kesulitan mengurus diri sendiri. Data yang dapat disajikan adalah data disabilitas pada penduduk usia 10 tahun ke atas karena ditemukan ketidakwajaran data untuk usia kurang dari 10 tahun yang dimungkinkan karena kesalahan pemahaman konsep dan definisi. Berikut ini adalah persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengalami kesulitan fungsional berdasarkan data Sensus Penduduk tahun 2010.

Tabel 4. Persentase Penduduk Umur  $\geq 10$  Tahun yang Mengalami Kesulitan Fungsional Berdasarkan Data Sensus Penduduk Tahun 2010

Jenis Kesulitan	Mengalami Kesulitan (dalam ribuan)		%
	Sedikit	Parah	
Melihat	5.313	507	3,05
Mendengar	5.268	456	1,58
Berjalan atau Naik Tangga	2.432	656	1,62
Mengingat atau Konsentrasi	2.126	616	1,44
Mengurus Diri Sendiri	1.511	533	1,07
Mengalami Kesulitan	9.046		4,74

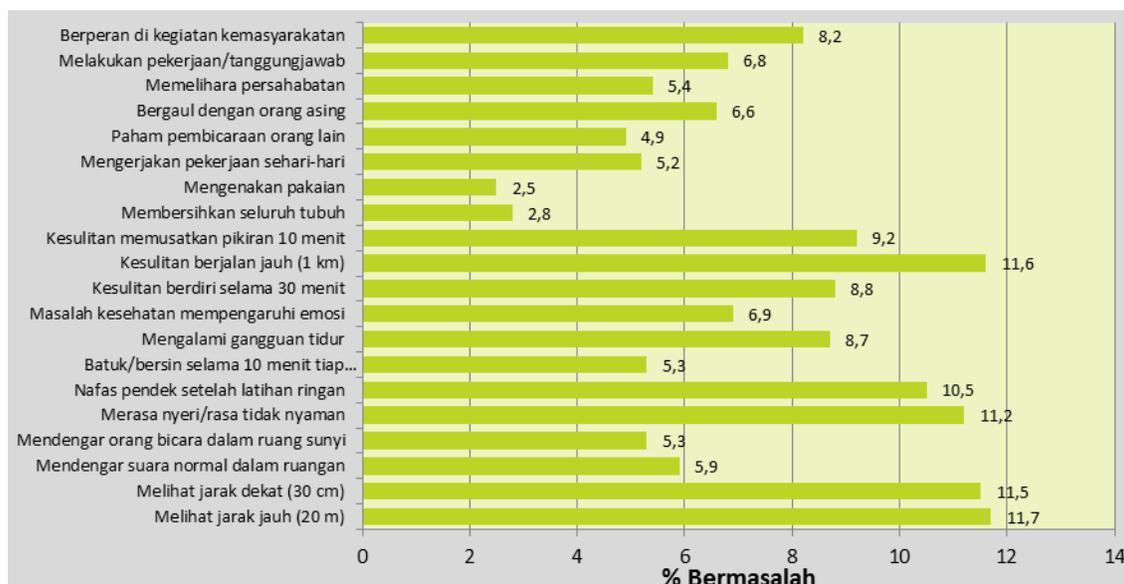
Sumber: BPS

Persentase penduduk umur  $\geq 10$  tahun yang mengalami kesulitan adalah sebesar 4,74%. Jenis kesulitan tertinggi adalah kesulitan melihat, yaitu sebesar 3,05% sedangkan kesulitan lainnya berkisar sebesar 1-2%. Kesulitan yang sedikit atau ringan terbanyak terjadi pada kemampuan melihat dan diikuti kemampuan mendengar, sedangkan kesulitan yang parah terbanyak terjadi pada kemampuan berjalan atau naik tangga dan diikuti kemampuan mengingat atau konsentrasi.

Riskesdas 2007 mendapatkan status disabilitas yang dirasakan oleh penduduk usia 15 tahun ke atas dalam satu bulan terakhir adalah sebesar 1,8% dengan kriteria "sangat bermasalah" dan 19,5% dengan kriteria "bermasalah". Sedangkan menurut Riskesdas 2013 prevalensi dengan disabilitas sedang sampai sangat berat sebesar 11%.

Persentase penduduk dengan masalah dalam fungsi tubuh/individu/sosial dari hasil Riskesdas 2007 adalah sebagai berikut.

Gambar 3. Persentase Penduduk yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial, Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2007



Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa persentase tertinggi adalah penduduk yang bermasalah dalam melihat jarak jauh, kesulitan berjalan jauh dan melihat jarak dekat.

Sedangkan proporsi tingkat kesulitan penduduk Indonesia menurut 12 komponen hasil Riskesdas 2013 adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Proporsi (%) Tingkat Kesulitan Penduduk Indonesia Menurut Komponen Disabilitas Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013

No	Komponen Disabilitas	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat	Disabilitas*
1	Sulit berdiri dalam waktu lama (misalnya 30 menit)	88,9	5,3	3,1	2,2	0,5	5,8
2	Sulit mengerjakan kegiatan rumah tangga yang menjadi tanggung jawabnya	90,1	5,3	2,8	1,5	0,4	4,7
3	Sulit mempelajari/ mengerjakan hal-hal baru, seperti untuk menemukan tempat/alamat baru, mempelajari permainan, resep baru	90,4	4,9	2,6	1,6	0,4	4,6
4	Sulit dapat berperan serta dalam kegiatan kemasyarakatan (misalnya dalam kegiatan keagamaan, sosial)	91,3	4,8	2,2	1,2	0,4	3,8
5	Seberapa besar masalah kesehatan yang dialami mempengaruhi keadaan emosi?	90,1	5,5	3,0	1,1	0,3	4,4
6	Seberapa sulit memusatkan pikiran dalam melakukan sesuatu selama 10 menit?	90,9	5,1	2,5	1,1	0,3	3,9
7	Seberapa sulit dapat berjalan jarak jauh misalnya 1 kilometer?	88,5	4,6	2,9	2,9	1,0	6,8
8	Seberapa sulit membersihkan seluruh tubuh?	94,1	4,1	1,1	0,5	0,2	1,8
9	Seberapa sulit mengenakan pakaian?	94,5	3,9	1,0	0,4	0,2	1,6
10	Seberapa sulit berinteraksi/ bergaul dengan orang yang belum dikenal sebelumnya?	92,9	4,6	1,7	0,6	0,2	2,5
11	Seberapa sulit memelihara persahabatan?	93,3	4,5	1,5	0,5	0,2	2,2
12	Seberapa sulit mengerjakan pekerjaan sehari-hari?	91,9	4,7	1,9	1,0	0,4	3,3

Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

\*Tingkat kesulitan sedang, berat dan sangat berat

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa persentase tertinggi adalah penduduk yang bermasalah dalam berjalan jauh dan berdiri lama. Komponen disabilitas dalam Riskesdas 2013 tidak mencakup kemampuan melihat yang merupakan masalah yang tertinggi dalam Riskesdas 2007 sehingga tidak dapat dibandingkan.

Terdapat sebelas komponen disabilitas dengan prevalensi yang dapat dibandingkan antara hasil Riskesdas 2007 dan 2013, yaitu sebagai berikut:

Gambar 4. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Komponen Disabilitas Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2007 dan 2013



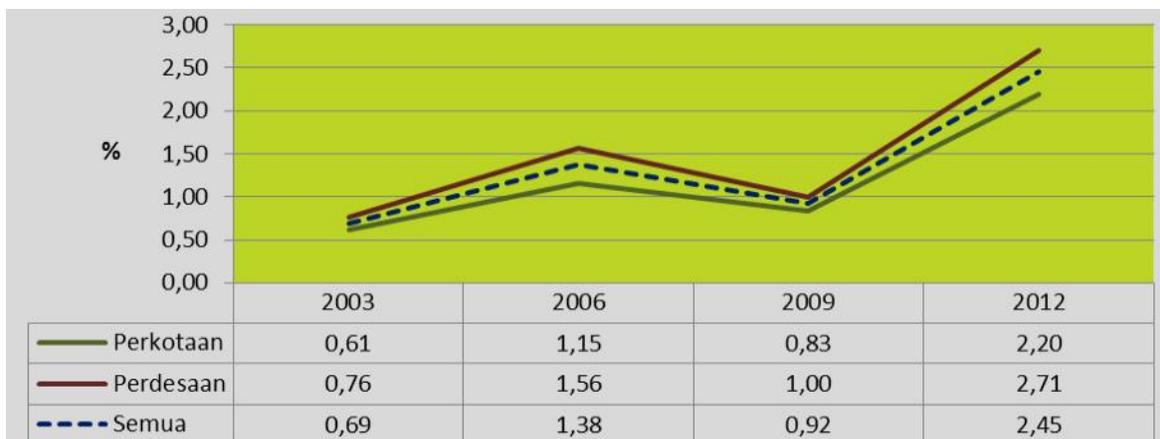
Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Secara umum prevalensi disabilitas berdasarkan 11 komponen di atas pada Riskesdas 2013 lebih rendah dibandingkan Riskesdas 2007.

### Prevalensi Disabilitas Menurut Tipe Daerah

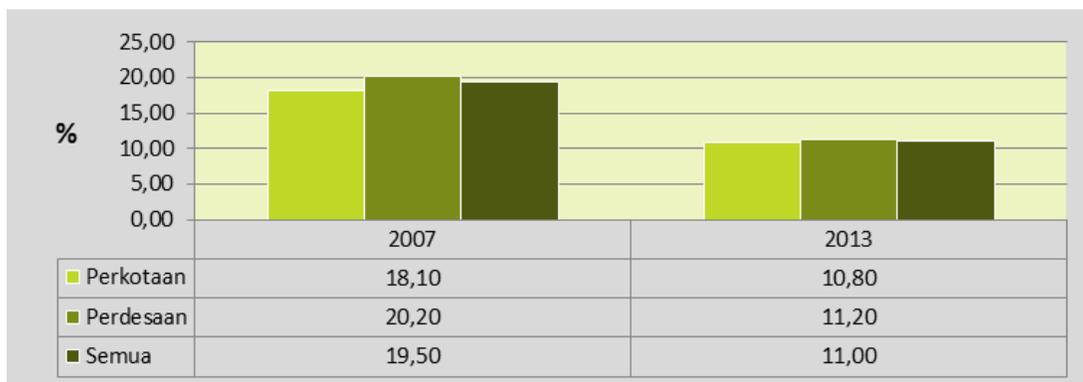
Hasil Susenas maupun Riskesdas mendapatkan bahwa prevalensi disabilitas di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan.

Gambar 5. Persentase Penduduk Penyandang Disabilitas Menurut Tipe Daerah Berdasarkan Data Susenas Tahun 2003, 2006, 2009 dan 2012



Sumber: BPS

Gambar 6. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Tipe Daerah Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2007 dan 2013

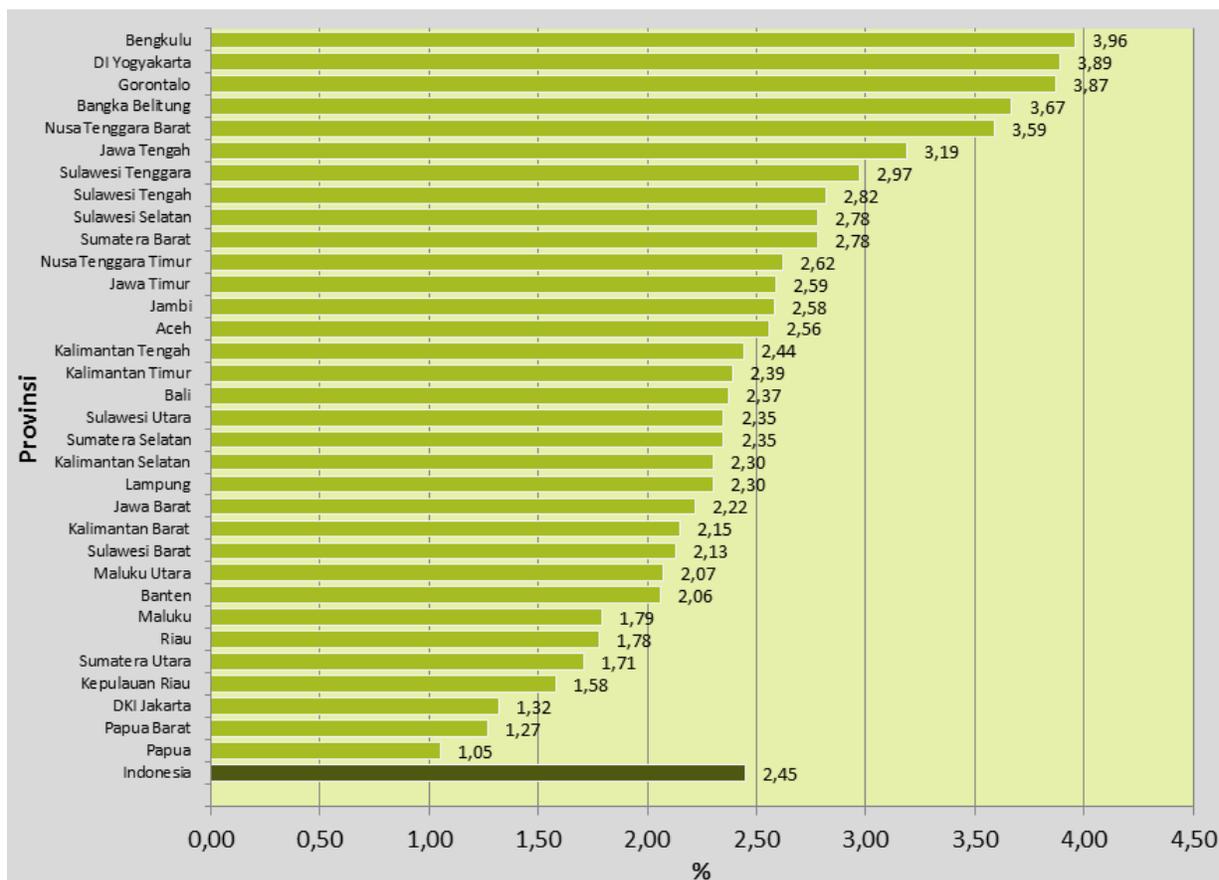


Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Disabilitas Menurut Provinsi

Persentase penyandang disabilitas di Indonesia berdasarkan hasil Susenas tahun 2012 adalah sebesar 2,45%. Provinsi dengan persentase penyandang disabilitas tertinggi adalah Bengkulu (3,96%) dan terendah adalah Papua (1,05%). Prevalensi masing-masing provinsi digambarkan pada grafik di bawah ini.

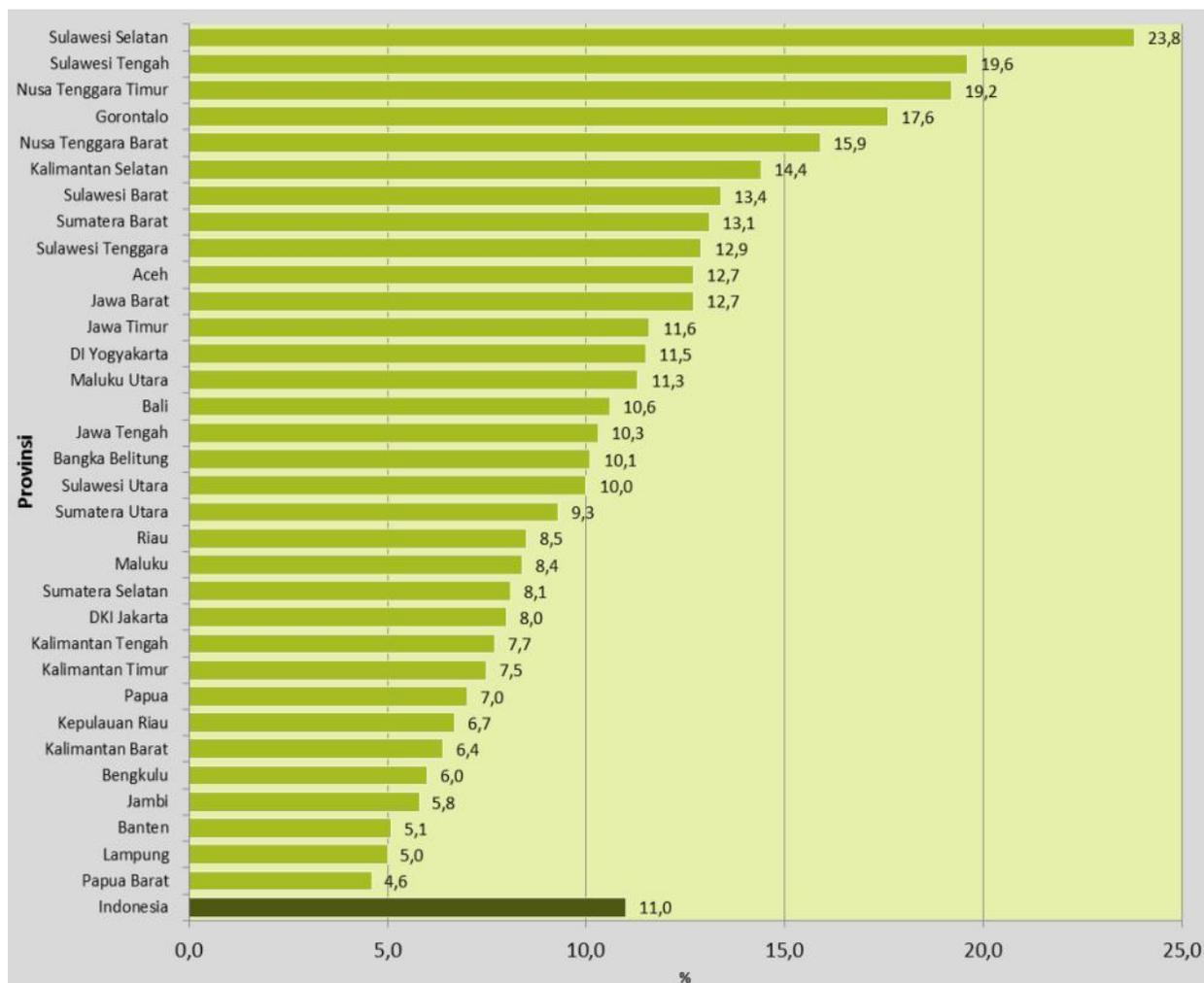
Gambar 7. Persentase Penyandang Disabilitas Menurut Provinsi Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

Prevalensi penduduk Indonesia dengan disabilitas sedang sampai sangat berat berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 adalah sebesar 11%. Provinsi dengan prevalensi disabilitas tertinggi adalah Sulawesi Tengah (23,8%) dan terendah adalah Papua Barat (4,6%). Prevalensi masing-masing provinsi digambarkan pada grafik di bawah ini.

Gambar 8. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Provinsi, Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013



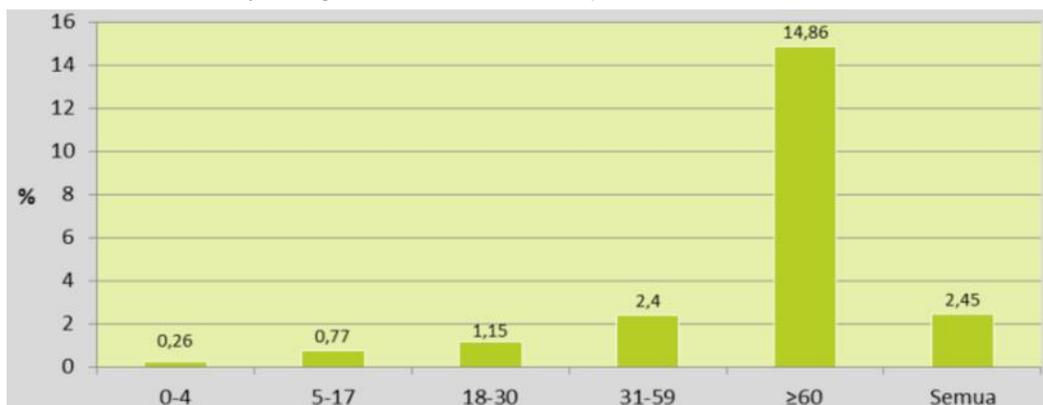
Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Terdapat 6 provinsi yang merupakan 10 provinsi tertinggi baik di Susenas tahun 2012 maupun Riskesdas tahun 2013 yaitu Gorontalo, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan dan Sulawesi Barat. Terdapat 4 provinsi yang merupakan 10 provinsi terendah baik di Susenas tahun 2012 maupun Riskesdas tahun 2013 yaitu Papua, Papua Barat, Kepulauan Riau dan Banten.

### Prevalensi Disabilitas Menurut Kelompok Umur

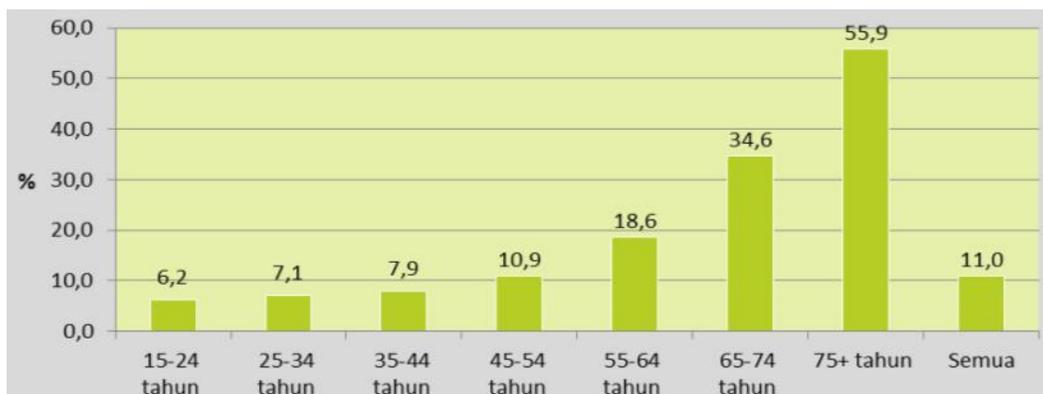
Hasil Susenas tahun 2012 maupun Riskesdas tahun 2013 mendapatkan bahwa prevalensi disabilitas meningkat seiring dengan penambahan usia seperti gambar di bawah ini.

Gambar 9. Persentase Penyandang Disabilitas Menurut Kelompok Umur Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

Gambar 10. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Kelompok Umur Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013

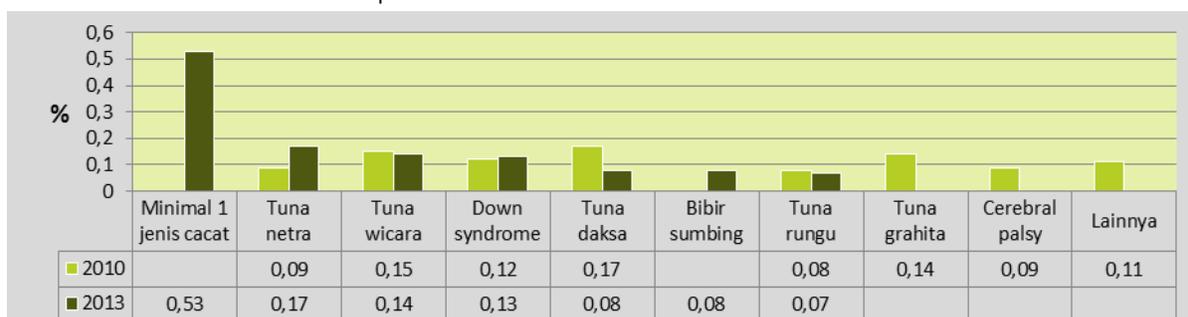


Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Kecacatan pada Anak Umur 24-59 Bulan

Riskesdas tahun 2010 dan 2013 melakukan pendataan anak umur 24-59 bulan yang menyandang cacat. Pada Riskesdas tahun 2010 dikumpulkan data mengenai penyandang tuna netra, tuna rungu, tuna wicara, tuna grahita, tuna daksa, *down syndrome*, *cerebral palsy* dan lainnya. Sedangkan pada Riskesdas tahun 2013 dikumpulkan data mengenai penyandang tuna netra, tuna wicara, *Down syndrome*, tuna daksa (cacat anggota badan), bibir sumbing dan tuna rungu. Prevalensi anak umur 24-59 tahun yang menyandang satu jenis cacat pada Riskesdas tahun 2013 adalah sebesar 0,53% dengan jenis kecacatan tertinggi adalah tuna netra dan terendah adalah tuna rungu.

Gambar 11. Prevalensi Kecacatan pada Anak Umur 24-59 Bulan Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2010 dan 2013



Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Disabilitas Menurut Jenis Kelamin

Hasil Riskesdas tahun 2007 maupun tahun 2012 mendapatkan bahwa prevalensi penyandang disabilitas pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki.

Tabel 6. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Jenis Kelamin Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2007 dan 2013

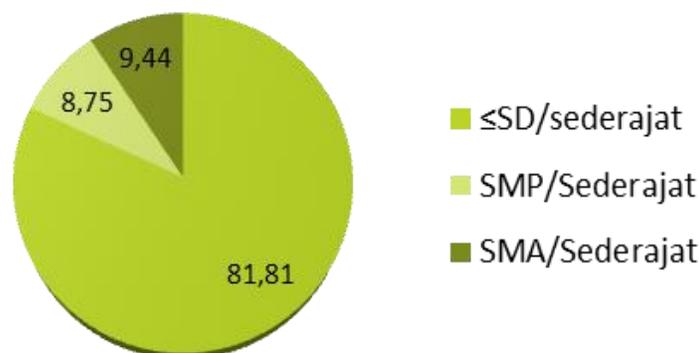
Jenis Kelamin	Prevalensi (%)	
	Riskesdas 2007	Riskesdas 2013
Laki-laki	17,4	9,2
Perempuan	21,5	12,8

Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Disabilitas Menurut Pendidikan

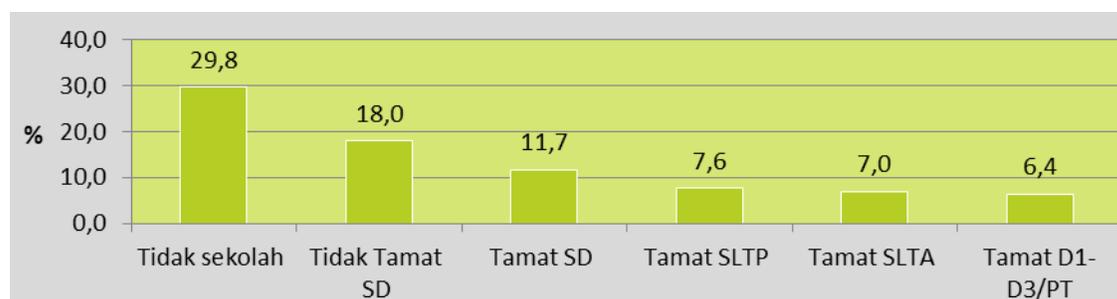
Hasil Susenas tahun 2012 maupun Riskesdas tahun 2013 mendapatkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka prevalensi disabilitas menurun.

Gambar 12. Distribusi Penyandang Disabilitas Menurut Jenis Pendidikan Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

Gambar 13. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Pendidikan Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013

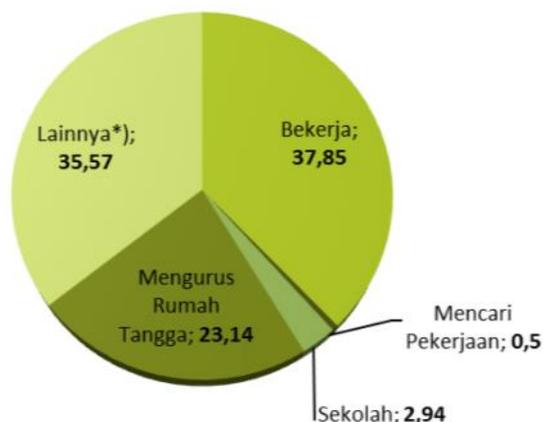


Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Disabilitas Menurut Pekerjaan

Hasil Susenas tahun 2012 mendapatkan bahwa 37,85% penyandang disabilitas berumur 10 tahun ke atas memiliki pekerjaan dalam seminggu terakhir. Sebagian besar bidang pekerjaan yang dilakukan adalah pertanian.

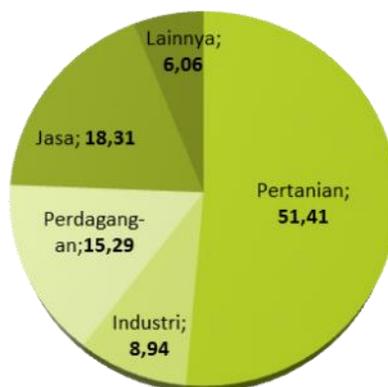
Gambar 14. Distribusi Penyandang Disabilitas Usia  $\geq 10$  Tahun Menurut Kegiatan Utama Seminggu Terakhir Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

\*Selain kegiatan pribadi, misalnya olahraga, kursus, piknik dan kegiatan sosial (berorganisasi, kerja bakti)

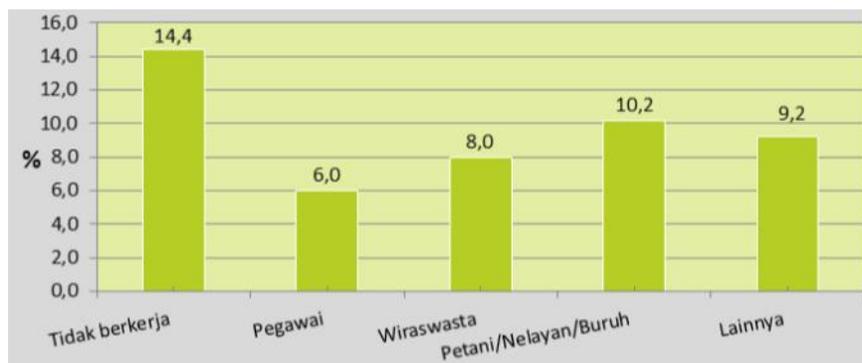
Gambar 15. Distribusi Penyandang Disabilitas Usia  $\geq 10$  Tahun yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: BPS

Hasil Riskesdas tahun 2013 mendapatkan bahwa prevalensi disabilitas tertinggi adalah pada kelompok orang yang tidak bekerja, yaitu sebesar 14,4% dan terendah pada kelompok orang yang bekerja sebagai pegawai.

Gambar 16. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Pekerjaan Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013



Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Prevalensi Disabilitas Menurut Indeks Kepemilikan

Adanya keterbatasan pada penyandang disabilitas menyebabkan penyandang disabilitas rentan tergolong kedalam kelompok masyarakat miskin. Hasil Riskesdas tahun 2013 mendapatkan prevalensi disabilitas semakin tinggi pada indeks kepemilikan yang lebih rendah.

Gambar 17. Prevalensi Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Kuintil Indeks Kepemilikan Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013

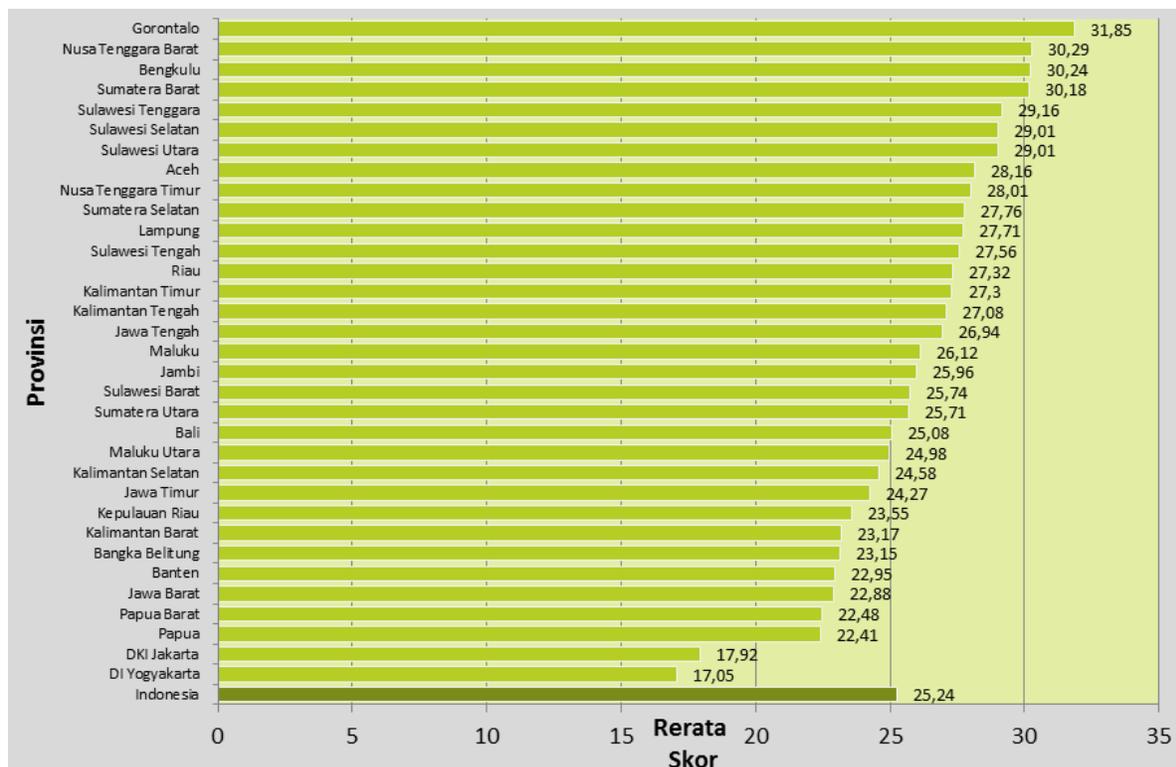


Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

### Skor Disabilitas

Sistem penilaian disabilitas dari WHODAS 2 mencerminkan derajat disabilitas. Riskesdas tahun 2013 menghitung skor disabilitas yang didasarkan pada sistem penilaian WHODAS 2, dengan skor maksimal 100. Semakin tinggi skor mencerminkan semakin berat derajat disabilitas. Rerata skor penduduk Indonesia adalah 25,24. Rerata skor disabilitas tertinggi berada pada Provinsi Gorontalo (31,85) dan terendah di DI Yogyakarta (17,6).

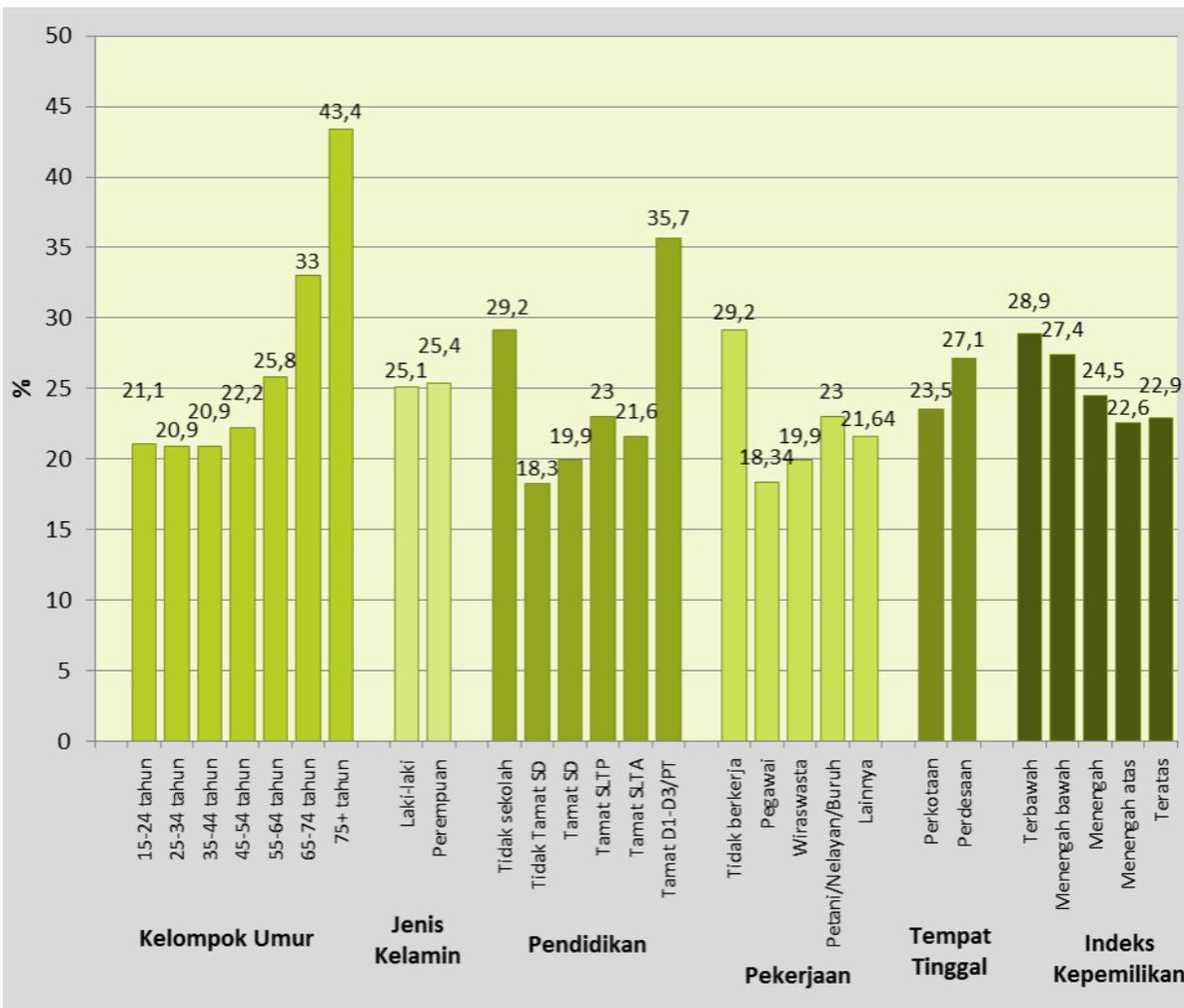
Gambar 18. Rerata Skor Disabilitas Penduduk Indonesia Usia  $\geq 15$  Tahun Menurut Provinsi Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013



Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

Rerata skor disabilitas semakin tinggi sesuai dengan penambahan usia, tingkat pendidikan rendah, bertempat tinggal di desa dan penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah. Pada penduduk perempuan skor disabilitas sedikit lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Sedangkan menurut pekerjaan, rerata skor tertinggi berada pada kelompok tidak bekerja, diikuti oleh petani/nelayan/buruh, dan terendah pada kelompok pegawai.

Gambar 19. Rerata Skor Disabilitas Penduduk Indonesia Usia ≥15 Tahun Menurut Karakteristik Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2013



Sumber: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan

## KESIMPULAN

1. Estimasi prevalensi penyandang disabilitas global:
  - a. *World Health Survey* 2002-2004: pada populasi usia  $\geq 18$  tahun
    - Mengalami kesulitan signifikan dalam keseharian sebesar 15,6% (sekitar 650 juta dari 4,2 milyar orang).
    - Mengalami kesulitan sangat signifikan sebesar 2,2% (sekitar 92 juta orang).
  - b. *Global Burden of Disease* tahun 2004:
    - Disabilitas sedang atau parah sebesar 15,3% (sekitar 978 juta orang dari 6,4 milyar estimasi jumlah penduduk tahun 2004).
    - Disabilitas parah sebesar 2,9% (sekitar 185 juta orang).
    - Penyebab disabilitas terbanyak adalah kehilangan pendengaran dan gangguan refraksi. Gangguan mental seperti depresi, penyalahgunaan alkohol dan psikosis seperti gangguan *bipolar* dan *schizophrenia* juga merupakan 20 penyebab terbanyak.
  - c. Di semua negara, prevalensi disabilitas pada kelompok berisiko tinggi seperti perempuan, orang miskin dan lanjut usia lebih tinggi, dan prevalensi lebih tinggi pada negara berkembang.
  
2. Prevalensi penyandang disabilitas di Indonesia:
  - a. Susenas tahun 2012:
    - Penyandang disabilitas sebesar 2,45%.
    - Sebesar 39,97% penyandang disabilitas mengalami lebih dari satu jenis keterbatasan, diikuti keterbatasan melihat, dan berjalan/naik tangga.
  - b. Sensus Penduduk tahun 2010: pada penduduk usia  $>10$  tahun
    - Mengalami kesulitan sebesar 4,74%.
    - Jenis kesulitan tertinggi adalah kesulitan melihat, yaitu 3,05% sedangkan yang lain di kisaran 1-2%.
    - Kesulitan yang parah banyak terjadi pada kemampuan berjalan atau naik tangga dan diikuti mengingat atau konsentrasi.
  - c. Riskesdas: pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun, dalam kondisi 1 bulan terakhir.
 

Riskesdas tahun 2007:

    - Disabilitas dengan kriteria "sangat bermasalah" sebesar 1,8%.
    - Disabilitas dengan kriteria "bermasalah" sebesar 19,5%.
    - Persentase tertinggi adalah bermasalah dalam melihat jarak jauh, kesulitan berjalan jauh dan melihat jarak dekat.

Riskesdas tahun 2013:

    - Disabilitas sedang sampai sangat berat sebesar 11%.
    - Persentase tertinggi adalah bermasalah dalam berjalan jauh dan berdiri lama. Kemampuan melihat yang merupakan masalah yang tertinggi dalam Riskesdas tahun 2007 tidak dinilai khusus sehingga tidak bisa dibandingkan.
  
3. Provinsi dengan persentase penyandang disabilitas tertinggi dan terendah:
  - a. Berdasarkan hasil Susenas tahun 2012 tertinggi adalah Bengkulu sebesar 3,96% dan terendah Papua sebesar 1,05%.
  - b. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 tertinggi adalah di Sulawesi Tengah sebesar 23,8% dan terendah Papua Barat sebesar 4,6%.
  
4. Rerata skor disabilitas (mencerminkan derajat disabilitas) tertinggi di Provinsi Gorontalo dan tertinggi di DI Yogyakarta.
  
5. Prevalensi dan rerata skor disabilitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang bertempat tinggal di perdesaan, pada kelompok usia yang lebih tinggi, perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, atau bekerja sebagai petani/buruh nelayan, dan indeks kepemilikan terbawah. Hanya 37,85% penyandang disabilitas yang bekerja, dan di antara penyandang disabilitas yang bekerja tersebut, sebesar 51% bekerja di bidang pertanian.

### Referensi

1. Badan Pusat Statistik. (2012). *Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Tahun 2012*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
2. Kementerian Kesehatan. (2008). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
3. Kementerian Kesehatan. (2010). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
4. Kementerian Kesehatan. (2014). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.
5. *World Health Organization*. (2011). *World Report on Disability*. Geneva: *World Health Organization*.



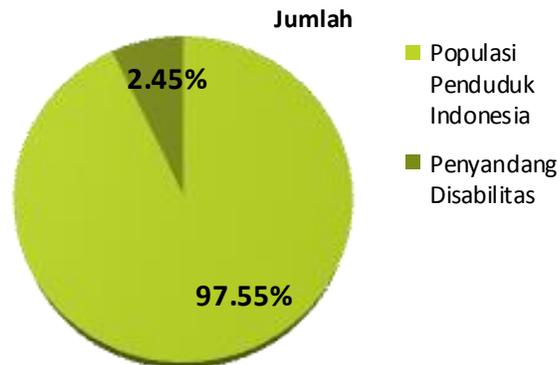
## Program Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas dan Pergeseran Paradigma Penanganan Penyandang Disabilitas

**Drs. Agus Diono**

Kepala Seksi Rehabilitasi Sosial Luar Panti Direktorat Orang dengan Kecacatan Kementerian Sosial

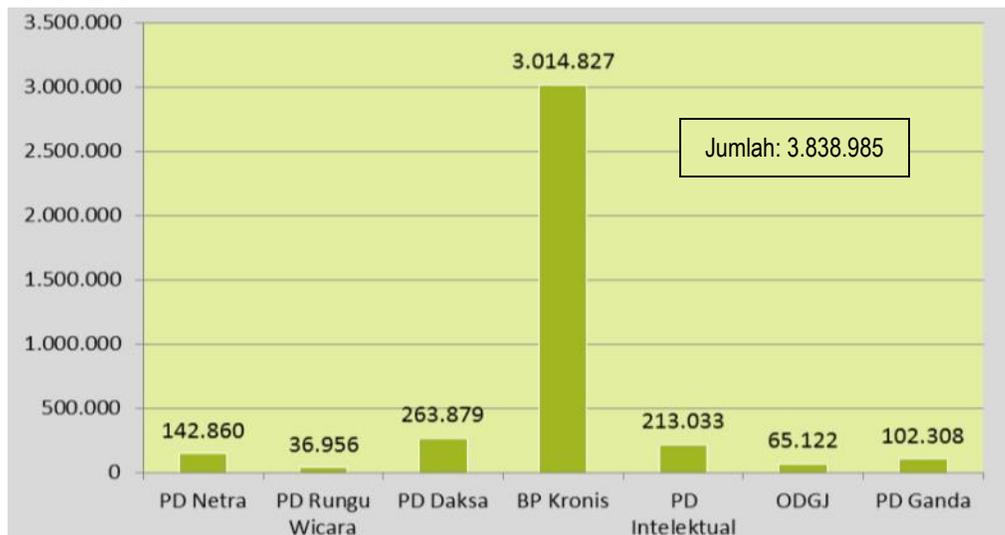
Populasi penyandang disabilitas menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2012 adalah sebesar 2,45% (6.515.500 jiwa) dari 244.919.000 estimasi jumlah penduduk Indonesia tahun 2012. Sementara menurut Program Perlindungan dan Layanan Sosial (PPLS) tahun 2012 jumlah penyandang disabilitas secara nasional adalah sebanyak 3.838.985 jiwa. Perbedaan jumlah ini disebabkan oleh definisi operasional atau instrumen yang digunakan dalam survei berbeda.

Gambar 1. Populasi Penyandang Disabilitas Berdasarkan Data Susenas Tahun 2012



Sumber: Badan Pusat Statistik

Gambar 2. Jumlah Penyandang dan Tipe Disabilitas Berdasarkan Data PPLS Tahun 2012



Sumber: Program Perlindungan dan Layanan Sosial (PPLS) 2012

## PERMASALAHAN DISABILITAS

Permasalahan disabilitas dapat ditinjau dari sisi internal dan eksternal sebagaimana berikut:

1. Permasalahan Internal
  - a. Gangguan atau kerusakan organ dan fungsi fisik dan atau mental sebagai akibat kelainan dan kerusakan organ menyebabkan berbagai hambatan dalam kehidupan penyandang disabilitas.
  - b. Gangguan, hambatan atau kesulitan dalam orientasi, mobilitas, komunikasi, aktivitas, penyesuaian diri, penyesuaian sosial, kepercayaan diri, gangguan belajar, keterampilan, pekerjaan.
2. Permasalahan Eksternal
  - a. Rendahnya pemahaman masyarakat terhadap masalah disabilitas.
  - b. Stigma (kutukan, nasib), isolasi dan perlindungan yang berlebihan.
  - c. Kurangnya peran keluarga dan masyarakat terhadap masalah disabilitas dan penanganannya.
  - d. Kurangnya upaya pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas dalam berbagai aspek kehidupan.
  - e. Masih banyaknya penyandang disabilitas yang hidup di bawah garis kemiskinan dan tingkat pendidikan masih sangat rendah.
  - f. Masih banyaknya keluarga penyandang disabilitas yang menyembunyikan atau menutupi bila memiliki anggota keluarga disabilitas.
  - g. Peran dunia usaha belum maksimal.

Jumlah penyandang disabilitas dibandingkan kemampuan pemerintah dan masyarakat dalam menangani penyandang disabilitas dapat digambarkan pada diagram di bawah ini.

Gambar 3. Perbandingan Jumlah Penyandang Disabilitas dan Kemampuan Pemerintah & Masyarakat dalam Menangani Penyandang Disabilitas



Sumber: Kementerian Sosial

Berdasarkan diagram di atas dapat dipahami bahwa antara jumlah penyandang disabilitas dan kemampuan pemerintah, masyarakat (organisasi sosial penyandang disabilitas), keluarga dan dukungan internasional berbanding 101:1, yang artinya sebanyak 101 penyandang disabilitas hanya mampu ditangani oleh 1 pemerintah dan elemen lainnya. Dengan kemampuan yang sangat terbatas akan sulit bagi pemerintah dan elemen lainnya dalam penanganan penyandang disabilitas.

## PROGRAM REHABILITASI SOSIAL

Untuk menangani penyandang disabilitas tidak hanya diperlukan rehabilitasi, melainkan juga aksesibilitas, kesetaraan dan keadilan untuk berperan secara penuh sebagai warga masyarakat dan warga negara. Oleh karena itu, pemerintah terus berupaya untuk memberikan kepedulian terhadap penyandang disabilitas, terutama mengedepankan kesetaraan peluang dan hak dalam segala aspek kehidupan. Artinya, kepentingan penyandang disabilitas ditangani secara simultan dalam program pembangunan secara umum.

Untuk itu, kampanye peningkatan kesadaran masyarakat terkait situasi dan pemenuhan hak penyandang disabilitas perlu terus dilakukan. Salah satunya yaitu melalui Dasawarsa Penyandang Disabilitas II (*Asia Pacific Decade Of Persons with Disabilities/ Diwako Millennium Framework*), yang dijabarkan dalam Rencana Aksi Nasional I menjadi 8 agenda aksi sebagai berikut:

1. Pembentukan Organisasi Swadaya Penyandang Disabilitas (PD) dan Asosiasi Orang Tua/Keluarga Penyandang Disabilitas;
2. Perempuan penyandang disabilitas;
3. Deteksi dini, intervensi dini dan pendidikan;
4. Pelatihan vokasional dan kesempatan kerja bagi penyandang disabilitas termasuk kewirausahaan;
5. Akses terhadap lingkungan dan transportasi umum;
6. Akses terhadap informasi, komunikasi termasuk teknologi komunikasi dan alat bantu;
7. Penghapusan kemiskinan melalui peningkatan kapasitas penyandang disabilitas;
8. Kerjasama internasional dan hak asasi manusia.

Sebagai agenda lanjutan dari Dasawarsa Penyandang Disabilitas II (*Asia Pacific Decade Of Persons with Disabilities/ Diwako Millennium Framework*), maka dibentuk Agenda Aksi Lanjutan Road Map - APDDP III/ *Incheon Strategy (2013 – 2022)*; sementara Rencana Aksi Nasional II sedang dalam proses penyusunan menunggu terbitnya Peraturan Presiden RI. Berikut ini Agenda Aksi Lanjutan Road Map - APDDP III/ *Incheon Strategy (2013 – 2022)*:

1. Pengurangan kemiskinan dan peningkatan kesempatan kerja;
2. Meningkatkan partisipasi dalam proses politik dan pengambilan keputusan;
3. Akses terhadap lingkungan, transportasi umum, pengetahuan, informasi dan komunikasi
4. Penguatan jaminan sosial;
5. Perluasan intervensi dini dan pendidikan anak dengan disabilitas;
6. Jaminan kesetaraan *gender* dan pemberdayaan perempuan;
7. Inklusivitas disabilitas dalam pengurangan risiko bencana;
8. Peningkatan reliabilitas dan komparabilitas data disabilitas;
9. Percepatan ratifikasi dan implementasi *Convention on The Rights of Person with Disability (CRPD)* beserta harmonisasi peraturan perundangannya;
10. Peningkatan kerjasama regional dan internasional.

Sedangkan prinsip-prinsip pokok dalam *Convention on The Rights of Person with Disability (CRPD)* meliputi:

1. Penghormatan atas martabat, otoritas individual, kebebasan menentukan pilihan dan kemandirian;
2. Non diskriminasi;
3. Partisipasi dan keterlibatan penuh dalam masyarakat;
4. Penghormatan atas perbedaan, penerimaan penyandang disabilitas sebagai bagian dari keragaman manusia;
5. Kesetaraan kesempatan;
6. Aksesibilitas;
7. Kesetaraan *gender*;
8. Penghormatan atas kapasitas yang berkembang dari anak dengan disabilitas.

Kebijakan Kementerian Sosial dalam Implementasi *CRPD* menuju terwujudnya inklusi disabilitas (*disability inclusion*) adalah dengan melibatkan penyandang disabilitas dalam proses perencanaan pelaksanaan dan pengambilan keputusan. Berikut ini adalah kebijakan Kementerian Sosial dalam implementasi *CRPD* menuju *disability inclusion*:

1. Perubahan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1997 dan harmonisasi perundang-undangan, kebijakan dan praktik-praktik yang diskriminatif terhadap penyandang disabilitas;
2. Penyusunan Rencana Aksi Nasional Penyandang Disabilitas 2014-2022 mengacu pada agenda *APDDP Incheon Strategy*;
3. Optimalisasi tim Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial (UPKS) dan Pokja UPKS Penyandang Disabilitas dalam rangka meningkatkan kesadaran, kepedulian, komitmen dan partisipasi masyarakat terhadap penyandang disabilitas;
4. Meningkatkan jangkauan dan akses terhadap Rehabilitasi Sosial Orang dengan Kecacatan (RSODK);

5. Perencanaan dan penganggaran berpihak pada penyandang disabilitas;
6. Pengembangan nota kesepahaman pelaksanaan pemenuhan hak penyandang disabilitas antar sektor terkait.

Kementerian Sosial melalui Direktorat Rehabilitasi Sosial Orang dengan Kecacatan (RSODK) mengadakan kegiatan dalam rangka Implementasi *CRPD* menuju terwujudnya inklusi disabilitas. Berikut ini adalah kegiatan RSODK pada tahun 2014:

1. Rehabilitasi dan Perlindungan Sosial Penyandang Disabilitas
  - Asistensi Sosial Orang dengan Kecacatan Berat (ASODKB)
  - Asistensi Sosial Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang dengan Kecacatan (AS-LKS ODK)
  - Pemberian alat bantu bagi penyandang disabilitas melalui Hari Disabilitas Internasional (HDI)
  - Penanganan penyandang disabilitas dalam situasi darurat
  - Pelayanan bagi Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di masyarakat
  - Uji coba advokasi manajemen rehabilitasi sosial untuk penyandang disabilitas di lembaga
2. Kebijakan teknis rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas
  - Penyusunan pedoman rehabilitasi sosial penyandang disabilitas (Pedoman Rehabilitasi Sosial dalam Panti)
  - Penyusunan pedoman penyelenggaraan ASODKB dan pedoman perawatan penyandang disabilitas ganda
  - Penyusunan database penyandang disabilitas potensial
  - Penyusunan Norma, Standar, Pedoman, Kriteria (NSPK) Direktorat RSODK
  - Penyusunan pedoman teknis lainnya (*physiotherapy massage*, penggunaan komputer bicara, dan sebagainya)
  - Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN) Penyandang Disabilitas tahun 2014-2022
3. Peningkatan SDM rehabilitasi sosial penyandang disabilitas
  - Pemantapan pendamping unit informasi dan layanan sosial
  - Pembekalan atau penguatan pendamping ASODKB
  - Bimbingan teknis bantuan sosial pemenuhan kebutuhan dasar bagi penyandang disabilitas di Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS)
4. Peningkatan peran lembaga/institusi masyarakat dalam rehabilitasi sosial penyandang disabilitas
  - Pemberian penghargaan UPKS Penyandang Disabilitas
  - Uji coba unit informasi dan layanan sosial di masyarakat
  - Pertemuan Kelompok Kerja (Pokja) UPKS
  - Rapat koordinasi nasional rehabilitasi sosial berbasis masyarakat

### PERGESERAN PARADIGMA PENANGANAN PENYANDANG DISABILITAS

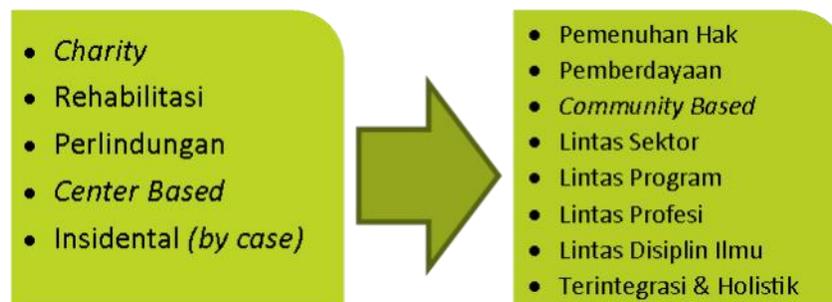
Sejak 20 tahun yang lalu, masalah disabilitas telah menjadi isu global. Hal ini ditandai dengan adanya:

1. Resolusi *UN-ESCAP* Nomor 48/3/1993 yang menetapkan tahun 1993-2002 sebagai *Asia Pacific Decade of Disable Person (APDDP)* yang berisi 12 Agenda Aksi sebagai berikut:
  - a. Koordinasi nasional
  - b. Peraturan perundang-undangan
  - c. Informasi
  - d. Kesadaran publik
  - e. Aksesibilitas dan komunikasi
  - f. Pendidikan
  - g. Pelatihan dan penyaluran kerja
  - h. Pencegahan penyebab disabilitas
  - i. Pelayanan rehabilitasi
  - j. Alat bantu
  - k. Organisasi swadaya
  - l. Kerjasama regional

2. Resolusi *UN-ESCAP* nomor 58/5/2002 yang menetapkan tahun 2003-2012 sebagai *Asia Pacific Decade Of Disable Person II (APDDP II)* atau lebih dikenal dengan *Biwako Millennium Framework* yang berisi 7 Agenda Aksi sebagai berikut:
  - a. Organisasi Swadaya Penyandang Disabilitas, Asosiasi Keluarga dan Orang tua Penyandang Disabilitas
  - b. Perempuan penyandang disabilitas
  - c. Deteksi dini, intervensi dini dan pendidikan
  - d. Pelatihan dan penempatan kerja, termasuk wiraswasta
  - e. Akses lingkungan yang dibangun dan transportasi umum
  - f. Akses terhadap informasi dan komunikasi, termasuk teknologi, komunikasi dan alat bantu
  - g. Pengentasan kemiskinan melalui peningkatan kemampuan, perlindungan sosial, kelangsungan hidup
  
3. Selanjutnya tahun 2013-2022, telah disepakati sebagai *Asia Pacific Decade Of Disable Persons (APDDP III)* atau yang lebih dikenal dengan *Incheon Strategy* sebagai Dekade Lanjutan yang berisi 10 Agenda Aksi sebagai berikut:
  - a. Pengurangan kemiskinan dan peningkatan kemampuan kerja
  - b. Peningkatan partisipasi dalam proses politik dan pengambilan keputusan
  - c. Akses terhadap lingkungan fisik, transportasi umum, pengetahuan informasi dan komunikasi
  - d. Penguatan jaminan sosial
  - e. Perluasan intervensi dini dan pendidikan anak dengan disabilitas
  - f. Jaminan kesetaraan *gender* dan pemberdayaan perempuan
  - g. Inklusivitas penyandang disabilitas dalam pengurangan resiko bencana
  - h. Peningkatan reliabilitas dan komparitas data penyandang disabilitas
  - i. Percepatan ratifikasi dan implementasi *CRPD* dan harmonisasinya dengan perundang-undangan
  - j. Peningkatan kerjasama regional dan internasional

Pada tahun 2006 pemerintah Republik Indonesia yang pada saat itu diwakili oleh Bapak Bachtiar Chamsyah sebagai Menteri Sosial dan Bapak Siswadi sebagai Ketua Persatuan Penyandang Disabilitas Indonesia (PPDI) telah menandatangani *Convention on The Rights of Persons with Disability (CRPD)* di markas besar PBB di New York, dan pada tanggal 10 November 2011 pemerintah Republik Indonesia telah meratifikasi *CRPD* tersebut menjadi Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on The Rights of Persons with Disabilities* (Konvensi mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas). Sebagai konsekuensi dari ratifikasi adalah adanya pergeseran paradigma penanganan penyandang disabilitas sebagai berikut:

Gambar 4. Pergeseran Paradigma Penanganan Penyandang Disabilitas



Sumber: Kementerian Sosial

Dengan adanya pergeseran paradigma ini maka penyandang disabilitas hendaknya tidak lagi dipandang sebagai objek tetapi harus diperlakukan sebagai subjek dalam pembangunan nasional setara dengan mereka yang non-disabilitas. Oleh sebab itu, stigma terhadap disabilitas harus segera dihilangkan dan kita harus menerima penyandang disabilitas sebagai keragaman kehidupan manusia ciptaan Tuhan dimana ada yang tinggi dan pendek, kurus dan gemuk, berkulit hitam dan putih, rambut lurus dan keriting serta disabilitas maupun non-disabilitas.

Gambar 5. Pembebasan Pasung di Provinsi Bengkulu



Sumber: Kementerian Sosial

Gambar 6. Peringatan Hari Disabilitas Indonesia Tahun 2013



Sumber: Kementerian Sosial



## Kesehatan Anak dengan Disabilitas

**dr. Mujaddid, MMR**

Kasubdit Bina Perlindungan Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan

Dalam rangka meningkatkan kualitas hidup anak perlu dikembangkan dan dilaksanakan berbagai upaya program kesehatan anak tanpa adanya diskriminasi, yang berarti memberikan pelayanan kesehatan kepada semua anak termasuk anak dengan disabilitas. Walaupun mereka memiliki perbedaan karena kecacatannya, tetapi mereka mempunyai hak sama dengan anak lainnya untuk mendapat pelayanan yang berkualitas.

Anak dengan disabilitas merupakan bagian dari anak Indonesia yang perlu mendapat perhatian dan perlindungan oleh pemerintah, masyarakat, dan keluarga sesuai dengan amanah dari Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dan UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, sehingga upaya pelayanan kesehatan perlu dikembangkan untuk memberikan akses bagi anak dengan disabilitas sesuai dengan permasalahannya.

Upaya perlindungan bagi anak dengan disabilitas adalah sama dengan anak lainnya, yaitu upaya pemenuhan kebutuhan dasar anak agar mereka dapat hidup, tumbuh, dan berkembang secara optimal serta berpartisipasi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Kebutuhan dasar anak tersebut meliputi asah, asih dan asuh yang dapat diperoleh melalui upaya di bidang kesehatan maupun pendidikan dan sosial.

Oleh karena itu, perlu dikembangkan suatu mekanisme agar anak dengan disabilitas terjamin dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan dan terpenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisinya. Kewajiban untuk memberikan kemudahan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan tidak hanya dibebankan kepada Pemerintah saja, tetapi masyarakat yang berada di sekitar anak dengan disabilitas juga harus ikut berpartisipasi dalam mendukung anak dengan disabilitas untuk mencapai kondisi kesehatan dan kemandirian yang optimal.

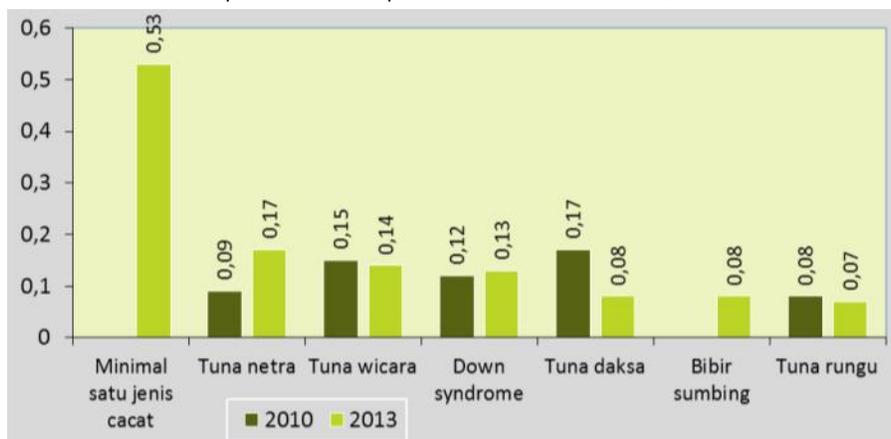
### Kondisi Anak dengan Disabilitas

Data tentang anak dengan disabilitas masih sangat terbatas, oleh karena kurangnya penelitian yang dilakukan. Berdasarkan data Susenas tahun 2003, jumlah anak dengan disabilitas sebanyak 679.048 anak, dimana sebagian besar anak dengan disabilitas (85,6%) berada di masyarakat. Hal ini dapat dipahami karena, sebagian masyarakat masih menganggap anak dengan disabilitas sebagai aib keluarga sehingga orangtua/keluarga cenderung menyembunyikan dan kurang memperhatikan kebutuhan anak sesuai hak anak, baik di bidang pendidikan maupun kesehatan. Hanya sebagian kecil anak dengan disabilitas (14,4%) berada di institusi yaitu sekolah, panti, dan Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA). Di Indonesia terdapat 1.314 Sekolah Luar Biasa (SLB) dengan jumlah siswa sebanyak 70.501 orang (Data Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2009).

WHO memperkirakan jumlah anak dengan disabilitas adalah sekitar 7-10% dari total populasi anak. Di Indonesia, gambaran data anak dengan disabilitas sangat bervariasi, belum ada data terkini tentang jumlah dan kondisi anak dengan disabilitas. Menurut data Badan Pusat Statistik Nasional tahun 2007, terdapat 8,3 juta jiwa anak dengan disabilitas dari total populasi anak di Indonesia (82.840.600 jiwa anak), atau sekitar 10%. Berdasarkan Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) tahun 2011, terdapat 130.572 anak penyandang disabilitas dari keluarga miskin, yang terdiri dari: cacat fisik dan mental (19.438 anak); tunadaksa (32.990 anak); tunanetra (5.921 anak); tunarungu (3.861 anak); tunawicara (16.335 anak); tunarungu dan tunawicara (7.632 anak); tunanetra, tunarungu, dan tunawicara (1.207 anak); tunarungu, tunawicara, dan tunadaksa (4.242 anak); tunarungu, tunawicara, tunanetra, dan tunadaksa (2.991 anak); retardasi mental (30.460 anak); dan mantan penderita gangguan jiwa (2.257 anak). Data ini tersebar di seluruh Indonesia dengan proporsi terbanyak di Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Jawa Barat.

Belum ada data tentang gambaran penyakit pada anak dengan disabilitas, namun mereka merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap penyakit. Masalah anak dengan disabilitas sangat kompleks, setiap anak dengan disabilitas memiliki masalah yang spesifik sesuai dengan jenis dan derajat disabilitas/kecacatannya. Anak dengan disabilitas adalah bagian dari anak Indonesia yang mempunyai hak yang sama dengan anak lainnya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka meningkatkan kesehatan dan optimalisasi kemampuan mereka sesuai dengan potensi yang dimilikinya. Oleh karena itu, penyediaan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi anak dengan disabilitas merupakan hal yang perlu mendapat perhatian untuk dilaksanakan.

Gambar 1. Proporsi Kecacatan pada Anak Usia 24-59 Bulan, Riskesdas 2013



Sumber: Riskesdas 2013, Kementerian Kesehatan

Gambar 1. menunjukkan kecenderungan persentase kecacatan pada anak usia 24-59 bulan. Persentase jenis kecacatan yang tertinggi adalah tunanetra (cacat penglihatan/buta) sebesar 0,17% dan terendah adalah tunarungu sebesar 0,07%. Data ini menunjukkan persentase anak tunawicara 2 kali lebih tinggi dibandingkan anak tunarungu. Persentase anak tunanetra pada tahun 2013 meningkat hampir dua kali lipat bila dibandingkan dengan tahun 2010.

Tabel 1. Perkiraan Jumlah (dalam ribuan) dan Proporsi Penyandang Disabilitas Menurut Tipe Daerah Tahun 2012

Tipe Daerah	Jumlah Penyandang Disabilitas (dalam ribuan)	Jumlah Penduduk (dalam ribuan)	% Penyandang Disabilitas terhadap Jumlah Penduduk
Perkotaan	2.676,0	121.825,0	2,20
Perdesaan	3.332,6	123.094,0	2,71
Perkotaan+Perdesaan	6.008,6	244.919,0	2,45

Sumber: Susenas 2012, BPS

Tabel 2. Proporsi Penyandang Disabilitas Menurut Kelompok Umur dan Tipe Daerah Tahun 2012

Kelompok Umur (Tahun)	Perkotaan (K)	Perdesaan (D)	K + D
(1)	(2)	(3)	(4)
0-4	0,25	0,27	0,26
5-17	0,76	0,78	0,77
18-30	0,98	1,33	1,15
31-59	2,03	2,77	2,40
60 +	13,82	15,88	14,86
Jumlah	2,20	2,71	2,45

Sumber: Susenas 2012, BPS

Gambaran data di atas belum menunjukkan besaran masalah yang sesungguhnya, karena keberadaan anak dengan disabilitas dalam masyarakat cenderung disembunyikan sehingga kehilangan kesempatan memperoleh hak-hak dasar untuk dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sesuai potensi yang dimiliki. Hal tersebut didukung oleh pernyataan WHO, Bank Dunia dan ILO yang menyatakan bahwa penyandang disabilitas berjumlah 15% dari populasi penduduk dunia, dan Bank Dunia menyebutkan bahwa 1 dari 4 anggota keluarga dalam satu rumah tangga adalah penyandang disabilitas.

Hal ini mendorong kita untuk melakukan berbagai upaya pendekatan pelayanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas, antara lain melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang diharapkan dapat meningkatkan status kesehatan dan kemandirian anak sesuai potensi yang dimilikinya. Selain itu, perlu ditingkatkan kesadaran masyarakat (*community awareness*) tentang hak-hak anak dengan disabilitas, dan upaya pemberdayaan masyarakat/keluarga/orangtua untuk mendukung pelayanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas.

## Kebijakan dan Strategi

### Kebijakan

Pembinaan kesehatan bagi anak dengan disabilitas merupakan bagian integral dari program pembinaan kesehatan anak secara menyeluruh dengan menggunakan pendekatan *continuum of care* untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Kebijakan program pembinaan kesehatan anak dengan disabilitas diarahkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai kebutuhannya di tingkat dasar maupun rujukan, yang dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai sektor terkait, organisasi profesi, LSM, pihak swasta dan upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

Arah kebijakan pembinaan kesehatan anak dengan disabilitas difokuskan pada upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup anak dalam rangka pemenuhan hak-hak anak.

### Strategi

Strategi yang digunakan untuk pembinaan kesehatan anak dengan disabilitas meliputi :

- Meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan.
- meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas di pelayanan dasar dan rujukan.
- Meningkatkan kerjasama Lintas Program dan Lintas Sektor (LP/LS), kelompok masyarakat peduli anak dengan disabilitas, serta organisasi profesi terkait.
- Meningkatkan upaya pembiayaan melalui BPJS, Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), sumber dana lainnya.
- Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat, sekolah, dan keluarga dalam penjangkauan/deteksi dini, perawatan dan pemeliharaan kesehatan anak dengan disabilitas.
- Meningkatkan manajemen program.
- Meningkatkan sistem informasi, pencatatan, dan pelaporan terkait program anak dengan disabilitas.

## Implementasi Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas Terkait Anak dengan Disabilitas

Sebagai salah satu negara yang melakukan ratifikasi terhadap Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas atau *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* melalui Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011, Indonesia memiliki kewajiban agar isi Konvensi sepenuhnya dapat dilakukan di Indonesia. Prinsip umum Konvensi adalah meningkatkan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas termasuk dalam hal aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan Rencana Aksi Nasional (RAN) Disabilitas yang dikoordinasikan oleh Kementerian Sosial, banyak kementerian/ lembaga terkait melakukan kegiatan pemenuhan hak penyandang disabilitas sesuai tugas dan fungsi, diantaranya Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Hukum dan HAM, Kementerian Pendidikan, Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Perhubungan, dan kementerian lainnya. Setelah melakukan ratifikasi tentang *CRPD*, Indonesia mempunyai kewajiban untuk melaporkan rutin pelaksanaannya. Terkait implementasi *CRPD*, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya, di antaranya:

1. Stimulasi, Deteksi, Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. Program ini melibatkan tenaga kesehatan dan kader kesehatan dalam pelaksanaannya.
2. Pengembangan Rujukan Penanganan Kasus Kelainan Tumbuh Kembang Anak di rumah sakit di 7 provinsi, yaitu:
  - RSUD Kabupaten Barabai, Kalimantan Selatan
  - RSUD dr. Soedirman Mangun Soemarno, Kabupaten Kediri, Jawa Tengah
  - RSUD dr. Soedono, Kota Madiun, Jawa Timur
  - RSUD Kabupaten Solok, Sumatera Barat
  - RSUD Mayjen HM Ryacudu, Kota Bumi, Lampung
  - RSUD Kabupaten Gunung Kidul, DI Yogyakarta
  - RSUD Kabupaten Gianyar, Bali
3. Program Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK). SHK merupakan metode untuk memilah bayi baru lahir yang menderita kelainan kongenital, dalam hal ini hipotiroid dari bayi yang normal. Program ini baru dikembangkan di 14 provinsi dan secara bertahap akan dikembangkan di seluruh provinsi.
4. Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Sekolah Luar Biasa (SLB), menjadi salah satu indikator yang secara rutin dipantau oleh Unit Kerja Presiden bidang Pengawasan dan Pengendalian Pembangunan (UKP4) sebagai salah satu indikator Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia. Program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di SLB berupa penjangkaran kesehatan, imunisasi, penyuluhan dan pengobatan oleh Puskesmas yang membina SLB di wilayah kerjanya.
5. Penyediaan pedoman bagi keluarga dan petugas kesehatan untuk membimbing keluarga dalam mengasuh anak disabilitas, saat ini sedang dalam tahap *editing* setelah dilakukan uji coba *draft* di Provinsi Bali, Sulawesi Selatan, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Tengah dan Jawa Barat.
6. Penyediaan Pedoman Kesehatan Reproduksi bagi Remaja Penyandang Disabilitas Netra dan Rungu, dalam tahap uji coba *draft* di Provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat, Banten dan Sulawesi Utara.
7. Pertemuan Koordinasi Pelayanan Kesehatan Perlindungan Anak LP/LS Tingkat Pusat di Jakarta dan Forum Teknis Perlindungan Kesehatan Anak (kerjasama dengan LP/LS terkait, organisasi profesi dan LSM).

Kondisi kesehatan anak dengan disabilitas sangat kompleks, terdiri dari berbagai jenis disabilitas dengan permasalahan yang cukup spesifik sehingga memerlukan pendekatan secara khusus dalam penanganannya. Mereka merupakan kelompok yang rentan dan rawan terhadap paparan penyakit maupun ancaman kekerasan.

Tantangan yang dihadapi dalam implementasi konvensi, yaitu:

1. Alokasi penganggaran yang belum memadai bagi penanganan isu disabilitas.
2. Masih adanya cara pandang yang stereotipikal terhadap penyandang disabilitas sebagai individu yang cacat dan tak berdaya.
3. Adanya kesenjangan pemahaman utuh tentang *CRPD* di tingkat pusat dan daerah, juga terkait proses otonomi daerah, dan lain-lain.
4. Keterampilan tenaga kesehatan dalam berkomunikasi dengan anak di SLB pada saat pemeriksaan masih kurang sehingga perlu didukung pendampingan oleh guru dan orang tua sebagai pendamping.
5. Koordinasi LP/LS belum berjalan dengan optimal.
6. Materi komunikasi, informasi, dan edukasi bagi anak dengan disabilitas di SLB masih terbatas.

### **Program Kesehatan Anak dengan Disabilitas (ADD)**

Program kesehatan bagi ADD merupakan salah satu program inovasi yang dikembangkan sejak lahirnya Direktorat Bina Kesehatan Anak pada tahun 2006, searah dengan amanah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak dan khususnya Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 133 dan 139 terkait dengan upaya kesehatan bagi penyandang cacat.

Program ADD merupakan salah satu program yang harus dilaporkan bersama dengan program kesehatan bagi penyandang disabilitas oleh Kementerian Kesehatan melalui Kementerian Luar Negeri di tingkat internasional setiap 4 tahun, mengingat Indonesia telah ikut meratifikasi Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention of The Right of People with Disability*).

Pengembangan program yang dilakukan bagi ADD melalui dua pendekatan yaitu melalui program UKS di SLB dan melalui pembinaan kesehatan ADD di tingkat keluarga.

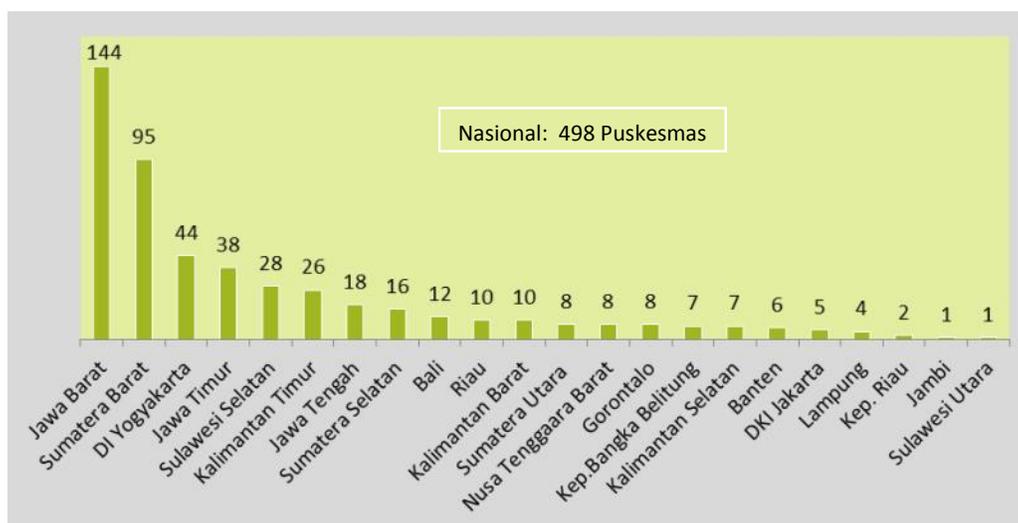
Pembinaan kesehatan ADD di tingkat keluarga dikembangkan, mengingat sebagian besar ADD berada di masyarakat sehingga perlu untuk meningkatkan kesadaran masyarakat (*community awareness*) tentang hak-hak anak dengan disabilitas dan upaya pemberdayaan masyarakat/keluarga/orangtua, agar dapat melakukan pengasuhan yang benar apabila memiliki anak dengan disabilitas. Sedangkan dalam rangka menyediakan akses layanan kesehatan bagi anak dengan disabilitas, maka strategi yang tepat untuk memberikan pelayanan kesehatan melalui pelayanan kesehatan tingkat dasar di Puskesmas, rujukan di rumah sakit dan memperkuat upaya pemberdayaan masyarakat melalui peningkatan peran orang tua dari anak dengan disabilitas. Program yang dilakukan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif melalui pelayanan kesehatan sejak di tingkat Puskesmas dan rujukan di rumah sakit.

Diharapkan program ini dapat menumbuhkan kemandirian orangtua/keluarga untuk mampu membimbing dan melatih anak tentang aktivitas hidup sehari-hari seperti *toilet training*, kebersihan diri termasuk menyikat gigi sendiri, memperhatikan tumbuh kembang anak dengan memberikan asupan gizi yang memadai, mengenal tanda-tanda penyakit dan upaya pencegahannya, serta memberikan latihan sederhana bagi anak agar dapat mencapai kemampuan optimal sesuai potensi yang dimiliki.

Target pembinaan SLB oleh Puskesmas adalah Puskesmas yang melakukan satu atau lebih pelayanan kesehatan melalui UKS di SLB, antara lain penyuluhan tentang kesehatan anak, penyuluhan tentang kesehatan lingkungan, penjarangan kesehatan, pemberantasan sarang nyamuk, imunisasi, pengobatan, dan upaya lainnya.

Pada tahun 2013, pembinaan kesehatan anak di SLB sudah dilakukan di 22 provinsi (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, Sumatera Barat, Lampung, Riau, Kalimantan Selatan, Banten, Sumatera Selatan, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Utara, Sumatera Utara, Gorontalo, Kalimantan Barat, Jambi, Kepulauan Bangka Belitung, Kepulauan Riau) yang dalam pelaksanaan program UKS mengacu pada buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak di SLB bagi Petugas Kesehatan. Jumlah puskesmas yang membina SLB melalui program UKS di 22 provinsi tersebut maupun secara nasional telah tercapai 100% dari target jumlah puskesmas yang telah ditetapkan.

Gambar 2. Jumlah Puskesmas yang Membina SLB melalui Program UKS Tahun 2013



Sumber: Ditjen Bina Gizi dan KIA dalam Profil Kesehatan Indonesia 2013

Sedangkan pada tahun 2014, target pembinaan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas melalui UKS di SLB dilaksanakan di 27 provinsi, yaitu 22 provinsi di tahun 2013, ditambah 5 provinsi pengembangan baru yaitu, Nusa Tenggara Timur, Aceh, Bengkulu, Sulawesi Tengah, dan Maluku Utara.

Pembinaan pelayanan kesehatan anak dengan disabilitas (penyanggah cacat) saat ini difokuskan pada pembinaan UKS di SLB, sedangkan bagi anak dengan disabilitas yang berada di masyarakat yang belum banyak terjangkau pembinaan, perlu ditingkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas kesehatan agar dapat membantu keluarga dan masyarakat mampu secara mandiri mengasuh, membina dan memberi kesempatan kepada anak dengan disabilitas untuk dapat hidup layak, bermartabat dan dapat mengembangkan potensi yang dimilikinya.

Mengingat sebagian besar anak dengan disabilitas berada di masyarakat, maka perlu ditingkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat terutama orang tua dan keluarga dalam penanganan anak dengan disabilitas dan peningkatan kemampuan petugas dalam memfasilitasi orang tua dalam peningkatan pengetahuan dan keterampilan penanganan dan perawatan anak dengan disabilitas. Pada tahun 2014 Direktorat Bina Kesehatan Anak telah menyusun *draft* buku Pedoman Penanganan Kesehatan Anak dengan Disabilitas bagi Keluarga dan Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak dengan Disabilitas bagi Petugas Kesehatan. Kedua *draft* buku saat ini dalam tahap *editing* dan *design* setelah dilakukan uji coba di 5 provinsi, yaitu Sulawesi Selatan, Bali, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Jawa Barat. Semoga dengan meningkatnya pengetahuan masyarakat akan berdampak pada peningkatan status kesehatan dan kemandirian anak dengan disabilitas sehingga dapat meringankan beban orang tua, keluarga, masyarakat dan negara.

### Penutup

Pembinaan program perlindungan kesehatan bagi anak dengan disabilitas perlu mendapat perhatian dari berbagai pihak untuk mengurangi dan mencegah dampak kesehatan dan psikososial yang dapat berakibat pada kondisi yang lebih parah dan menimbulkan beban bagi keluarga, masyarakat, dan negara.

Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan terdepan diharapkan dapat melakukan pembinaan melalui pelayanan kesehatan secara komprehensif, berkesinambungan dan berkualitas bagi anak dengan disabilitas. Hal ini tidak dapat dilakukan sendiri oleh sektor kesehatan, tetapi memerlukan pendekatan multisektoral dan multidisipliner. Oleh karena itu, kerjasama dengan semua unsur terkait dalam pelaksanaannya sangat diperlukan.



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

Franciscus Adi Prasetyo, AKS., M.Si

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

### A. Evolusi Konsep Disabilitas : Definisi dan Akar Historis

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

#### Definisi Disabilitas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Evolusi Pengetahuan Tentang Disabilitas**

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

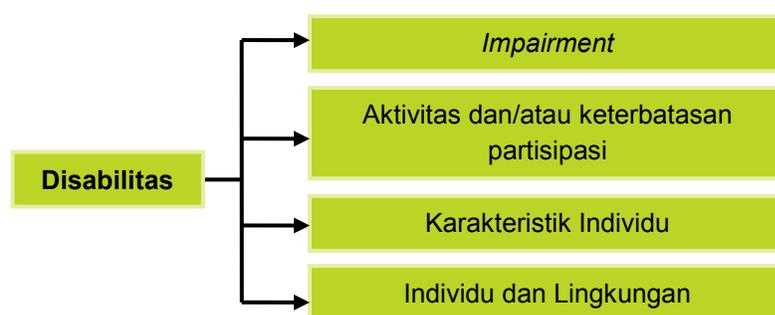
Pada masa lalu, secara tradisional, pengetahuan masyarakat tentang kecacatan masih dikuasai oleh mitologi-mitologi tertentu yang berkaitan dengan kepercayaan lokal. Dalam pandangan masa itu, kecacatan dipandang sebagai sebuah retribusi (bayar kembali atau balasan) akibat perbuatannya di masa lalu. Oleh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

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

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

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

Gambar 1. Kategorisasi komponen Disabilitas



Sumber : Diolah dari Dempsey dan Nankervis, 2006

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

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

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

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

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

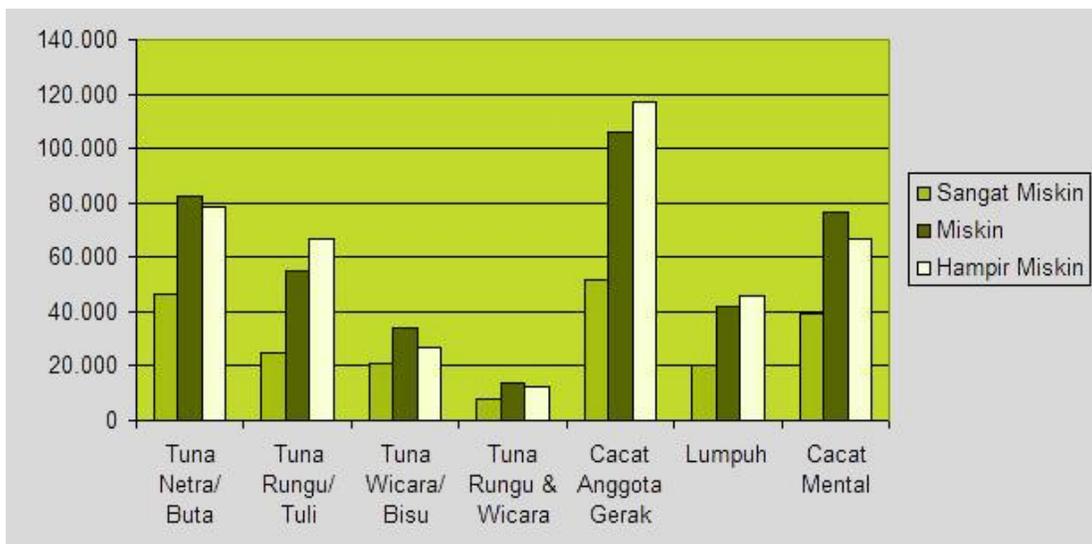
Indonesia pada saat ini dapat dikatakan telah memiliki cukup banyak instrumen kebijakan sosial yang pada intinya mengatur tentang hak-hak orang dengan disabilitas, seperti pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, aksesibilitas. Pada satu sisi, perkembangan ini tentu harus direspon secara positif sebagai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

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

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

Hasil sensus tersebut dijelaskan melalui Gambar 2 berikut ini:

Gambar 2. Situasi Status Kemiskinan Orang dengan Disabilitas



Sumber : PPLS tahun 2008, BPS

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

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

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

Sumber : Pusdatin Kementerian Sosial RI, 2012

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

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

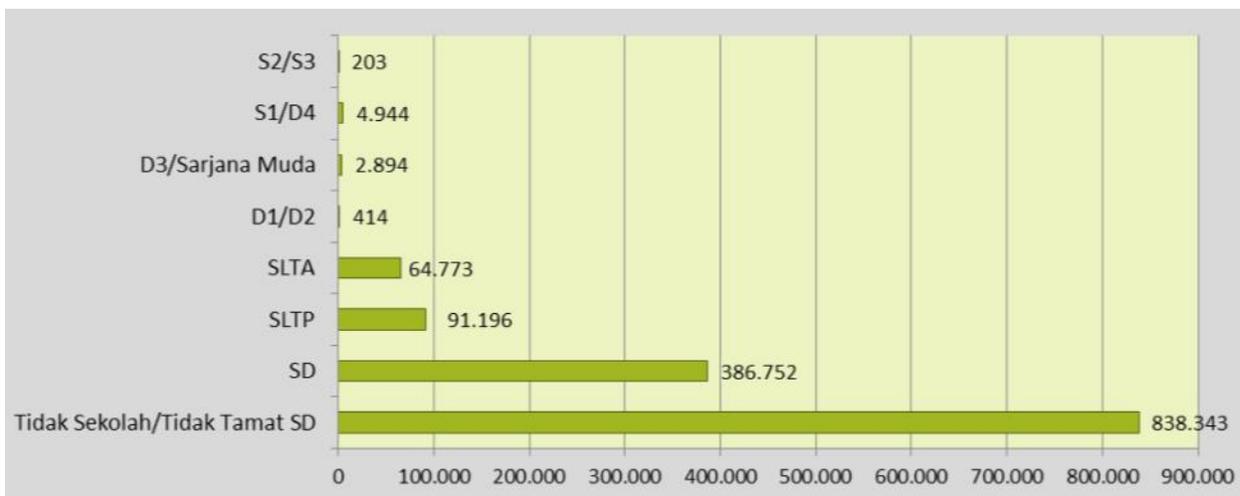
Jenis Pendidikan	Jenis Kelamin		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD	431.191	406.152	838.343
SD	234.316	152.436	386.752
SLTP	60.052	31.144	91.196
SLTA	44.995	19.778	64.773
D1/D2	277	137	414
D3/Sarjana Muda	1.913	981	2.894
S1/D4	3.481	1.463	4.944
S2/S3	148	55	203
<b>Jumlah</b>	<b>777.373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

Sumber : Pusdatin Kementerian Sosial RI, 2012

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

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

Gambar 3. Partisipasi Orang dengan Disabilitas di Sektor Pendidikan



Sumber : Diolah dari Pusat Data dan Informasi Kemensos Tahun 2012

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

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

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

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

### C. Kemiskinan dan Kesehatan

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 1. Siklus Kemiskinan dan Keputusan tentang Kesehatan

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

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

#### 2. Aksesibilitas

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

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

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

a. Kebijakan anggaran

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

b. Keterbatasan sarana transportasi

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

3. Stigma dan Diskriminasi

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

## Kesimpulan

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

disabilitas. Upaya strategis yang perlu ditempuh adalah diantaranya adalah:

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

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

### Referensi

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



## Tingkat Disabilitas Psikososial Berdasarkan Penyakit Degeneratif yang Diderita, Faktor Sosial dan Demografi Di Indonesia (Studi isu publik dalam formulasi kebijakan kesehatan)

**Dr. drh. Didik Budijanto, M.Kes**  
Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan

### Pendahuluan

Pergeseran pola morbiditas penyakit penyebab kematian di Indonesia saat ini sedang berlangsung, di mana terdapat 3 penyebab kematian utama yaitu: penyakit sistem sirkulasi (jantung dan pembuluh darah), penyakit sistem pernafasan dan TBC. Sulistyawati (1997) juga mengutarakan bahwa 76,0% penyebab impairment (kondisi awal sebelum disabilitas) adalah penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, kardiovaskular, kanker, arthritis dan lain-lain.

Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 18,4% kematian disebabkan oleh penyakit stroke, 8,3 % oleh penyakit diabetes melitus dan hipertensi dan 6,7 % oleh penyakit jantung. Hipertensi merupakan pemicu utama terjadinya serangan stroke yang pada gilirannya dapat menyebabkan disabilitas.

WHO yang dikutip oleh Murray dan Lopez (2000) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 akan terdapat 5 kelompok penyakit penyebab disabilitas di Negara berkembang seperti Indonesia yaitu: penyakit jantung iskemik, *cerebrovascular*, gangguan kejiwaan (depresi, stress dan lain-lain), kanker dan kecelakaan lalu lintas. Menurut Keech (1996), setelah terserang stroke akan mengalami dua pilihan yaitu kecacatan (disabilitas) seumur hidup atau meninggal dunia. Menurut Yoeswar (2002), bahwa setiap hari terdapat empat pasien terkena serangan stroke sehingga dalam setahun akan bertambah 1.000 penderita. Menurut Miranda (2001), menyatakan bahwa pengaruh setelah suami stroke dapat menciptakan stress dan merubah pola kehidupan keluarga (istri dan anggota keluarga lainnya). Sehingga dapat mengakibatkan beban psikologis keluarga dan akhirnya juga beban ekonomi dari keluarga tersebut.

Keadaan disabilitas fisik dan psikososial dapat dikatakan sebagai suatu akibat dari suatu sebab seperti perilaku individu yang berisiko. Seperti pendapat Blumm, bahwa status kesehatan dapat dipengaruhi oleh empat faktor utama di mana salah satu faktornya adalah perilaku. Sedangkan perilaku itu sendiri menurut teori Grenn yang dikutip Solita (1994) dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: *predisposing* (pengetahuan, sikap, pekerjaan, tradisi, norma social), *enabling* (tersedianya yankes dan aksesibilitas) dan *reinforcing* (sikap dan perilaku tenaga kesehatan).

Oleh karena itu dalam kajian ini akan dilihat tingkat disabilitas psikososial yang dikaitkan dengan jenis gangguan kesehatan dan karakteristik latar belakang. Hasil yang diperoleh akan merupakan informasi besar risiko terjadinya disabilitas psikososial yang ditinjau dari jenis gangguan kesehatan dan karakteristik latar belakang individu. Sehingga hasil tersebut dapat digunakan sebagai bahan masukan institusi kesehatan baik pusat maupun daerah untuk dapat memberikan intervensi preventif dalam mengurangi atau menghindari terjadinya gangguan kesehatan oleh masyarakat yang pada gilirannya menurunkan kejadian disabilitas psikososial.

### Tujuan Penelitian

Secara umum menganalisis risiko terjadinya disabilitas psikososial ditinjau dari penyakit yang diderita, faktor sosial dan demografinya di Indonesia.

Secara khusus:

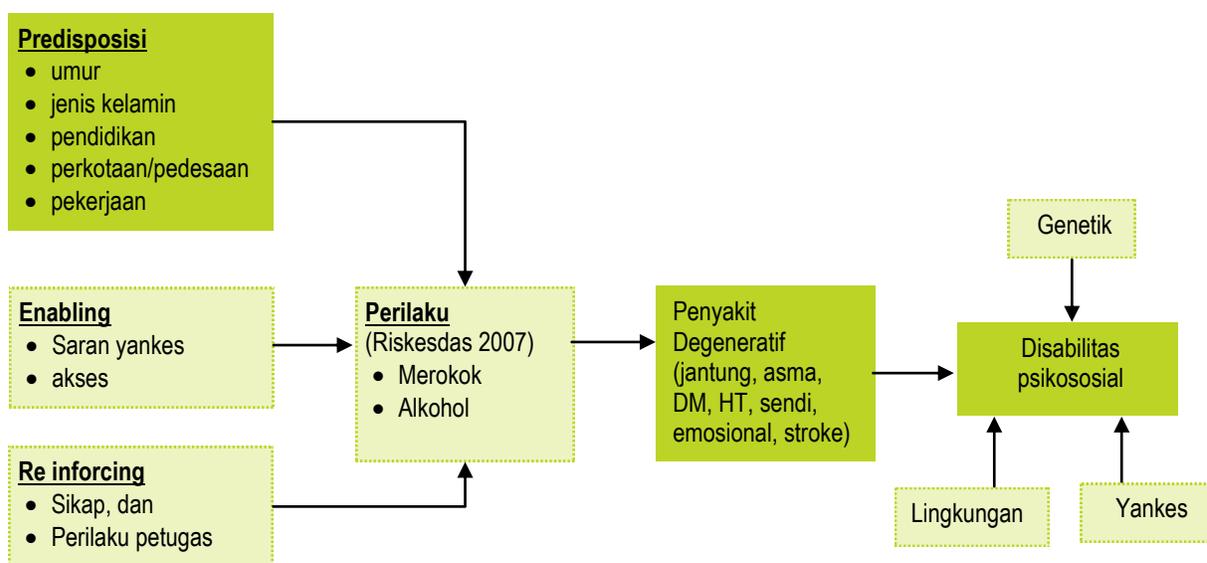
1. Mengidentifikasi tingkat disabilitas psikososial menurut faktor sosial dan demografi di Indonesia.
2. Mengidentifikasi tingkat disabilitas psikososial berdasarkan penyakit yang dideritanya di Indonesia.

- Menganalisis besar risiko terjadinya disabilitas psikososial ditinjau dari penyakit yang diderita dan faktor sosial serta demografinya di Indonesia.

### Bahan dan Metode

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari studi morbiditas Susenas 2007 dan Riskesdas 2007 menurut ICD 10, dengan fokus analisis disabilitas psikososial. Jumlah sampel yang digunakan sebesar 664.196 orang.

Variabel terikat yang dipelajari adalah disabilitas psikososial. Variabel bebas yang dipelajari adalah penyakit (persendian, asma, jantung, diabetes melitus, mental emosional, stroke, hipertensi). Variabel modifier dan konfounder yang dipelajari adalah usia, jenis kelamin, desa/kota, kuintil tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Teknik analisis dilakukan dengan menggunakan analisis univariat, bivariat, kemudian dilanjutkan dengan *Multiple Logistic Regression*. Untuk menghitung risiko digunakan perhitungan odd ratio. Sebelum dianalisis, data dilakukan *weight* atau pembobotan. Di dalam kajian ini kerangka pikir analisis mengadopsi dari konsep teori Blum dan Lawrence Green, seperti pada diagram dibawah ini:



### Hasil Analisis

Faktor sosial dan demografi responden di sini terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, klasifikasi desa/kota, kuintil tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Sedangkan mengenai penyakit yang diderita dalam analisis ini meliputi penyakit jantung, diabetes melitus, tumor/kanker, persendian/ rematik, hipertensi, gangguan mental emosional, asma dan stroke.

### Gambaran Disabilitas Psikologis dan Sosial Menurut Faktor Sosial Demografi dan Penyakit yang Diderita.

Kejadian disabilitas psikologis dan sosial jika dilihat dari faktor sosial dan demografinya terlihat gambaran sebagai berikut:

Menurut klasifikasi desa/kota terlihat bahwa disabilitas psikologis banyak terjadi di pedesaan (36,6%) dibanding di perkotaan. Demikian pula pada disabilitas sosial (27,7%). Sedangkan menurut kelompok umur terlihat bahwa adanya kecenderungan makin meningkat umur makin meningkat pula persentase kejadian disabilitas psikologis dan sosial. Jika ditinjau dari tingkat pendidikan, maka terlihat bahwa makin tinggi pendidikan ada kecenderungan makin menurun persentase kejadian disabilitas psikologis dan sosial. Selanjutnya dilihat dari jenis pekerjaannya menunjukkan bahwa persentase kejadian disabilitas psikologis dan sosial kelompok yang tidak bekerja lebih tinggi (45,4% dan 36,9%) dari kelompok jenis pekerjaan lainnya.

Menurut jenis kelamin, kejadian disabilitas psikologis dan sosial persentase lebih tinggi pada wanita (36,6% dan 26,3%) dibandingkan pada laki-laki.

Menurut tingkat kuintilnya, kejadian disabilitas psikologis dan sosial terlihat cenderung menurun seiring dengan meningkatnya kuintil. Rincian lihat tabel di bawah.

Tabel 1. Persentase Disabilitas Psikologis dan Sosial Menurut Faktor Sosial Demografi, Riskesdas 2007.

Karakteristik / Penyakit	Disabilitas	
	Psikologis	Sosial
<b>Klasifikasi Desa / Kota</b>		
Perkotaan	77308 (30,2%)	52684 (20,6%)
Perdesaan	148911 (36,6%)	112511 (27,7%)
<b>CI 95%</b>	<b>(27,13 – 39,67)</b>	<b>(17,19 – 31,11)</b>
<b>Kelompok Umur</b>		
15-24 tahun	31312 (20,4%)	28088 (18,3%)
25-34 tahun	38537 (25,3%)	30154 (19,8%)
35-44 tahun	43508 (30,9%)	30233 (21,5%)
45-54 tahun	42437 (40,6%)	27121 (25,9%)
55-64 tahun	32158 (54,2%)	20920 (35,3%)
65-74 tahun	24720 (69,6%)	17660 (49,7%)
75+ tahun	13543 (82,1%)	11015 (66,8%)
<b>CI 95%</b>	<b>(28,87 – 63,44)</b>	<b>(20,39 – 47,40)</b>
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	34916 (59,4%)	26962 (45,9%)
Tidak tamat SD	49533 (45,4%)	35127 (32,2%)
Tamat SD	63234 (35,0%)	45477 (25,2%)
Tamat SMP	34338 (25,9%)	25948 (19,6%)
Tamat SMA	34342 (23,9%)	24853 (17,3%)
Tamat PT	9196 (25,5%)	6299 (17,5%)
<b>CI 95%</b>	<b>(24,56 – 47,14)</b>	<b>(17,35 – 35,22)</b>
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Kerja	34033 (45,4%)	27726 (36,9%)
Sekolah	10202 (19,1%)	9218 (17,2%)
Ibu RT	49524 (36,5%)	34196 (25,2%)
Pegawai	15688 (24,0%)	10561 (16,1%)
wiraswasta	27087 (30,0%)	18358 (20,3%)
Petani/nelayan/buruh	83101 (37,1%)	60321 (26,9%)
<b>CI 95%</b>	<b>(24,34 - 39,69)</b>	<b>(17,59 – 29,95)</b>

Tabel 1. (Lanjutan)

Karakteristik / Penyakit	Disabilitas	
	Psikologis	Sosial
Jenis Kelamin		
Laki-laki	99958 (31,4%)	74589 (23,5%)
Perempuan	126261 (36,6%)	90605 (26,3%)
<b>CI 95%</b>	<b>(28,90 – 39,09)</b>	<b>(22,15 – 27,64)</b>
Kuintil		
Kuintil 1	50639 (35,4%)	37590 (26,3%)
Kuintil 2	48529 (34,8%)	35745 (25,7%)
Kuintil 3	45932 (34,2%)	33735 (25,1%)
Kuintil 4	43294 (33,4%)	31229 (24,1%)
Kuintil 5	37012 (32,4%)	26228 (22,9%)
<b>CI 95 %</b>	<b>(33,01 – 35,07)</b>	<b>(23,64 – 25,99)</b>

Apabila tingkat disabilitas ditinjau dari penyakit degeneratif yang diderita maka terlihat gambaran bahwa persentase yang menderita penyakit degeneratif (jantung, diabetes melitus, hipertensi, asma, stroke, persendian dan tumor) lebih tinggi terjadi disabilitas psikologis dan sosial dibandingkan yang tidak menderita penyakit degeneratif. Lebih terinci dapat dilihat pada tabel di bawah.

Tabel 2. Persentase Disabilitas Psikologis dan Sosial Menurut Penyakit Degeneratif yang Diderita, Riskesdas 2007.

Penyakit Degeneratif	Disabilitas	
	Psikologis	Sosial
Jantung		
Perkotaan	3817 (61,9%)	2317 (37,6%)
Perdesaan	7897 (69,8%)	5537 (48,9%)
Mental Emosional		
Perkotaan	18036 (68,1%)	11551 (43,6%)
Perdesaan	36142 (72,6%)	26604 (53,4%)
Hipertensi		
Perkotaan	11133 (55,6%)	6717 (33,5%)
Perdesaan	18446 (61,3%)	12736 (42,3%)
Sendi / Rematik		
- Perkotaan	32598 (49,5%)	19995 (30,3%)
- Perdesaan	71766 (53,3%)	49880 (37,0%)

Tabel 2. (Lanjutan)

Penyakit Degeneratif	Disabilitas	
	Psikologis	Sosial
Diabetes Melitus		
Perkotaan	2935 (56,2%)	1631 (31,2%)
Perdesaan	3115 (63,1%)	2119 (42,9%)
Asma		
Perkotaan	4519 (56,4%)	2930 (36,6%)
Perdesaan	12622 (64,8%)	9270 (47,6%)
Tumor		
Perkotaan	906 (49,2%)	474 (25,8%)
Perdesaan	1104 (53,3%)	721 (34,9%)
Stroke		
Ya	1648 (71,8%)	1290 (56,1%)
<b>Tidak</b>	<b>2378 (74,9%)</b>	<b>1960 (61,8%)</b>

### Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Psikologis

Di dalam analisis ini dibagi menurut klasifikasi desa/kota sehingga analisis terbagi menjadi disabilitas psikologis di perkotaan dan perdesaan. Sebelum dilakukan analisis secara simultan, terlebih dahulu telah dilakukan seleksi variabel yang mempengaruhi disabilitas psikologis dan juga dilakukan uji interaksi dan konfounding, dan hasilnya baru dilakukan analisis secara simultan di bawah. Sebagai variabel dependen adalah terjadinya disabilitas psikologis dan sebagai variabel independen adalah penyakit degeneratif yang diderita dan variabel multiplikasi hasil interaksi antara variabel predisposisi dengan penyakit yang diderita.

Hasil analisis antara disabilitas psikologis di perkotaan sebagai variabel dependen dengan variabel-variabel independen dan interaksinya memberikan gambaran seperti pada tabel di bawah.

Tabel 3. Analisis Lanjut Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Psikologis di **Perkotaan** Indonesia, Riskesdas 2007.

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	jantung(1)	0,779	0,000	2,179	1,711-2,775
2.	mental(1)	1,590	0,000	4,904	4,573-5,259
3.	hiperten(1)	0,258	0,000	1,294	1,249-1,340
4.	sendi(1)	0,572	0,000	1,772	1,692-1,857
5.	diabet(1)	1,081	0,000	2,948	2,142-4,057
6.	asma(1)	0,548	0,000	1,729	1,641-1,823
7.	jantung * umur15		0,007		
8.	jantung(1) by umur15(1)	-0,013	0,919	0,987	0,761-1,279
9.	jantung(1) by umur15(2)	-0,030	0,811	0,971	0,762-1,237

Tabel 3. (Lanjutan)

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
10.	jantung(1) by umur15(3)	-0,188	0,115	0,828	0,655-1,047
11.	jantung(1) by umur15(4)	-0,335	0,008	0,716	0,560-0,915
12.	jantung(1) by umur15(5)	-0,329	0,021	0,720	0,545-0,952
13.	jantung(1) by umur15(6)	-0,201	0,365	0,818	0,529-1,263
14.	diabet * umur15		0,000		
15.	diabet(1) by umur15(1)	-0,292	0,103	0,747	0,526-1,060
16.	diabet(1) by umur15(2)	-0,514	0,002	0,598	0,434-0,824
17.	diabet(1) by umur15(3)	-0,899	0,000	0,407	0,301-0,550
18.	diabet(1) by umur15(4)	-0,801	0,000	0,449	0,330-0,610
20.	diabet(1) by umur15(5)	-0,787	0,000	0,455	0,324-0,640
21.	diabet(1) by umur15(6)	-0,425	0,096	0,654	0,397-1,079
22.	strok(1)	0,627	0,000	1,871	1,683-2,080
23.	b4k4(1) by sendi(1)	0,172	0,000	1,188	1,147-1,230
24.	Neko_kpi * sendi		0,000		
25.	Neko_kpi(1) by sendi(1)	-0,068	0,016	0,934	0,883-0,988
26.	Neko_kpi(2) by sendi(1)	-0,094	0,001	0,910	0,861-0,962
27.	Neko_kpi(3) by sendi(1)	-0,088	0,002	0,916	0,867-0,968
28.	Neko_kpi(4) by sendi(1)	-0,129	0,000	0,879	0,832-0,929
29.	mental * umur15		0,001		
30.	mental(1) by umur15(1)	-0,127	0,003	0,881	0,809-0,959
31.	mental(1) by umur15(2)	-0,159	0,000	0,853	0,782-0,930
32.	mental(1) by umur15(3)	-0,126	0,009	0,881	0,802-0,969
33.	mental(1) by umur15(4)	-0,136	0,026	0,873	0,775-0,984
34.	mental(1) by umur15(5)	0,038	0,643	1,039	0,884-1,220
35.	mental(1) by umur15(6)	0,194	0,148	1,214	0,934-1,579
36.	Neko_kpi * jantung		0,015		
37.	Neko_kpi(1) by jantung(1)	-0,215	0,040	0,807	0,657-0,990
38.	Neko_kpi(2) by jantung(1)	-0,166	0,112	0,847	0,689-1,040
40.	Neko_kpi(3) by jantung(1)	-0,312	0,002	0,732	0,599-0,895
41.	Neko_kpi(4) by jantung(1)	-0,306	0,002	0,737	0,606-0,896
42.	Neko_kpi * diabet		0,031		
43.	Neko_kpi(1) by diabet(1)	0,045	0,712	1,046	0,823-1,329
44.	Neko_kpi(2) by diabet(1)	-0,186	0,108	0,830	0,661-1,042
45.	Neko_kpi(3) by diabet(1)	0,041	0,718	1,042	0,835-1,299
46.	Neko_kpi(4) by diabet(1)	-0,169	0,114	0,844	0,684-1,042
47.	b4k4(1) by mental(1)	0,154	0,000	1,166	1,100-1,237
48.	umur15		0,000		
49.	umur15(1)	0,207	0,000	1,230	1,192-1,270

Tabel 3. (Lanjutan)

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
50.	umur15(2)	0,381	0,000	1,464	1,418-1,512
51.	umur15(3)	0,692	0,000	1,997	1,931-2,066
52.	umur15(4)	1,144	0,000	3,140	3,016-3,269
53.	umur15(5)	1,713	0,000	5,544	5,269-5,834
54.	umur15(6)	2,310	0,000	10,075	9,293-10.922
55.	Constant	-1,768	0,000	0,171	

Keterangan:

- Umur15(1)= 25-34 th; Umur15(2)=35-44 th; Umur15(3)=45-54 th; Umur15(4)=55-64 th; Umur15(5)=65-74 th; Umur15(6)=75 th+. B4k4= Jenis Kelamin. Neko\_kpi(1)=kuintil2; Neko\_kpi(2)=kuintil3; Neko\_kpi(3)=kuintil4; Neko\_kpi(5)= kuintil5
- Jantung(1)=gangg.Jantung; Diabet(1)=Gangg.DM; Hiperten(1)=Gangg.hipertensi; Stroke(1)= gangg.stroke; Sendi(1)=gangg.persendian; Asma(1)=Gangg.asma; Mental(1)=Gangg. Mental Emosional.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas psikologis di perkotaan adalah jantung, gangguan mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes melitus dan asma.

Seseorang yang menderita penyakit jantung di perkotaan mempunyai kemungkinan disabilitas psikologis 2,1 kali lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 2,179). Keadaan ini akan menjadi lebih menurun apabila usia dari penderita gangguan jantung antara 65-74 tahun yaitu 1,39 kali (OR= 1,396) dan menjadi lebih kecil lagi risikonya bila usia penderita 75 tahun atau lebih yaitu sebesar 1,38 kali (OR= 1,388). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes melitus di perkotaan, kemungkinan terjadi disabilitas psikologis 2,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes melitus (OR = 2,948). Penderita asma 1,7 kali lebih besar terjadi disabilitas psikologis dibandingkan yang tidak asma (OR= 1,729), Penderita sakit persendian 1,7 kali lebih besar terjadi disabilitas psikologis dibandingkan yang tidak sakit persendian (OR= 1,772). Gangguan persendian ini akan berkurang risikonya bila penderita tersebut termasuk kelompok masyarakat kaya atau kuintil\_5 yaitu sebesar 1,1 kali (OR= 1,137). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas psikologis 4,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR=4,904).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas psikologis di perkotaan sebesar 75,4% sedangkan sisanya 24,6% akan diprediksi oleh variabel lain di luar analisis di atas.

Hasil analisis antara disabilitas psikologis di perdesaan sebagai variabel dependen dengan variabel-variabel independen dan interaksinya memberikan gambaran seperti pada tabel di bawah.

Tabel 4. Analisis Lanjut Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Psikologis di **Perdesaan** Indonesia, Risesdas 2007

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	jantung(1)	0,690	0,000	1,994	1,718-2,315
2.	mental(1)	1,296	0,000	3,653	3,452-3,866
3.	hiperten(1)	0,432	0,000	1,540	1,303-1,820
4.	sendi(1)	0,401	0,000	1,493	1,450-1,537
5.	diabet(1)	0,735	0,000	2,085	1,682-2,583
6.	asma(1)	0,532	0,000	1,703	1,644-1,763
7.	jantung * umur15		0,025		
8.	jantung(1) by umur15(1)	-0,207	0,031	0,813	0,674-0,982
9.	jantung(1) by umur15(2)	-0,200	0,028	0,819	0,685-0,979

Tabel 4. (Lanjutan)

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
10.	jantung(1) by umur15(3)	-0,261	0,004	0,770	0,646-0,918
11.	jantung(1) by umur15(4)	-0,238	0,015	0,788	0,651-0,954
12.	jantung(1) by umur15(5)	-0,327	0,003	0,721	0,580-0,896
13.	jantung(1) by umur15(6)	-0,492	0,004	0,611	0,439-0,851
14.	diabet * umur15		0,000		
15.	diabet(1) by umur15(1)	-0,182	0,192	0,833	0,634-1,096
16.	diabet(1) by umur15(2)	-0,222	0,086	0,801	0,621-1,032
17.	diabet(1) by umur15(3)	-0,349	0,006	0,705	0,549-0,905
18.	diabet(1) by umur15(4)	-0,750	0,000	0,473	0,363-0,615
20.	diabet(1) by umur15(5)	-0,471	0,005	0,624	0,450-0,867
21.	diabet(1) by umur15(6)	-0,802	0,001	0,448	0,284-0,709
22.	hiperten * umur15		0,011		
23.	hiperten(1) by umur15(1)	-0,170	0,077	0,844	0,699-1,019
24.	hiperten(1) by umur15(2)	-0,158	0,080	0,854	0,715-1,019
25.	hiperten(1) by umur15(3)	-0,222	0,013	0,801	0,673-0,954
26.	hiperten(1) by umur15(4)	-0,225	0,013	0,799	0,669-0,954
27.	hiperten(1) by umur15(5)	-0,259	0,006	0,771	0,641-0,928
28.	hiperten(1) by umur15(6)	-0,363	0,001	0,696	0,561-0,864
29.	strok(1)	0,472	0,000	1,604	1,462-1,759
30.	b4k4(1) by sendi(1)	0,165	0,000	1,179	1,151-1,208
31.	Neko_kpi * sendi		0,004		
32.	Neko_kpi(1) by sendi(1)	-0,002	0,898	0,998	0,964-1,033
33.	Neko_kpi(2) by sendi(1)	-0,023	0,195	0,977	0,943-1,012
34.	Neko_kpi(3) by sendi(1)	-0,029	0,121	0,971	0,937-1,008
35.	Neko_kpi(4) by sendi(1)	-0,071	0,000	0,931	0,895-0,969
36.	mental * umur15		0,000		
37.	mental(1) by umur15(1)	0,021	0,554	1,021	0,953-1,093
38.	mental(1) by umur15(2)	-0,006	0,870	0,994	0,928-1,065
40.	mental(1) by umur15(3)	0,106	0,005	1,112	1,033-1,197
41.	mental(1) by umur15(4)	0,225	0,000	1,253	1,146-1,369
42.	mental(1) by umur15(5)	0,447	0,000	1,563	1,390-1,758
43.	mental(1) by umur15(6)	0,861	0,000	2,366	1,933-2,896
44.	b4k4(1) by mental(1)	0,128	0,000	1,136	1,086-1,189
45.	umur15		0,000		
46.	umur15(1)	0,217	0,000	1,243	1,213-1,273
47.	umur15(2)	0,415	0,000	1,514	1,477-1,552
48.	umur15(3)	0,754	0,000	2,125	2,070-2,182
49.	umur15(4)	1,216	0,000	3,372	3,269-3,478
50.	umur15(5)	1,741	0,000	5,706	5,486-5,934
51.	umur15(6)	2,307	0,000	10,044	9,436-10,691
52.	Constant	-1,526	0,000	0,217	

Keterangan :

- Umur15(1)= 25-34 th; Umur15(2)=35-44 th; Umur15(3)=45-54 th; Umur15(4)=55-64 th; Umur15(5)=65-74 th; Umur15(6)=75 th+. B4k4= Jenis Kelamin. Neko\_kpi(1)=kuintil2; Neko\_kpi(2)=kuintil3; Neko\_kpi(3)=kuintil4; Neko\_kpi(5)= kuintil5
- Jantung(1)=gangg.Jantung; Diabet(1)=Gangg.DM; Hiperten(1)=Gangg.hipertensi; Stroke(1)= gangg.stroke; Sendi(1)=gangg.persendian; Asma(1)=Gangg.asma; Mental(1)=Gangg. Mental Emosional.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas psikologis di perdesaan adalah jantung, gangguan mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes melitus dan asma. Sedangkan variabel karakteristik berhubungan dengan disabilitas fisik melalui interaksi dengan penyakit yang diderita. Seperti variabel umur berinteraksi dengan variabel penyakit jantung, diabetes melitus, hipertensi dan gangguan mental emosional. Sedangkan variabel jenis kelamin dan kuintil status ekonomi keluarga berinteraksi dengan gangguan persendian.

Seseorang yang menderita penyakit jantung di perdesaan mempunyai kemungkinan disabilitas psikologis 1,9 kali lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 1,994). Keadaan ini akan menjadi lebih menurun seiring dengan meningkatnya usia yaitu dari 0,813 kali (OR= 0,813) hingga 0,61 kali (OR=0,611). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes melitus di perdesaan, kemungkinan terjadi disabilitas psikologis 2,1 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes melitus (OR = 2,085). Penderita asma 1,7 kali lebih besar terjadi disabilitas psikologis dibandingkan yang tidak asma (OR= 1,703), Penderita sakit persendian 1,4 kali lebih besar terjadi disabilitas psikologis dibandingkan yang tidak sakit persendian(OR= 1,493). Gangguan persendian ini akan berkurang risikonya bila penderita tersebut termasuk kelompok masyarakat kaya atau kuintil\_5 yaitu sebesar 1,1 kali (OR= 1,095). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas psikologis 3,6 kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR= 3,653).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas psikologis di perdesaan sebesar 72,1% sedangkan sisanya 27,9% akan diprediksi oleh variabel lain diluar analisis di atas.

### Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Sosial

Di dalam analisis ini dibagi menurut klasifikasi desa/kota sehingga analisis terbagi menjadi disabilitas sosial di perkotaan dan perdesaan. Sebagai variabel dependen adalah terjadinya disabilitas sosial dan sebagai variabel independen adalah penyakit degeneratif yang diderita dan variabel multiplikasi hasil interaksi antara variabel predisposisi dengan penyakit yang diderita.

Hasil analisis antara disabilitas sosial di perkotaan sebagai variabel dependen dengan variabel-variabel independen dan interaksinya memberikan gambaran seperti pada tabel di bawah.

Tabel 5. Analisis Lanjut Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Sosial di Perkotaan Indonesia, Riskesdas 2007.

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	jantung(1)	0,147	0,000	1,158	1,090-1,230
2.	mental(1)	1,100	0,000	3,005	2,826-3,196
3.	hiperten(1)	0,050	0,008	1,052	1,013-1,092
4.	sendi(1)	0,349	0,000	1,418	1,350-1,489
5.	diabet(1)	0,663	0,000	1,941	1,412-2,668
6.	asma(1)	0,340	0,000	1,405	1,334-1,481
7.	diabet * umur15		0,000		
8.	diabet(1) by umur15(1)	-0,353	0,058	0,703	0,488-1,013
9.	diabet(1) by umur15(2)	-0,361	0,032	0,697	0,501-0,970
10.	diabet(1) by umur15(3)	-0,556	0,000	0,573	0,421-0,781
11.	diabet(1) by umur15(4)	-0,639	0,000	0,528	0,386-0,722
12.	diabet(1) by umur15(5)	-0,620	0,000	0,538	0,387-0,749
13.	diabet(1) by umur15(6)	-0,244	0,237	0,784	0,523-1,173

Tabel 5. (Lanjutan)

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
14.	strok(1)	0,961	0,000	2,616	2,295-2,981
15.	b4k4(1) by strok(1)	-0,260	0,005	0,771	0,643-0,926
16.	b4k4(1) by sendi(1)	0,047	0,012	1,048	1,010-1,087
17.	Neko_kpi * sendi		0,007		
18.	Neko_kpi(1) by sendi(1)	-0,011	0,718	0,989	0,934-1,048
19.	Neko_kpi(2) by sendi(1)	-0,018	0,551	0,983	0,927-1,041
20.	Neko_kpi(3) by sendi(1)	-0,070	0,016	0,932	0,880-0,987
21.	Neko_kpi(4) by sendi(1)	-0,087	0,003	0,917	0,866-0,971
22.	mental * umur15		0,000		
23.	mental(1) by umur15(1)	-0,109	0,015	0,897	0,821-0,979
24.	mental(1) by umur15(2)	-0,259	0,000	0,772	0,706-0,845
25.	mental(1) by umur15(3)	-0,179	0,000	0,836	0,763-0,917
26.	mental(1) by umur15(4)	0,032	0,549	1,032	0,931-1,145
27.	mental(1) by umur15(5)	0,207	0,001	1,231	1,094-1,384
28.	mental(1) by umur15(6)	0,426	0,000	1,531	1,293-1,813
29.	Neko_kpi * diabet		0,007		
30.	Neko_kpi(1) by diabet(1)	-0,068	0,567	0,934	0,739-1,180
31.	Neko_kpi(2) by diabet(1)	-0,328	0,005	0,720	0,573-0,905
32.	Neko_kpi(3) by diabet(1)	-0,335	0,003	0,716	0,573-0,894
33.	Neko_kpi(4) by diabet(1)	-0,191	0,074	0,826	0,670-1,019
34.	umur15		0,000		
35.	umur15(1)	0,048	0,005	1,049	1,014-1,085
36.	umur15(2)	0,081	0,000	1,085	1,048-1,123
37.	umur15(3)	0,210	0,000	1,234	1,189-1,281
38.	umur15(4)	0,147	0,000	1,696	1,622-1,772
39.	umur15(5)	1,100	0,000	2,851	2,708-3,002
40.	umur15(6)	0,050	0,000	5,557	5,168-5,975
41.	Constant	0,349	0,000	0,158	

Keterangan:

- Umur15(1)= 25-34 th; Umur15(2)=35-44 th; Umur15(3)=45-54 th; Umur15(4)=55-64 th; Umur15(5)=65-74 th; Umur15(6)=75 th+. B4k4= Jenis Kelamin. Neko\_kpi(1)=kuintil2; Neko\_kpi(2)=kuintil3; Neko\_kpi(3)=kuintil4; Neko\_kpi(5)= kuintil5
- Jantung(1)=gangg.Jantung; Diabet(1)=Gangg.DM; Hiperten(1)=Gangg.hipertensi; Stroke(1)= gangg.stroke; Sendi(1)=gangg.persendian; Asma(1) =Gangg.asma; Mental(1)=Gangg. Mental Emosional.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas sosial di perkotaan adalah jantung, gangguan mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes melitus, asma. Sedangkan faktor sosial demografi berhubungan dengan disabilitas sosial melalui interaksi dengan penyakit yang diderita.

Seseorang yang menderita penyakit jantung mempunyai kemungkinan disabilitas sosial 1,1 lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 1,158). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes melitus, kemungkinan terjadi disabilitas sosial 1,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes melitus (OR = 1,941). Penderita asma 1,4 kali lebih besar terjadi disabilitas sosial dibandingkan yang tidak asma (OR= 1,405), penderita sakit persendian 1,4 kali lebih besar terjadi disabilitas sosial dibandingkan yang tidak sakit persendian (OR= 1,418). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas sosial tiga kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR= 3,005).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas sosial di perkotaan sebesar 80,6 % sedangkan sisanya 19,4 % akan diprediksi oleh variabel lain di luar analisis di atas.

Hasil analisis antara disabilitas sosial di perdesaan sebagai variabel dependen dengan variabel-variabel independen dan interaksinya memberikan gambaran seperti pada tabel di bawah.

Tabel 6. Analisis Lanjut Faktor yang Berhubungan dengan Disabilitas Sosial di Perdesaan Indonesia, Riskesdas 2007.

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
1.	jantung(1)	0,426	0,000	1,531	1,298-1,806
2.	mental(1)	0,914	0,000	2,494	2,371-2,622
3.	hiperten(1)	0,036	0,012	1,036	1,008-1,066
4.	sendi(1)	0,184	0,000	1,202	1,166-1,239
5.	diabet(1)	0,354	0,001	1,425	1,152-1,764
6.	asma(1)	0,376	0,000	1,456	1,409-1,504
7.	jantung * umur15		0,010		
8.	jantung(1) by umur15(1)	-0,256	0,007	0,774	0,642-0,933
9.	jantung(1) by umur15(2)	-0,107	0,232	0,899	0,755-1,071
10.	jantung(1) by umur15(3)	-0,261	0,003	0,770	0,649-0,914
11.	jantung(1) by umur15(4)	-0,157	0,085	0,855	0,715-1,022
12.	jantung(1) by umur15(5)	-0,272	0,005	0,762	0,631-0,920
13.	jantung(1) by umur15(6)	-0,306	0,015	0,736	0,576-0,942
14.	diabet * umur15		0,008		
15.	diabet(1) by umur15(1)	-0,014	0,917	0,986	0,751-1,293
16.	diabet(1) by umur15(2)	-0,188	0,145	0,828	0,643-1,067
17.	diabet(1) by umur15(3)	-0,200	0,112	0,818	0,639-1,048
18.	diabet(1) by umur15(4)	-0,310	0,018	0,733	0,568-0,948
19.	diabet(1) by umur15(5)	-0,433	0,003	0,649	0,486-0,867
20.	diabet(1) by umur15(6)	-0,398	0,039	0,671	0,460-0,979
21.	strok(1)	0,785	0,000	2,192	1,951-2,464

Tabel 6. (Lanjutan)

No	Variabel	B	Signifikansi	OR	CI 95% OR
22.	b4k4(1) by strok(1)	-0,257	0,002	0,774	0,660-0,907
23.	b4k4(1) by sendi(1)	0,135	0,000	1,145	1,118-1,173
24.	Neko_kpi * sendi		0,001		
25.	Neko_kpi(1) by sendi(1)	-0,021	0,246	0,979	0,945-1,015
26.	Neko_kpi(2) by sendi(1)	-0,032	0,080	0,968	0,934-1,004
27.	Neko_kpi(3) by sendi(1)	-0,034	0,073	0,966	0,931-1,003
28.	Neko_kpi(4) by sendi(1)	-0,089	0,000	0,915	0,878-0,953
29.	mental * umur15		0,000		
30.	mental(1) by umur15(1)	0,006	0,858	1,006	0,939-1,079
31.	mental(1) by umur15(2)	-0,036	0,303	0,965	0,901-1,033
32.	mental(1) by umur15(3)	0,082	0,022	1,085	1,012-1,164
33.	mental(1) by umur15(4)	0,187	0,000	1,206	1,118-1,301
34.	mental(1) by umur15(5)	0,428	0,000	1,534	1,407-1,672
35.	mental(1) by umur15(6)	0,629	0,000	1,875	1,665-2,112
36.	Neko_kpi * jantung		0,023		
37.	Neko_kpi(1) by jantung(1)	-0,024	0,703	0,976	0,864-1,104
38.	Neko_kpi(2) by jantung(1)	0,020	0,752	1,020	0,900-1,157
39.	Neko_kpi(3) by jantung(1)	-0,053	0,423	0,949	0,834-1,079
40.	Neko_kpi(4) by jantung(1)	-0,205	0,004	0,815	0,708-0,937
41.	umur15		0,000		
42.	umur15(1)	0,062	0,000	1,064	1,038-1,091
43.	umur15(2)	0,130	0,000	1,139	1,110-1,168
44.	umur15(3)	0,323	0,000	1,382	1,344-1,420
45.	umur15(4)	0,674	0,000	1,962	1,902-2,024
46.	umur15(5)	1,118	0,000	3,058	2,949-3,172
47.	umur15(6)	1,651	0,000	5,210	4,948-5,487
48.	Constant	-1,529	0,000	0,217	

## Keterangan:

- Umur15(1)= 25-34 th; Umur15(2)=35-44 th; Umur15(3)=45-54 th; Umur15(4)=55-64 th; Umur15(5)=65-74 th; Umur15(6)=75 th+. B4k4= Jenis Kelamin. Neko\_kpi(1)=kuintil2; Neko\_kpi(2)=kuintil3; Neko\_kpi(3)=kuintil4; Neko\_kpi(5)= kuintil5
- Jantung(1)=gangg.Jantung; Diabet(1)=Gangg.DM; Hiperten(1)=Gangg.hipertensi; Stroke(1)= gangg.stroke; Sendi(1)=gangg.persendian; Asma(1)=Gangg.asma; Mental(1)=Gangg. Mental Emosional.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penyakit penderita yang mempunyai hubungan secara signifikan dengan disabilitas sosial di perdesaan adalah jantung, gangguan mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes melitus, asma. Sedangkan faktor sosial demografi berhubungan dengan disabilitas sosial melalui interaksi dengan penyakit yang diderita.

Seseorang yang menderita penyakit jantung mempunyai kemungkinan disabilitas sosial 1,5 kali lebih besar dibanding yang tidak berpenyakit jantung (OR = 1,531). Selanjutnya seseorang dengan penyakit diabetes melitus, kemungkinan terjadi disabilitas sosial 1,4 kali lebih besar dibandingkan yang tidak sakit diabetes melitus (OR = 1,425). Penderita asma 1,4 kali lebih besar terjadi disabilitas sosial dibandingkan yang tidak asma (OR= 1,456), penderita sakit persendian 1,2 kali lebih besar terjadi disabilitas sosial dibandingkan yang tidak sakit persendian (OR= 1,202). Penderita dengan gangguan mental emosional kemungkinan akan terjadi disabilitas soaial 2,4 kali lebih besar dibandingkan yang tidak ada gangguan mental emosional (OR= 2,494).

Hasil analisis di atas apabila digambarkan sebagai sebuah model matematis dengan variabel-variabel independen yang signifikan berhubungan akan memberikan prediksi untuk dapat terjadi disabilitas sosial di perdesaan sebesar 74,9% sedangkan sisanya 25,1% akan diprediksi oleh variabel lain di luar analisis di atas.

### Perbandingan Odd Ratio Gangguan Kesehatan (Penyakit) pada Disabilitas Psikologis dan Disabilitas Sosial.

Perbandingan odd ratio ini dilakukan guna melihat gambaran efek terbesar dari gangguan kesehatan (penyakit) yang diderita terhadap disabilitas psikologis atau sosial. Hasil perbandingan odd ratio terlihat pada tabel di bawah.

Tabel 7. Perbandingan Odd Ratio Gangguan Kesehatan (Penyakit) dengan Disabilitas Psikologis dan Sosial di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Penyakit	Odd Ratio	
		Disabilitas Psikologis (Kota/Desa)	Disabilitas Sosial (Kota/Desa)
1	Jantung	2,179 / 1,994	1,158 / 1,531
2	Diabetes Melitus	2,948 / 2,085	1,941 / 1,425
3	Persendian	1,772 / 1,493	1,418 / 1,202
4	Asma	1,729 / 1,703	1,405 / 1,456
5	Mental Emosional	4,904 / 3,653	3,005 / 2,494

Tabel di atas menunjukkan bahwa gangguan kesehatan (penyakit) pada seseorang menimbulkan disabilitas psikologis terlebih dahulu kemudian disabilitas sosial. Secara sistematis dapat dilihat pada tabel di bawah.

Tabel 8. Perbandingan Odd Ratio Gangguan Kesehatan (Penyakit) Dengan Disabilitas Psikologis dan Sosial di Indonesia, Riskesdas 2007

No	Variabel Penyakit	Odd Ratio	
		Terbesar	Terkecil
1	Jantung	Dis.Psikologis	Dis.Sosial
2	Diabetes Melitus	Dis. Psikologis	Dis. Sosial
3	Asma	Dis. Psikologis	Dis. Sosial
4	Mental Emosional	Dis. Psikologis	Dis. Sosial
5	Persendian	Dis. Psikologis	Dis.Sosial

## Pembahasan

Disabilitas jika dilihat dari gambaran usia maka memberikan gambaran tren yang makin meningkat seiring dengan peningkatan umur (tabel 1). Hal ini menunjukkan keadaan secara alami terjadi bahwa semakin meningkat usia, kecenderungan terjadi disabilitas juga makin meningkat. Namun kecenderungan peningkatan tersebut lebih banyak terjadi di perdesaan. Hal inilah yang perlu dicermati karena terlihat risiko disabilitas psikososial hampir merata di semua kelompok usia dan lebih banyak di perdesaan. Gambaran ini juga menunjukkan bahwa kemungkinan *Rapid Social Change* yang berakibat pada disabilitas terjadi pada semua lapisan usia di perdesaan.

Faktor yang berhubungan dengan disabilitas psikologis, baik di perdesaan ataupun di perkotaan terlihat cukup bervariasi. Disabilitas psikologis berhubungan dengan faktor risiko gangguan mental emosional, diabetes melitus, persendian, jantung, asma dan hipertensi yang cukup menonjol (Tabel 3 dan Tabel 4). Gangguan mental emosional dan diabetes melitus merupakan faktor risiko terjadinya disabilitas psikologis terbesar. Gangguan mental emosional di perkotaan merupakan faktor risiko yang lebih besar dibanding di perdesaan. Keadaan yang demikian ini cukup beralasan mengingat di perkotaan *stressor* penyebab terjadinya gangguan mental emosional lebih besar. Seperti yang diutarakan oleh Su'adah (2005) yang menuliskan bahwa stress kehidupan di daerah perkotaan (urban) lebih besar ketimbang di daerah perdesaan (rural). Namun yang perlu mendapat perhatian adalah gangguan mental emosional ini gambaran proporsi kejadiannya disabilitas psikologis lebih besar di perdesaan dibandingkan di perkotaan (tabel 2). Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat perdesaan secara tersamar berdasarkan gejalanya telah menunjukkan ke arah gangguan mental emosional yang cenderung terjadi disabilitas psikologis. Seperti survei yang dilakukan oleh Katzenstein (1998) mendapatkan kenyataan bahwa lebih dari 70 % pasien mental emosional tidak terdiagnosis oleh dokter. Demikian pula halnya dengan gangguan jantung, di daerah perdesaan gangguan jantung sebagai faktor risiko yang cukup signifikan berhubungan dengan terjadinya disabilitas psikologis dan sudah dimulai sejak usia 25 tahun ke atas, sedangkan di perkotaan gangguan jantung berhubungan dengan disabilitas psikologis sejak usia 55 tahun ke atas (Tabel 3 dan Tabel 4). Keadaan ini memberikan gambaran bahwa masyarakat di perdesaan yang menderita gangguan jantung lebih merasa khawatir di bandingkan di perkotaan untuk terjadi disabilitas psikologis. Hal tersebut cukup beralasan mengingat di perkotaan sarana pelayanan kesehatan lebih lengkap dan canggih dari pada perdesaan sehingga di perkotaan terlihat gangguan tersebut muncul ketika penderita jantung mulai berusia 55 tahun ke atas. Disamping itu rasa khawatir adanya gangguan jantung yang menimbulkan ketidakmampuan psikologis erat kaitannya dengan masalah *coping* individu. Kemampuan *coping* individu ini juga berkaitan dengan kemampuan mempersepsi gangguan kesehatan yang menyerang dirinya, dan kemampuan mempersepsi erat hubungannya dengan tingkat pendidikan seseorang. Sehingga seseorang dengan pendidikan yang rendah akan menjadi lebih khawatir dibandingkan yang berpendidikan tinggi. Menurut Cooley dan Mead yang dikutip oleh Sarlito (1999) menyatakan bahwa makin dewasa dan tinggi pendidikan seseorang makin mampu dia menggambarkan dirinya, sehingga makin baik konsep dirinya dan makin kecil gangguan psikologisnya.

Selanjutnya faktor yang berpengaruh terhadap disabilitas sosial bervariasi. Tabel 5 dan Tabel 6 menunjukkan bahwa gangguan mental emosional berhubungan langsung dengan disabilitas sosial. Di perkotaan gangguan mental emosional berisiko lebih besar terjadi disabilitas sosial dibandingkan di perdesaan. Keadaan yang demikian ini erat kaitannya dengan struktur sosial masyarakatnya. Di perkotaan pola kehidupan individualistik lebih menonjol dibanding perdesaan sehingga dukungan sosial lebih banyak diperoleh pada daerah perdesaan. Dukungan sosial bisa berupa dukungan instrumental, dukungan emosional atau dukungan informasional. Martanti (2001) menjelaskan bahwa dukungan sosial akan membantu individu penderita melakukan *coping* terhadap 'lingkungan baru' yang tercipta karena gangguan kesehatan mental emosional, sehingga meningkatkan *self esteem* dan membentuk *self image* yang positif serta memberikan pandangan positif pula terhadap penyesuaian diri dengan orang lain dan pada akhirnya menghindari terjadinya disabilitas sosial. Selanjutnya menurut Sarafino yang dikutip Smet (1994) menjelaskan bahwa orang dengan dukungan sosial yang tinggi membuat mereka tidak mudah terserang gangguan mental emosional, sehingga tidak terjadi disabilitas sosial. Demikian pula menurut Budijanto (2007) yang menjelaskan dalam hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang lebih positif antara dukungan sosial dengan konsep diri pada komponen *Conceptual* (Psikologis/ mental) dibandingkan komponen konsep diri *Perceptual* (fisik) atau *attitudinal* (sikap). Sehingga dengan positifnya konsep diri akan mengurangi terjadinya disabilitas sosial.

Kemudian gangguan jantung di perkotaan mempunyai risiko lebih kecil (OR= 1,15) untuk terjadi disabilitas sosial dibandingkan di perdesaan (OR= 1,53), seperti terlihat pada tabel 5 dan tabel 6. Keadaan yang demikian ini menunjukkan bahwa responden di perkotaan meskipun terdapat indikasi gangguan jantung namun masih bisa aktif bersosialisasi di masyarakat sedangkan di

perdesaan sebaliknya akan lebih mengganggu aktifitas sosialnya. Hal ini bisa terjadi kemungkinan karena masyarakat di perkotaan cenderung bisa memahami bahwa gangguan jantung bukanlah halangan untuk beraktivitas sosial disamping pemahaman tentang banyaknya pelayanan kesehatan emergensi yang akan membantu apabila terjadi sesuatu secara mendadak. Selain itu di perkotaan variasi kegiatan sosial sangatlah banyak hingga seseorang betul-betul merasa tidak kuat lagi untuk keluar bermasyarakat, saat itulah orang merasa adanya gangguan disabilitas sosial.

Selanjutnya Tabel 7 dan Tabel 8 menunjukkan bahwa deskripsi perbedaan efek terbesar dari masing-masing gangguan kesehatan jika dilihat dari nilai odd rasionya pada jenis disabilitas. Gangguan jantung, diabetes melitus, asma dan mental emosional baik di perkotaan ataupun di perdesaan berefek lebih besar pada disabilitas psikologis. Keadaan ini berkaitan erat dengan *coping mechanisme* dari Lazarus dan Folkman yang dikutip Smet (1994) di mana seseorang yang menderita gangguan kesehatan seperti jantung, asma, diabetes melitus atau emosional akan merasa berhadapan dengan kondisi/ lingkungan yang baru atau berubah lingkungannya dan mereka akan melakukan penilaian awal (*primary appraisal*) untuk menentukan arti dari kejadian/penyakit yang menimpanya. Gangguan tersebut dapat dinilai menjadi suatu potensi yang positif, netral atau negatif. Selanjutnya setelah dilakukan penilaian awal maka dilanjutkan dengan penilaian sekunder (*secondary appraisal*). Penilaian sekunder ini adalah pengukuran terhadap kemampuan *coping* (proses pengelolaan jarak antara permintaan atau tuntutan dengan sumber yang digunakan dalam menghadapi stress). Di dalam melakukan *coping*, individu cenderung untuk melakukan *problem focused coping* pada awalnya, yaitu berusaha untuk merubah atau mengurangi *stressor* dari situasi yang baru tersebut. Di dalam kasus gangguan penyakit di atas maka dilakukan dengan mencari pengobatan medik atau psikologis. Apabila situasi stress/baru tersebut tidak bisa diubah (dalam konteks ini gangguan kesehatan belum dapat disembuhkan) maka ada kecenderungan individu melakukan *emotion focused coping* yaitu mengontrol respon emosi dengan melakukan regulasi melalui pendekatan kognitif dan perilakunya. Apabila upaya *coping* yang dilakukan ini belum juga membuahkan hasil maka bisa terjadi keadaan ketidakmampuan secara psikologis (disabilitas psikologis) dengan beberapa *symptom* seperti gangguan tidur, emosi merasa tertekan, kesulitan memahami pembicaraan orang lain dan lain-lain. Menurut Cutting dalam Notosoedirdjo dan Latipun (2001) yang menyatakan bahwa antara kesehatan fisik dan keadaan psikologis hubungannya sangat kompleks meskipun tidak dapat dinyatakan bahwa satu aspek menentukan lainnya.

## Kesimpulan

Hasil analisis dan pembahasan diatas maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Disabilitas psikososial lebih banyak terjadi di perdesaan dari pada perkotaan, lebih banyak pada wanita dibanding laki-laki, lebih banyak terjadi pada responden yang tidak bekerja, ada kecenderungan meningkatnya kejadian disabilitas psikososial seiring dengan meningkatnya umur, ada kecenderungan menurun kejadiannya seiring dengan meningkatnya kuintil tingkat pengeluaran per kapita per bulan dan pendidikan.
2. Proporsi kejadian disabilitas psikososial karena gangguan kesehatan jantung, mental emosional, hipertensi, persendian, diabetes melitus, asma, tumor dan stroke di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.
3. Gangguan mental emosional mempunyai risiko lebih besar terjadi disabilitas psikologis dan sosial dibanding gangguan kesehatan lainnya.
4. Risiko terjadinya disabilitas psikologis pada penderita gangguan mental emosional di perkotaan 4,9 kali lebih besar dibanding yang tidak menderita gangguan mental emosional, sedangkan di perdesaan 3,6 kali. Risiko terjadinya disabilitas sosial pada penderita gangguan mental emosional di perkotaan 3,0 kali lebih besar dibanding yang tidak menderita, sedangkan di perdesaan 2,4 kali.

## Saran

Dari hasil analisis di atas, maka ada beberapa saran yang yang perlu diperhatikan dan ditindaklanjuti, antara lain adalah:

1. Tingginya disabilitas psikologis maupun sosial di perdesaan, maka pelayanan kesehatan perlu memikirkan cara untuk memberikan edukasi dan mensosialisasikan pada masyarakat perdesaan dalam meminimalkan disabilitas yang terjadi.
2. Dikembangkan bentuk promosi kesehatan ke masyarakat tentang akibat gangguan kesehatan berjangka panjang serta faktor risikonya dari sudut pandang psikososioekonomi agar pola pikir masyarakat berubah dalam memandang suatu penyakit berdampak jangka panjang.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Budijanto D (2007). Beban Ekonomi Keluarga Penderita Disabilitas Fisik Akibat Stroke dalam Kaitannya dengan Produktivitas Keluarga berdasarkan Faktor Personal, Sosial dan Budaya. Disertasi. Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
- Crocket A (2003). *Your questions answered Asthma*. Churchill livingstone London
- Dadang H (2004). Penyakit Jantung Koroner dimensi Psikoreligi. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Dadang H (2004). Manajemen Stre Cemas dan Depresi. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Boedhi R (2004). Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut): Teori Proses Menue. Editor Boedhi D, Hadi M. Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Harrison's (2005). *Principal of Internal Medicine, sixteenth edition: Manual of Medicine*. McGraw-Hill Companies. Inc North America
- Global Initiative for Asthma, *Global Strategy for Asthma management and prevention, National Institutes of Health, national Heart, Lung Blood and Institute, revised 2002*
- Martanti M (2001). Hubungan Antara Kematangan Emosi dan Persepsi Terhadap Dukungan Anak dengan Penyesuaian Diri dari Penderita Pasca Stroke. Skripsi. Universitas Airlangga Surabaya.
- Notosoedirdjo dan Latipun (2002). Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Pranawa (2004). Naskah Lengkap Pertemuan Ilmiah Berkala Trigonum Sudema-2004: *Treating to Blood Pressure Target: what are missing?* Surabaya, 12-14 Maret 2004
- Sarwono SW (2003). Teori-teori Psikologi Sosial. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa.
- Smet B (1994). Psikologi Kesehatan. Jakarta. Gramedia.
- Su'adah (2005). Sosiologi Keluarga. Universitas Muhammadiyah Malang. Hal:48-50.

## CARA BERINTERAKSI & MEMBANTU TUNANETRA

**01** Jika anda menjumpai seorang tunanetra di jalan yang tampaknya memerlukan bantuan, tanyakan kepadanya. Apakah ia membutuhkan bantuan anda, jangan mendorongnya atau memegangnya dari belakang sambil berjalan-jalan seolah-olah anda yang dituntun. Tetapi sodorkan lengan anda untuk dipegangnya, kemudian tuntunlah dan biarkan ia mengikuti anda menyeberangi jalan dengan aman. Jangan pula bantuan diberikan dengan cara berteriak dari kejauhan seperti kiri, kanan, mundur, maju dan sebagainya. Karena boleh jadi informasi yang anda berikan tidak sesuai dengan maksud bantuan anda.

**02** Jika anda menemui mereka berjalan dengan tongkat dan anda bermaksud untuk menuntunnya, hindarilah menuntun dengan hanya menarik tongkatnya. Kecuali jika ia berhadapan dengan lubang, parit atau rintangan lain. Peganglah tangannya yang sedang memegang tongkat seraya mengenalkan keadaan medan dengan tongkatnya.

**03** Jika anda menuntunnya biarkan ia memegang lengan anda, dan berjalan perlahan-lahan sedikit di depannya seraya waspada terhadap rintangan-rintangan. Jangan lupa memberi isyarat atau informasi mengenai situasi medan yang dilalui, terutama rintangan berupa lubang, parit, tiang listrik, pohon dan cabang-cabangnya yang kadang di luar perhitungan anda justru membahayakan dirinya.

**05** Jika tangganya berupa eskalator letakkan tangannya pada pegangan tangga bagian pangkal (tidak sejajar dengan anak tangga), isyaratkan agar mengangkat salah satu kaki ke anak tangga dan biarkan posisi ke dua kakinya berada pada anak tangga terdapat dibantu dengan pegangan tangannya berfungsi sebagai detektor ujung tangga

**07** Jika ia hendak naik kendaraan umum, letakkan tangannya pada bagian pintu dan katakan pada penumpang lain seraya minta tempat duduk untuknya. Tapi awas jangan sampai kepalanya membentur bagian atas pintu atau atap kendaraan. Namun jika anda turut bersamanya sebagai penumpang, naiklah terlebih dahulu seraya menuntunnya hingga mencapai tempat duduk untuknya, selanjutnya lakukan seperti cara mendudukkan di atas. Jangan sekali-kali dia yang naik duluan dan anda mengarahkan dari belakang, karena dengan cara demikian menyulitkan ia mencari tempat duduk sendiri dan memungkinkan ia meraba sesuatu yang tidak perlu.

**09** Jika anda seorang guru atau dosen, atau sebagai pembawa materi pada suatu temu ilmiah dimana dalam kegiatan tersebut diikuti pula oleh penyandang cacat tunanetra, paparkanlah materi anda sebagaimana biasanya. Namun jika anda bermaksud menerangkan melalui media proyektor OHP, komputer dan papan tulis, jangan diam saja atau sekedar menunjuk gambar, simbol dan karakter yang tampak dengan perkataan ini dan itu. Kemukakanlah apa yang anda tunjuk di media tersebut.

**04** Jika dalam menuntun anda harus menaiki tangga berhentilah di depan tangga dan tanyakan apakah ia ingin naik atau turun, dan beritahukanlah jumlah anak tangganya. Jika tangganya dilengkapi dengan pegangan tangan, letakkan tangannya di pegangan tangga tersebut. Beritahulah bila anda telah mencapai anak tangga terbawah atau sebaliknya.

**06** Bila ia ingin duduk, bantulah dia meletakkan tangannya ke sandaran atau ke jok kursi sebagai cara untuk mengenalkan posisi kursi. Biarkan dia duduk sendiri, jangan mendudukkannya dengan cara memegang badannya lalu menekan untuk duduk, karena sungguh cara demikian tidak disukainya.

**08** Jika anda bermaksud memboncengnya dengan kendaraan roda dua cukup anda menepuk jok boncengan kendaraan anda. Lalu aktifkan mesin dan minta ia untuk duduk begitu kendaraan siap anda luruskan. Sebelum bergerak, tanyakan kepadanya apakah ia biasa dibonceng, kalau iya, maka anda tidak perlu memberikan isyarat apa-apa, tapi kalau tidak, mulailah dengan memintanya meletakkan kedua kakinya di stand kaki sambil tangan memegang bagian sadel atau badan anda sendiri.

**10** Jika anda mengantarnya untuk bertemu dengan orang penting, carilah dahulu informasi tentang ruangan dan ciri-ciri orang dimaksud. Jika sudah, tuntunlah ia masuk ke ruangan tersebut seraya melepaskannya untuk duduk ditempat yang telah disediakan. Mulailah dengan menghampiri orang yang dimaksud, seraya menyampaikan bahwa klien anda ingin berbicara dengannya. Jangan tinggalkan mereka jika memang tidak diminta.



# Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan dapat di unduh di [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)

Halaman utama situs web Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Menampilkan informasi tentang konferensi nasional tahun 2014 dan berbagai layanan publik.



Detail tampilan menu publikasi data dan informasi, dengan 'Pusat Data dan Informasi' yang telah diklik.



Detail tampilan halaman 'BULETIN' dengan daftar publikasi yang dapat diunduh.

Tahun	Judul	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Demam Berdarah	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Demam Berdarah Dengue	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Pneumonia Bakteri	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Jamkesmas	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Slidak Genetik	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Diare	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Penyakit Tidak Menular	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Malaria	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Flarbas	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE
2014-02	Situasi Kelangkaan Berencana di Indonesia	UNDUH FILE	DOWNLOAD FILE

# Publikasi Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan





ISSN 2088-270X



9 772088 270019